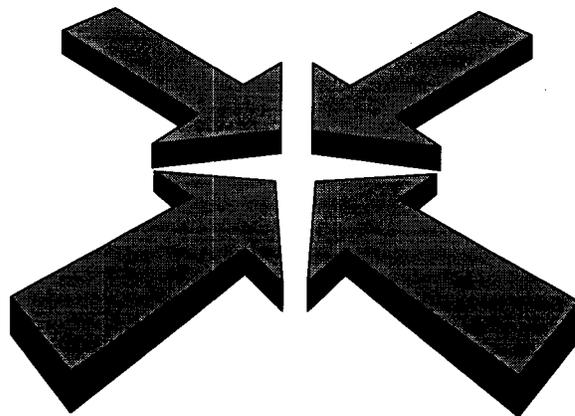




**INTEGRAÇÃO E INOVAÇÃO
O PROCESSO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA DA
ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE**

BRASIL ENTRE 1995 Y 1998



Eugênio Vilaça Mendes

Junho de 1998

“The ortodoxy of our practices today was no doubt the heterodoxy of yesterday, and for sure will be the obsolescence of tomorrow... It will behave me to restate our mission, redefine the product we offer and re-engineer those parts of the management of programs and resources that need it”.

Dr. George Alleyne, Diretor da OPAS

PRÓLOGO

O Dr. Eugênio Vilaça Mendes trabalhou durante longos anos como um ilustre profissional nacional da Representação da OPAS/OMS no Brasil, na área de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.

Soube incursionar em múltiplas áreas da Saúde Pública com o mesmo êxito e capacidade que caracterizou seu trabalho serio, inteligente e responsável, qualquer que fosse a área do conhecimento que o tenha tido como protagonista.

Durante o período compreendido neste trabalho, foi testemunha e ator muito ativo de todo o processo que descreve com clareza e exatidão, e seu relato tem o valor de quem soube aportar conceitos que resultaram fundamentais para o desenho de um “modus operandi” ainda em desenvolvimento que busca um novo modelo de cooperação.

Seu trabalho não é somente descritivo, como também, da mesma maneira como o faz nas numerosas publicações das quais é autor, emite conceitos e inclui descrições que concorrem para enriquecer a idéia inicial.

“Integração e inovação” é um documento que assinala os esforços de uma equipe humana interessada em incrementar sua eficiência através de novos modelos de ação e sobretudo, por culturizá-los como excelência do comportamento institucional.

Dr. Armando Lopez Scavino
Representante da OPAS/OMS no Brasil

I - INTRODUÇÃO

O Acordo de Serviços Contratuais, Contrato ASC-97/00112-0, firmado em 14 de outubro de 1997, entre a Organização Pan-Americana da Saúde e este consultor, tem como alcance do trabalho a elaboração de um relatório analítico do processo de cooperação técnica da OPAS/OMS, durante o período 1995/1997.

Esse recorte temporal foi definido pela OPAS e teve como critério a conjunção de três eventos político-institucionais relevantes: a designação do novo Representante da OPAS no país, Dr. Armando Lopez Scavino, em dezembro de 1994; a posse do Presidente Fernando Henrique Cardoso, em janeiro de 1995; e a posse do novo Diretor da OPAS, Dr. George Alleyne, em fevereiro de 1995.

Essa conjunção histórica reforçou a inquietação, trazida pelo novo Representante, de repensar o processo de cooperação técnica da OPAS no Brasil, a partir de um enfoque estratégico de análise e da definição de prioridades consistentes com o programa de saúde do novo governo e com as Orientações Estratégicas e Programáticas da Organização Pan-Americana da Saúde, 1995/99. Demais, no campo organizacional, postulou-se, desde o início, a adoção de uma forma de gestão inovadora.

Em função disso, este relatório mostra a singularidade econômico-social do Brasil, incursiona sobre os documentos políticos da Organização Pan-Americana da Saúde e do Governo Federal para, finalmente, analisar, com referência nos princípios de uma organização inovadora, através de grandes eixos temáticos, a atuação e as perspectivas da cooperação técnica da OPAS no país.

II - A SITUAÇÃO ECONÔMICA E SOCIAL DO BRASIL¹

O Brasil é um país continental, com uma área 8,5 milhões de quilômetros quadrados e com uma população de aproximadamente 160 milhões de habitantes. Além de grande é um país complexo e muito desigual, onde manifestam-se nítidas diferenças econômicas, sociais, culturais, demográficas e sanitárias entre suas diferentes regiões e, dentro delas, entre seus distintos grupos sociais.

Além disso, constitui um sistema federativo, estruturado em três níveis político-administrativos: a União, estados e municípios. O país está dividido em 27 estados e

¹ Esta parte do documento está fortemente ancorada no documento:
IPEA - O Brasil na virada do milênio: trajetória do crescimento e desafios do desenvolvimento. Brasília, Ipea, 1997.

em 5.508 municípios. Para dar uma idéia da força do federalismo, a receita pública total, em 1.992, estava assim distribuída: 56% da União, 28% dos estados e 16% dos municípios.

O federalismo brasileiro é especial no quadro mundial porque, aqui, os municípios são entes federativos, com autonomia política, administrativa e financeira e com competências constitucionais e infra-constitucionais bem estabelecidas. A questão torna-se complexa quando os milhares de municípios apresentam, à semelhança do país como um todo, altíssimos diferenciais de tamanho, população e desigualdades sócio-econômicas: 40% dos municípios brasileiros têm menos de 10.000 habitantes, dos quais 16% menos de 5.000 habitantes; apenas 0,5% dos municípios apresentam mais de 500.000 habitantes; e 47% da população urbana está concentrada em nove regiões metropolitanas. E os municípios não param de surgir. De 1.988 a 1.996, os municípios brasileiros passaram de 4.172 para 5.508, o que representa, em média, a criação de um novo município a cada 2,46 dias. 2.947 municípios, 53,5% do total, não arrecadam, sozinhos, o suficiente sequer para sustentar as despesas com seus prefeitos e câmaras de vereadores. Em 1.965 municípios, 35,7% do total, não são arrecadados impostos federais.²

É neste país federativo, grande, complexo e desigual que a OPAS presta sua cooperação técnica e, isso, singulariza este trabalho frente ao que a mesma organização presta a outros países da Região.

Do ponto de vista econômico o fato mais relevante é a estabilização alcançada com o Plano Real, diminuindo a inflação e rompendo com a indexação generalizada de preços, salários, câmbio e juros. Essa estabilidade da moeda recriou condições para a previsibilidade e, por conseqüência, permitiu retomar o planejamento, tanto no plano micro, quanto macroeconômico. Contudo, a estabilidade é uma condição necessária mas não suficiente para a retomada de um desenvolvimento sustentado, o que exigirá promover o aumento da poupança doméstica, desenvolver mecanismos de intermediação financeira que permitam captar essa poupança e canalizá-la para investimentos de longo prazo. Nos seus três anos de existência o Real permitiu uma taxa média de crescimento do PIB de 4,0% ao ano.

Mas há graves problemas a superar. A utilização do câmbio como âncora da estabilização, num contexto de economia globalizada e de abertura econômica rápida, desequilibrou a balança comercial, acelerando as importações e diminuindo as exportações. Por outro lado, apesar de alguns avanços, o desequilíbrio das contas públicas é extremamente preocupante. Esses déficits que se geram, no balanço de pagamentos e nas contas públicas, devem ser compensados por financiamento externo, em grande parte proveniente de capital volátil, o que obriga o governo a manter taxas básicas de juros altos, diminuindo a competitividade do sistema produtivo nacional e tornando a economia nacional sujeita a ataques especulativos. É de se ressaltar que os investimentos diretos têm aumentado, chegando a superar

² Municípios têm arrecadação insuficiente. Folha de São Paulo, 10 de agosto de 1997, p. 1-13.

US\$ 15 bilhões em 1997. O processo de privatização, que alcançou um ritmo mais intenso, constitui, também, fator importante no financiamento dos déficits.

A retomada do desenvolvimento sustentado depende do ritmo do ajuste estrutural, muito lento, e do ajuste fiscal, ainda insuficiente, processos interligados. Do ponto de vista estrutural, há que se aprovar no Congresso, as reformas previdenciária e fiscal, especialmente num país onde a política está inteiramente desorganizada e num momento próximo às eleições. O ajuste fiscal é fundamental para permitir a redução das taxas de juros e para aumentar a poupança pública interna, reduzindo a necessidade da poupança externa, determinante de instabilidade permanente. Paralelamente ao incremento da poupança pública deverá ser estimulada a poupança interna privada, algo ligado à reforma previdenciária que criaria incentivos para os fundos de previdência privada. Há previsões de que os fundos de pensões poderiam elevar seus patrimônios de US\$ 69 bilhões em 1996, para US\$ 200 bilhões, no primeiro quinquênio do próximo século.

Na perspectiva das relações comerciais, as tendências internacionais vão para a formação de grandes blocos e associações regionais, com redução do protecionismo intra e interblocos. Tudo sob a coordenação da Organização Mundial do Comércio. Nesse sentido, destaca-se a importância da consolidação do MERCOSUL e de uma posterior articulação com o NAFTA e/ou com a União Européia.

No campo social combinam-se exclusão social e incremento de desigualdades entre grupos sociais. Razões históricas, esgotamento do padrão de desenvolvimento alavancado pelo Estado, fragilidade política, financeira e administrativa do Estado, disseminação de novos padrões tecnológicos e deficiências educacionais, são alguns fatores determinantes do incremento das desigualdades.

O problema do emprego, especialmente urbano/metropolitano, manifesta-se pela incapacidade de redução dos níveis de desemprego, seja pela mudança de perfil do desempregado que tende a atingir mais homens, chefes de família e pessoas com mais de 30 anos de idade. E há uma seletividade crescente que incide sobre trabalhadores mais jovens e de baixa escolaridade.

A questão social relaciona-se com as transformações demográficas rápidas e recentes, caracterizadas por redução das taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida ao nascer. O envelhecimento da população pressiona os serviços de previdência e saúde. Estima-se que no ano 2.000, a população brasileira será de 165 milhões de habitantes; em 2.005, de 175 milhões; e, em 2.020, de 197 milhões. A taxa de fecundidade total, que continua a cair, declinou de 6,1 em 1.940 para 2,9 no final dos anos 80. A mortalidade também vem caindo sustentadamente, o que permitiu chegar, em 1.991, a uma média de expectativa de vida ao nascer de 68,8 anos para homens e 75,9 anos para mulheres. A mudança nos padrões de mortalidade resulta da redução relativa de doenças da pobreza e aumento das doenças da afluência. Em 1.993, as principais causas de morte foram as doenças do aparelho circulatório (28%), causas externas (12%) e neoplasmas (11%).

A tendência à concentração da população nas áreas urbanas deverá continuar, ainda que mais lentamente; perto de 80% da população estará urbanizada no ano 2.000, 82% em 2.005 e 86% em 2.020. A tendência de crescimento da população menor de 5 anos será negativa no período 1.995/2.020, o que implica menor demanda por serviços de educação básica e de atenção materno-infantil. Ainda assim, em termos absolutos, este grupo será significativo: 19,4 milhões em 2.000 e 16 milhões em 2.020. Por outro lado, o grupo de 65 anos e mais tenderá a crescer relativamente chegando a 8,7 milhões em 2.000 e a 18 milhões em 2.020, o que significa pressão sobre serviços de atenção médica da terceira idade e de previdência social.

O novo padrão de desenvolvimento aponta para uma sociedade mais heterogênea e complexa, influenciada pela diminuição do emprego em segmentos econômicos mais dinâmicos, ao tempo em que aumentam as pressões pelo incremento dos direitos universais básicos em saúde, educação, alimentação e habitação. Paralelamente, ecoam demandas fragmentadas de pessoas e grupos sociais singulares. A isso, haverá que se responder com políticas públicas universais e com ações focalizadas sobre espaços e grupos sociais em situação de exclusão.

Estrategicamente, isso significará combinar políticas de geração de emprego e renda, com políticas públicas universais e ações focalizadas de combate à pobreza; do ponto de vista da condução, há que se reforçar os processos de descentralização e as parcerias entre o Estado, setor privado, terceiro setor e sociedade civil. A combinação entre universalismo e focalização far-se-á pela abertura, dentro das políticas universalistas, de maiores oportunidades para os mais necessitados, através da utilização de instrumentos garantidores da equidade.

Outro ponto importante é entender a política social como um sistema de políticas, de tal modo que se possa maximizar a eficiência alocativa dos recursos através de uma ação intersetorial integrada. Esse sistema de políticas sociais deverá ser referenciado por um território determinado.

As perspectivas do mercado de trabalho nos próximos dez anos são marcadas por uma pressão de demanda por emprego, vez que o crescimento da força de trabalho nesse período ainda reflete o padrão demográfico do passado. Em 1.995, a população economicamente ativa era de 72 milhões de trabalhadores, sendo 53 milhões não qualificados (73%) e 18 milhões qualificados (26%). Nesse ano, os empregos estavam divididos em 22% no setor primário, 20% no secundário e 55% no terciário e a taxa de desocupação entre os trabalhadores não qualificados era de 8,1%. Em 2.005, prevê-se uma população economicamente ativa de 90 milhões, com 60 milhões (67%) de trabalhadores não qualificados e 30 milhões de qualificados (33%). Naquele ano, a taxa estimada de desocupação passará a 2,0% para os trabalhadores qualificados e 5,4% para os não qualificados e o aumento médio do nível salarial será de 61% para os qualificados contra 37% para os não qualificados, aumentando o hiato salarial entre essas duas categorias. Em 2.005, 15% dos empregos serão no setor primário, 18% no secundário e 67% no terciário.

As mudanças demográficas repercutem fortemente sobre a previdência social, elevando o número de beneficiários de aposentadoria e aumentando o tempo de manutenção dos benefícios. A previdência social brasileira opera no regime de repartição simples. Desde sua criação em 1.923, o número de contribuintes para o sistema aumentou relativamente pouco até 1.967, quando esse crescimento acelerou-se para atingir a mais de 30 milhões nos anos 90. O número de beneficiários que era muito baixo até meados de 70, subiu muito nas últimas décadas até alcançar 16,2 milhões em 1.995. A relação de contribuintes ativos por beneficiário, hoje em torno de 2,5, tende a diminuir, se mantidas as regras do jogo atualmente vigentes, podendo atingir 1,3 em 2.030. Essa relação é a mesma que se encontra em países mais envelhecidos que o Brasil como Japão, França e Alemanha. Essa queda foi sendo compensada por aumentos nas alíquotas dos trabalhadores que triplicou no período 1.934/94 e pelo aumento da contribuição dos empregadores que, partindo de 3% chegou, hoje, a 22%, aumentando o custo Brasil. As aposentadorias por tempo de serviço, raramente encontradas no cenário mundial, respondiam, em 1.995, por 44% das aposentadorias totais e por 68,3% dos gastos gerais; 64% dos homens e 72% das mulheres aposentam-se com menos de 55 anos de idade. Como as expectativas de vida variam por faixa de renda e o número relativo de pobres que se aposentam por tempo de serviço é baixo, o sistema opera com um marcante padrão de iniquidade. Parece, pois, inquestionável uma reforma previdenciária que, contudo, deverá lidar com três problemas: como financiar o estoque de beneficiários do antigo regime; como financiar a reconhecimento dos direitos adquiridos na transição; e como financiar o novo regime. A reforma previdenciária será, também, instrumento básico para a poupança doméstica, através da expansão da previdência privada.

A questão educacional coloca-se no centro da agenda dos países que desejam desenvolver-se sustentadamente. Infelizmente, a modernização educacional brasileira é recente - inicia-se nos anos 40 - e tardia quando comparada a países do mesmo nível como a Argentina, por exemplo. Até os anos 50, menos de 20% das crianças e adolescentes tinham acesso a escolas e quase dois terços da população de mais de quinze anos era analfabeta. De 40 até hoje, o volume de oferta de ensino fundamental e médio mais que decuplicou; a taxa de escolarização do grupo de 7 a 14 anos que era de menos de 30% chegou a um patamar próximo da universalização: 88,5% nesse grupo e 92% no grupo de 8 a 12 anos. O déficit existente decorre de condições dificilmente superáveis, no curto prazo, por incidir sobre populações dispersas ou rurais distantes e, em parte, crianças de áreas periféricas urbanas em condições precárias de vida. É, sobre os adolescentes, que se vai manifestar a situação caótica: mais de 50% deles já interrompeu seus estudos e dos que permanecem no sistema, 60% ainda cursam o ensino regular ou supletivo do primeiro grau e, apenas, 36% e 2,6%, cursam, respectivamente, os ensinos médio e superior. Para o estrato de 20 a 24 anos de idade só 18% encontram-se, ainda, estudando mas com retardos na escolaridade. A taxa média de escolaridade para a população total está em 5,4 anos de estudos, chegando a 6,1 anos nas regiões urbanas e caindo para 3,08 anos na zona rural. Se esses valores médios já são extremamente preocupantes, sua desagregação por regiões ou por estratos de renda torna-os mais aviltantes; enquanto os trabalhadores que ganham até um salário mínimo têm 4 anos de escolaridade média

e representam 28% do efetivo total, os que ganham mais de cinco salários mínimos, 12% do total, alcançam mais de dez anos de escolaridade, algo próximo à dos países ricos. Cerca de 25 milhões de pessoas economicamente ativas encontram-se em situação qualitativa de infra-escolaridade (menos de 4 anos de escolarização de qualidade mediana), sendo que, dessas, 13,8 milhões vivem em áreas urbanas. No ensino superior o número de matrículas, apesar de crescente, é, ainda pequeno. De 0,7 matrículas por mil habitantes em 1.950 passou a 7,8 por mil em 1991, contra 12,6 por mil para a média mundial em 1.987. As mudanças demográficas e a expansão física da rede de ensino coloca, na pauta educacional, a qualidade do ensino. O discurso deixa o campo da falta de vagas para focalizar-se na evasão e repetência no ensino fundamental. De outro lado, o novo ciclo de desenvolvimento, articulado pela globalização da economia, coloca novos padrões competitivos onde as empresas começam a exigir quadros de maior competência cognitiva e técnico-profissional. Assim, novas demandas por reformas educacionais colocam-se tendo como base a consciência, cada vez mais generalizada entre políticos e empresários, de que a dinâmica do desenvolvimento capitalista passa a depender, mais que de recursos materiais e humanos, do estoque de conhecimentos científicos, tecnológicos e informacionais que uma sociedade puder acumular. Esse novo paradigma, qualifica a reforma educacional necessária, onde se coloca como imprescindível o acesso à educação básica a todos os cidadãos. Demais, o ensino médio deve ser reestruturado como continuidade e consolidação da educação básica e como alguma forma de especialização técnico-profissional. Estimativas mostram ser viável, com investimentos menos onerosos que no passado, qualificar a oferta de educação básica regular porque o contingente populacional a ser atendido cresce menos que 1% ao ano. Assim, o número de alunos do ensino fundamental diminuiria dos atuais 31,8 milhões para cerca de 27,4 milhões em 2.005; 90 % dos ingressantes completariam quatro séries e os concluintes da oitava série passariam dos 44% atuais para 65,7%. Como consequência, os concluintes do ensino fundamental passariam dos atuais 1,7 milhões para 2,6 milhões, o que pressionaria a necessidade de vagas para ensino médio que iria dos 2 milhões atuais para 3,4 milhões em 2.005. O efetivo de docentes não precisará crescer, já que o fator de reposição não será superior a 1,5% ao ano. Aqui, o problema será de qualificação e melhoria salarial. Há que se mencionar a necessidade de políticas focalizadas em grupos socialmente em risco, já que grupos excluídos socialmente encontram dificuldades em acompanhar o ensino regular. Ainda que haja quem argumente que a solução para esses excluídos está em reformas sociais profundas que permitam superar estruturalmente a pobreza e as carências socioculturais, a tendência moderna está em desenvolver programas públicos - tipo bolsa escola - e inovações pedagógicas e de gestão escolar que permitam incidir, focalizadamente, sobre esses segmentos em situação de exclusão, educando-os.

Os problemas ambientais guardam relação direta com o nível e a qualidade do desenvolvimento econômico. O que há de novo é a inserção da dimensão ambiental nos modelos de desenvolvimento sustentável, a partir do reconhecimento do capital natural como fator escasso. Assim, enquanto o capital material pode ser reproduzido pelo crescimento do produto, o capital natural tende a decrescer criando problemas de sustentabilidade do desenvolvimento. A descarga de água que retorna ao meio com qualidade alterada, representa alto custo ambiental. Estimativas mostram que o setor agropecuário representa mais de 40% das emissões de carga orgânica nos meios hídricos brasileiros. Outra fonte é o lixo urbano não coletado que corresponde a mais de 30% do total da carga. A indústria brasileira deveria aumentar de 1 a 2% sua formação bruta de capital para evitar as perdas ambientais devidas à poluição hídrica. Embora tenha havido melhoras nas condições de saneamento, em 1.995, aproximadamente 3 milhões de domicílios urbanos (1,1 milhão no Nordeste e 721 mil no Sudeste) não estavam ligados a redes de água; 4,2 milhões não eram atendidos por coleta de lixo (1,7 milhão no Nordeste e 1,3 milhão no Sudeste) e 9,2 milhões não estavam conectados a redes gerais de esgoto ou não possuíam fossa séptica (3,6 milhões no Nordeste e 1,8 milhão no Sudeste). Dados da Secretaria de Política Urbana do Ministério de Planejamento e Orçamento³ mostram que para enfrentar o problema do saneamento básico no país necessita-se, em quinze anos, de 21,9 bilhões de reais para abastecimento de água, 43,6 bilhões para esgotamento sanitário e 4,6 bilhões para o lixo urbano. Os resíduos tóxicos constituem um grave problema ambiental. A reciclagem do lixo é pouco expressiva e atingia, apenas, 84 municípios em 1.994. Os veículos automotores constituem as principais fontes de poluentes atmosféricos; a indústria, à exceção dos gases sulfurados, contribui menos na emissão de poluentes, sendo importante, contudo, em locais de alta concentração industrial. A conversão de florestas em áreas agropecuárias e o desmatamento são problemas que hoje estão concentrados na região amazônica e que tendem a crescer. A estimativa de consumo do capital natural no Brasil, em 1.990, foi da ordem de 10,3 bilhões de dólares, o equivalente a 2,4% do PIB daquele ano (4,3 bilhões de recursos hídricos, 2,0 bilhões de efluentes domésticos, 2,2 bilhões de efluentes industriais, 5,9 bilhões de erosão do solo e 0,008 bilhão de perda de recursos florestais). Esses 2,4% do PIB, necessários para compensar o capital natural consumido, não estão sendo repostos em função da crise econômica, o que aponta para uma trajetória não sustentável de crescimento.

A dinâmica urbana caracterizou-se, no período 1980/91, pela diminuição da migração, pela desconcentração econômica, pela contra-metropolização e pela emergência de novas cidades do interior. A partir da década de 70, uma das características da dinâmica intra-urbana foi a distribuição da população pobre, com periferização dessa população em cidades grandes e médias e proliferação de assentamentos urbanos informais. O déficit habitacional brasileiro está calculado em 5,5 milhões de unidades e o percentual de domicílios rústicos urbanos era de 2,2% em 1.990; desses 666 mil domicílios rústicos urbanos, 366 mil localizavam-se em cidades nordestinas. Somente para superar o déficit habitacional seriam necessários

³ SEPURB - Diagnóstico do setor de saneamento: demanda, oferta e necessidade dos serviços de saneamento. Brasília, Projeto BRA/92/028, mimeo, 1995.

investimentos da ordem de 35 bilhões de reais. Com relação à infra-estrutura de domicílios, 36% dos domicílios urbanos duráveis, na região Nordeste, eram carentes de infra-estrutura e 20% possuíam infra-estrutura inadequada, contra 13% e 8%, respectivamente, na região Sudeste.

Os problemas brasileiros, já bastante graves quando analisados setorialmente, tornam-se mais perversos quando desagregados por regiões ou grupos sociais, dados os níveis de desigualdade prevaletentes no país. O Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil, 1.996, feito pelo IPEA e PNUD, mostrou três brasis diferentes: o Brasil do Sudeste (menos Minas Gerais), Sul, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul que apresenta elevado nível de desenvolvimento humano; o Brasil de Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso, Rondônia, Amazonas e Amapá, considerado de desenvolvimento humano médio; e o Brasil do Pará, Acre, Tocantins e todos os estados nordestinos, de baixo nível de desenvolvimento humano.

III - AS ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS E PROGRAMÁTICAS, 1.995-1.998, DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE⁴

A Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde definiu, claramente, os propósitos dessa instituição mas importa atualizar, permanentemente, a missão organizacional de modo a manter sua contemporaneidade. Foi, assim, que a nova missão foi enunciada como a de “cooperar tecnicamente com os Países Membros e estimular a cooperação entre eles para que ao mesmo tempo que conserva um ambiente saudável avance até o desenvolvimento humano sustentável, para que a população das Américas alcance a Saúde Para Todos e Por Todos”.

Tendo como base nessa missão, a situação regional e o XIX Programa Geral de Trabalho da Organização Mundial da Saúde, a XXIV Conferência Sanitária Pan-Americana, reunida em 1.994, estabeleceu para os Países e a Secretaria, as Orientações Estratégicas e Programáticas para o período 1.995-1.998 (OEPP).

1. Situação e perspectivas econômicas e sociais

Na maioria dos países da região, prevalece hoje a democracia, na forma de governos eleitos pelo voto popular. A essa democracia direta, acrescentaram-se mecanismos de crescente controle público pelos cidadãos ou por suas representações. A cultura democrática de solução dos problemas, em ambiente pluralista e através da negociação e da formação de consensos parece estar consolidando-se, ao tempo em que as reformas constitucionais apontam em certos sentidos inequívocos: direitos dos cidadãos, respeito aos direitos humanos, modernização e descentralização do aparelho do Estado e controle da administração pública.

Do ponto de vista econômico, observa-se uma tendência à interdependência dos países e sua inserção numa economia globalizada, o que se faz através de novas

⁴ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - Orientações estratégicas e programáticas, 1995-1998. Wshington, OPS, Documento Oficial 269, 1995.

relações comerciais, da movimentação internacional de capitais produtivos e voláteis e na formação de blocos regionais. A Região parece estar saindo do pesadelo dos anos 80, a denominada “década perdida” onde, por força de políticas de estabilização e ajuste, o PIB per capita caiu 8,9%. No início dos anos 90, contudo, essa tendência reverteu-se, de tal modo que no período 1.991-93, os países da América Latina e Caribe apresentaram um crescimento médio de 4,3% do PIB. A tendência é de um incremento dos investimentos e da poupança interna, o que representará, ao final, maiores recursos para o setor social. A inserção competitiva numa economia globalizada continuará sendo perseguida, bem como se fortalecerão as áreas de livre mercado que poderão chegar, no futuro, a um único bloco regional.

Os padrões demográficos mudaram com o declínio da fertilidade e a conseqüente queda da taxa de crescimento demográfico total; ainda assim, a população estará duplicada nos próximos 37 anos. As reduções das mortalidades geral e específica de grupos mais jovens, aumentou relativamente a população economicamente ativa; em 1.995, 47,7% da população estará na faixa de 15 a 44 anos de idade. A esperança de vida ao nascer para ambos os sexos passou de 57,5 anos no período 1.950-55 para 70,3 anos no período 1.990-95. 74,2% da população vivia em áreas urbanas em 1.995 e 91% do crescimento populacional do restante deste século terá lugar nas cidades.

Na década de 80 houve considerável aumento do desemprego que acabou por estabilizar-se numa taxa global de 4,5% e numa taxa urbana de 7,8%. Há, também, um crescimento relativo do emprego no setor terciário, grande informalização da força de trabalho, aumento da mão de obra feminina e participação de 20% da população regional de 10 a 14 anos no trabalho.

As desigualdades sociais inter e intra-países é muito grande, verificando-se um alargamento crescente da brecha entre ricos e pobres. 200 milhões de pessoas da Região estão na linha de pobreza (46% da população total); os 20% mais ricos apropriam-se de 40% a 67% da renda total, enquanto os 20% mais pobres percebem apenas 7,5% dela.

Os níveis quantitativos de escolaridade estão aumentando. As taxas de matrícula atingem mais de 80% da população em idade escolar primária, mais de 40% no ensino secundário e menos de 35% no ensino pós-secundário. Paralelamente, há nítida deterioração da qualidade do ensino, especialmente para estratos mais baixos, o que repercute na questão da empregabilidade. 20% a 30% das crianças vive em habitações precárias, o que se relaciona com baixo aproveitamento escolar.

2. Aspectos sanitários

Do ponto de vista sanitário, registraram-se notáveis avanços na Região. A taxa de mortalidade infantil que era de 91 por mil nascidos vivos no período de 1.965-70 foi estimada em 47 por mil para 1.990-95. A esperança de vida ao nascer para 1.990-95 foi de 68 anos na América Latina e Caribe e 76,1 anos nos Estados Unidos e Canadá.

Não obstante, a cada ano, morrem, desnecessariamente, 1,5 milhão de pessoas. Nos países mais pobres, mais de 70% dos óbitos ocorrem na faixa de menos de 15 anos de idade, o que cai para 40% nos países de desenvolvimento intermediário. Dentro dos países as diferenças de mortalidade são extremamente pronunciadas. Na Cidade do México a taxa de mortalidade infantil varia de 13,4 a 109,7 por mil nascidos vivos. No Panamá, o risco de morte de uma criança indígena de um ano é 3,5 vezes maior do que o de uma criança não indígena.

As doenças infecciosas continuam sendo uma causa significativa de mortalidade e morbidade na maioria dos países, sendo as mais importantes as doenças diarreicas agudas, as infecções respiratórias agudas e a tuberculose, as zoonoses, as doenças transmitidas por vetores e a AIDS e as doenças sexualmente transmitidas. Doenças como cólera e dengue reemergiram. A epidemia de cólera apresentou, em 1.993, cerca de um milhão de casos notificados e a doença tende a tornar-se endêmica em regiões mais pobres. O dengue tornou-se endêmico, com surtos epidêmicos periódicos nos países da faixa tropical. Após anos de declínio na incidência e mortalidade por tuberculose, há uma tendência de incremento da incidência dessa doença em vários países. 40% da população das Américas mora em lugares ecologicamente propícios à transmissão da malária e 200 milhões vivem onde há transmissão da doença. Mais de 16 milhões de pessoas habitam domicílios infectados por vetores domésticos da doença de Chagas. O aumento da cobertura vacinal na Região foi êxito incontestável. A transmissão do poliovírus silvestre foi interrompida e há marcado declínio da prevalência de sarampo, difteria e coqueluche. Em 1.992, apenas quatro países notificaram casos de raiva humana e os problemas da hipernutrição e da subalimentação continuam afetando todos os países e a desnutrição infantil está ligada à pobreza e ao baixo nível de escolaridade das mulheres. Até março de 1.994 haviam sido notificados 445 mil casos de AIDS e 250 mil óbitos; o número de infectados pelo HIV é estimado em 3 milhões e a transmissão aumenta entre heterossexuais e pobres. O fenômeno da acumulação e polarização epidemiológicas agrega a essas doenças da pobreza, as doenças mais próprias de regiões desenvolvidas. A violência passou a constituir um dos mais graves problemas de saúde pública nas grandes cidades; o câncer é responsável por mais de 10% e as doenças cardiovasculares por mais de 20% dos óbitos da Região; 30% dos adultos que vivem nas grandes cidades sofrem algum tipo de distúrbio mental; os acidentes e as doenças profissionais são cada vez mais frequentes, bem como a prevalência de problemas de saúde ligados à poluição do ar.

A infra-estrutura de atenção à saúde não se expandiu e, em função da redução relativa do gasto público, sofreu nítida deterioração. Mas o setor privado cresceu e modernizou-se. Na esteira de processos de reforma do Estado, fortaleceu-se o processo de descentralização e o desenvolvimento de sistemas locais de saúde. A cobertura de serviços previdenciários tendeu a retrair-se, dada a diminuição relativa do emprego formal. A integração entre serviços previdenciários e serviços prestados diretamente pelo Estado ainda não se concretizou, salvo raras exceções. Os sistemas de planos e seguros privados, como ação complementar dos serviços públicos, expandiram-se consideravelmente em vários países atingindo setores expressivos de

classes alta e média. Houve, assim, uma segmentação do mercado com repercussões negativas na equidade. Os gastos totais em saúde na Região são estimados em 5,7% do PIB, ou o equivalente a US\$ 112,00 anuais per capita. Os gastos per capita dos países de baixa renda podem chegar a 1/6 dos de maior renda. Os gastos privados em serviços de saúde na América Latina e Caribe superam os gastos públicos, numa contra-tendência relativamente aos países ricos.

3. A resposta da Região

O principal desafio no quadriênio será a superação das desigualdades manifestas, seja nos diferenciais de acesso e cobertura dos serviços de saúde, seja nas condições de saúde. Para enfrentar os problemas colocados, identificaram-se cinco grandes orientações estratégicas que representam direções a seguir no médio e longo prazos, pela Organização Pan-Americana da Saúde e pelos Estados Membros: a saúde no desenvolvimento; desenvolvimento dos sistemas de saúde; promoção e proteção da saúde; proteção e desenvolvimento ambiental; e prevenção e controle das doenças. Essas orientações estratégicas estão referidas pelas metas regionais que são: aumentar a duração da vida saudável de todas as pessoas, de forma tal que sejam reduzidas as disparidades entre grupos sociais; assegurar acesso universal a um conjunto acordado de serviços básicos de saúde de qualidade aceitável, acentuando os elementos essenciais da atenção primária de saúde; assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento sadio da criança e do adolescente; melhorar a saúde e o bem-estar das populações-alvo prioritárias; assegurar o desenvolvimento de populações sadias; erradicar, eliminar ou controlar as principais doenças que constituem problemas sanitários regionais; permitir o acesso de todos a ambientes e condições de vida seguros e saudáveis; permitir que todas as pessoas adotem e mantenham estilos de vida e de comportamentos saudáveis. Para cada orientação estratégica foram estabelecidas orientações programáticas, as linhas de trabalho, e linhas de ação. Estas últimas, por significarem compromissos mais operacionais estão detalhadas neste documento.

3.1. A saúde no desenvolvimento humano

O desenvolvimento humano resulta de um conjunto de ações transetoriais, onde saúde é, a um tempo, meio e fim. A medida de desenvolvimento, através de indicadores de crescimento econômico, é parcial e pode obscurecer certos efeitos adversos que o crescimento do PIB pode trazer, especialmente, sobre a população de excluídos. Por seu turno, o setor da saúde contribui para o desenvolvimento, melhorando a qualidade do capital humano, gerando empregos e produzindo bens e serviços. Há, também, que se valorizar o aspecto ético do processo de desenvolvimento que, trazido para o campo da saúde, vai expressar-se na bioética entendida numa dimensão ampla de ética da vida, onde, ademais de considerar aspectos ligados à medicina e à pesquisa científica, passa a englobar a alocação de recursos, a prestação de serviços de saúde e o uso de recursos ambientais. Para que a

saúde possa maximizar sua contribuição ao desenvolvimento humano torna-se fundamental propor e implantar a reforma do setor saúde, desenvolvida num ambiente de pluralismo, de reforma do Estado e visando à equidade. Essa orientação programática envolve as seguintes linhas de ação:

- i. desenvolver a capacidade de análise, planejamento e formulação das políticas, bem como de orientação e gestão de projetos no setor da saúde;
- ii. desenvolver a competência nacional no tocante à prática epidemiológica e estimular a criação, execução e efetiva utilização de sistemas de informação que permitam a monitoria das mudanças na população e nas condições de vida e de saúde, dando ênfase aos níveis de saúde e às desigualdades dentro da população;
- iii. promover a participação do setor da saúde em programas integrados de combate à pobreza;
- iv. observar o impacto das políticas macroeconômicas na saúde e analisar o valor econômico da produção e consumo de bens e serviços de saúde;
- v. fortalecer a coordenação das atividades das instituições da previdência social, dos organismos comunitários, dos governos locais e do setor privado na produção de bens e serviços;
- vi. reforçar a capacidade das instituições legislativas de enfocar questões de saúde e promover a elaboração de leis nacionais que permitam o efetivo exercício dos direitos e responsabilidades do cidadão, do Estado e das instituições privadas no que se refere à saúde;
- vii. observar e analisar a pesquisa em saúde, colaborar com os organismos nacionais que se ocupam da formulação de políticas e da administração da ciência e tecnologia da saúde, e promover a cooperação entre países no aperfeiçoamento e utilização da tecnologia;
- viii. apoiar o aperfeiçoamento de novas e melhores vacinas, assim como o controle de qualidade e a adoção de boas práticas de fabricação nesse campo;
- ix. identificar, analisar e promover a execução de políticas e programas ligados à bioética;
- x. desenvolver a capacidade nacional de organização e operação de sistemas nacionais de informação sanitária como parte integrante e um sistema de informação em ciências da saúde na América Latina;
- xi. estimular o desenvolvimento, a harmonização e a utilização de tecnologia para atingir níveis mais eficazes de indexação, processamento e recuperação de informações científicas e tecnológicas;

xii. concentrar a atenção na importância da saúde da mulher, na interação entre as mulheres, a saúde e o desenvolvimento e na conscientização com referência às características de cada sexo, em todos os níveis.

3.2. Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde

Os objetivos de um sistema de serviços de saúde são equidade, eficácia, eficiência, qualidade e satisfação dos usuários, objetivos que podem apresentar, entre si, **trade-offs**. De outra forma, as possibilidades de desenvolver os sistemas depende de uma ação concertada entre diferentes atores sociais em situação como órgãos governamentais, organizações não governamentais, prestadores privados, produtores de bens de saúde e sociedade organizada. Cada país, mediante um processo democrático de consulta, deverá estabelecer um conjunto essencial de serviços de saúde, ofertado universalmente a todos os cidadãos e com a mesma qualidade. O desenvolvimento dos sistemas de serviços de saúde far-se-á dentro dos processos de descentralização, com privilegiamento relativo dos sistemas locais de serviços de saúde. A pesquisa em serviços de saúde procurará obter evidências sobre a descentralização, a equidade, a qualidade, os custos, a produtividade e o desenvolvimento tecnológico. A educação permanente, entendida como a formação e a atualização da força de trabalho constitui o fulcro dos processos de mudança dos serviços de saúde. Através do Plano Regional de Investimentos em Ambiente e Saúde, formulado pela OPAS e referendado pela Cúpula Ibero-Americana de Chefes de Estado e de Governo de 1.992, espera-se gerar, em doze anos, US\$ 217 bilhões para investimentos em serviços de saúde e saneamento. Para esta orientação programática foram estabelecidas as seguintes linhas de ação:

- i. fomentar o desenvolvimento da capacidade de liderança e gestão dos Ministérios da Saúde e de outras instituições do setor, e promover o desenvolvimento da análise setorial em nível nacional e local, no contexto da descentralização, da participação social e da coordenação para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde;
- ii. analisar e desenvolver opções para a organização e financiamento dos sistemas, serviços e instituições de saúde, inclusive o uso de uma administração estratégica local, o desenvolvimento de sistemas de informação e a melhoria da manutenção de instalações físicas;
- iii. estimular a implementação do Plano Regional de Investimentos em Ambiente e Saúde;
- iv. promover o desenvolvimento de recursos humanos em todas as esferas essenciais para o funcionamento eficaz dos serviços de saúde;
- v. promover o uso de enfoques que orientem a atenção de saúde para grupos prioritários da população, compreendendo os pobres e os marginalizados, as populações indígenas, as mulheres e as mães e crianças;

vi. com relação aos medicamentos essenciais, apoiar a formulação de políticas que abordem a legislação, regulamentação, produção, comercialização, utilização e financiamento, e fomentar o fortalecimento dos serviços farmacêuticos, o conhecimento dos medicamentos pelo pessoal de saúde e a educação sanitária para o setor, a fim de estimular o uso racional das drogas;

vii. fortalecer o desenvolvimento de serviços de laboratório clínico, bancos de sangue e serviços de transfusão, bem como o diagnóstico pela imagem e radioterapia, especialmente com referência à formulação de políticas, à garantia de qualidade e à segurança biológica;

viii. fortalecer a capacidade do setor da saúde e de outros setores pertinentes nas áreas de preparação para emergências, prevenção e mitigação de catástrofes.

3.3. Promoção e proteção da saúde

Especialmente a partir da Conferência de Ottawa, vem fortalecendo-se a estratégia de promoção da saúde baseada na concepção da saúde como produto social e como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva. A promoção da saúde institui a saúde como qualidade da vida, resultante de renda, emprego, educação, habitação, saneamento, segurança, paz, justiça e, também, serviços de saúde de boa qualidade. Uma das formas de concretizar a estratégia da promoção da saúde é através do modelo do campo da saúde onde, esta resulta, de fatores biológicos, do ambiente, de estilos de vida e de serviços de saúde. Para tal, será necessário o estabelecimento de amplos programas de informação e educação formulados para difundir na população conhecimentos sobre a saúde e a promoção de uma cultura da saúde em nível local através do movimento das cidades ou comunidades saudáveis. Tudo isso exige uma postura nova de trabalho intersetorial. As principais linhas de ação, aqui, são:

i. estimular o desenvolvimento social baseado nos princípios da equidade e no direito de todos à saúde e ao bem-estar, mediante a formulação e aplicação de uma política pública orientada para a alimentação e a nutrição, a toxicomania e o tabagismo, bem como a prevenção e controle da violência;

ii. estimular o desenvolvimento de uma cultura da saúde fundada num ambiente sadio e na adoção de modos de vida que favoreçam a saúde, mediante o desenvolvimento de intervenções estratégicas destinadas a criar opções saudáveis para a população;

iii. apoiar o fortalecimento da capacidade do setor saúde para identificar e ativar processos interssetoriais que promovam e protejam a saúde física e mental, reconhecendo que é em nível local que as atividades de promoção e proteção da saúde devem ser levadas a cabo e apoiando os esforços para mobilizar recursos e melhorar a saúde e o bem-estar;

iv. apoiar a geração, avaliação, difusão e utilização de informações relativas à saúde em geral e à promoção e proteção da saúde em particular;

v. promover a elaboração de políticas e programas relativos a questões de população, saúde reprodutiva, regulação da fecundidade e aos aspectos de saúde pertinentes aos adolescentes e às crianças, e fomentar a coordenação de atividades de promoção da saúde e serviços de saúde reprodutiva;

vi. procurar o melhoramento contínuo da situação nutricional de todos os grupos de população, promovendo o aleitamento materno como importante estratégia para assegurar uma boa nutrição infantil.

3.4. Proteção e desenvolvimento ambiental

Há um compromisso mundial de preservar, proteger e restaurar o meio ambiente, com o objetivo de se chegar a um desenvolvimento sustentado. Para isso, é necessário estabelecer agendas nacionais que respondam às indagações relativas ao meio em geral, ao ambiente de trabalho e à habitação, com privilegiamento dos grupos sociais mais necessitados e dos problemas mais urgentes. As questões relativas ao meio ambiente adquiriram importância na Região e passaram a constituir preocupação do NAFTA, do Mercosul, bem como da Comissão Centro-Americana de Ambiente e Desenvolvimento. Outras frentes, também, abriram-se como as dos partidos com orientação ecológica e organizações não-governamentais. A tese básica é a de que as políticas econômicas, fiscais, comerciais, agrícolas e industriais devem ser formuladas e implementadas visando a assegurar que o desenvolvimento seja sustentável do ponto de vista econômico, social e ecológico, o que implica a consciência de que, na produção de bens e serviços, há que se levar em conta os custos ambientais. As linhas de ação são:

i. garantir a implementação do Plano Regional de Investimentos em Ambiente e Saúde;

ii. desenvolver a capacidade gerencial, financeira e de planejamento do setor e de suas instituições nas áreas de abastecimento de água potável, saneamento, disposição de resíduos sólidos e proteção de mananciais;

iii. apoiar o desenvolvimento tecnológico, a pesquisa e a formação de recursos humanos nas áreas de avaliação e controle de perigos ambientais, inclusive os riscos para a saúde humana no ambiente de trabalho;

iv. promover o respeito aos princípios de universalidade e equidade na prestação de serviços básicos de saneamento, bem como ao direito de consentimento informado com referência à localização de obras de infra-estrutura, indústrias, serviços e qualquer outra atividade que possa ser prejudicial à saúde e ao bem-estar;

v. apoiar o desenvolvimento institucional e organizacional das várias entidades e organismos responsáveis pelo manejo de recursos ambientais e naturais, compreendendo os governos locais, as comunidades e outros tipos de organizações governamentais e não governamentais.

3.5. Prevenção e controle de doenças

Os países da região passam por mudanças substantivas, seja no campo demográfico, seja no epidemiológico. Todos tiveram diminuição das mortalidades infantil e juvenil, crescimento da esperança de vida ao nascer, envelhecimento das populações e sua urbanização. Em decorrência complexificou-se a situação de saúde através do fenômeno da acumulação e polarização epidemiológicas. Permanecem as doenças infecciosas; aumentam relativamente as crônicas, particularmente as cardiovasculares e o câncer; surgem novas patologias como a violência e o stress; emergem patologias como AIDS e infecções por hantavírus; e reemergem doenças que haviam sido controladas como dengue e cólera. Os programas de imunização respondem pelos maiores êxitos. Não têm sido registrados casos de paralisia causada por poliovírus silvestre e o sarampo acusou expressivo declínio. A mortalidade por diarreia e por infecções respiratórias agudas está reduzindo-se. Ao mesmo tempo, outras doenças continuam como desafio. A incidência da malária cresceu, bem como a de tuberculose, vinculada com a epidemia de infecções por HIV. Infecções pelo vírus da hepatite, raiva humana e doenças e zoonoses virais, parasitárias e bacterianas continuam sendo endêmicas ou epidêmicas. As linhas de ação referentes a esta orientação programática são:

- i. estabelecer e manter programas de imunização para uma vacinação eficaz contra doenças importantes para a saúde pública;
- ii. erradicar e eliminar certos problemas de saúde, tais como a poliomielite, a hanseníase, a raiva transmitida por cães, a oncocercose e a transmissão de **trypanosoma cruzi** por transfusão de sangue e pelo **triatoma infestans** encontrado nas moradias;
- iii. adquirir uma compreensão mais completa das causas e dos fatores de risco responsáveis pelas doenças transmitidas por alimentos e diarreicas, assim como de métodos para sua prevenção;
- iv. com base em conhecimentos melhorados, pôr em prática, no seio das famílias e comunidades, medidas simples e custo-efetivas, para manter os alimentos e a água livres de agentes infecciosos, com vistas à redução da mortalidade por doenças diarreicas;
- v. apoiar os esforços nacionais para coordenar atividades de controle e prevenção de infecções por HIV/AIDS e para reduzir seu impacto na população e nas pessoas infectadas;

- vi. fortalecer a capacidade local de prevenir, diagnosticar e tratar doenças transmitidas por contacto sexual, especialmente no âmbito dos serviços de atenção primária de saúde;
- vii. orientar os programas para os grupos em risco e os fatores de risco conhecidos, empregando os métodos básicos de análise e estratificação de riscos;
- viii. melhorar a capacidade de detectar mudanças na ocorrência de doenças infecciosas e avaliar o impacto potencial na saúde do público, de modo a pôr em prática medidas oportunas e eficazes de prevenção e controle;
- ix. apoiar os esforços nacionais para organizar e desenvolver programas integrados de proteção dos alimentos e vigilância epidemiológica de doenças por eles transmitidas;
- x. coligir informações pertinentes sobre a distribuição e os determinantes dos problema de saúde, como requisito essencial para o planejamento, execução e avaliação de programas;
- xi. fortalecer a capacidade nacional e local de avaliar o impacto social e econômico da violência, das lesões e das doenças crônicas, a fim de estabelecer prioridades e obter recursos para as intervenções;
- xii. promover a integração de programas de controle de doenças nos serviços de saúde, particularmente em nível distrital e local, com a devida descentralização da autoridade e dos recursos.

IV - AS ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS E PROGRAMÁTICAS, 1.995/98, DO GOVERNO BRASILEIRO

O governo brasileiro, neste período governamental, não tem um documento orgânico de orientações estratégicas e programáticas. O discurso de campanha foi reinterpretado por duas gestões ministeriais que apresentaram suas diretrizes políticas e suas ações e metas prioritárias. Agora, surge um terceiro ministro o que, uma vez mais, poderá implicar correções de rumos. Os três documentos apresentam continuidades mas, também, posições diferenciadas, razão pela qual, examinam-se, sucintamente, todos eles.

1. A proposta de governo⁵

A proposta de governo do candidato Fernando Henrique Cardoso, começa com um diagnóstico da situação dos serviços de saúde no país onde mostram-se aspectos positivos e negativos e conclui que a crise da saúde é estrutural. Por isso, propõe como solução a mudança do modelo de atenção, dando-se ênfase relativa às ações

⁵ CARDOSO, F.H. - Mãos à obra: proposta de governo. Brasília, s/ ed., 1994.

promocionais e preventivas e concebendo-se saúde como expressão de qualidade de vida da população, a ser obtida através de trabalho intersectorial que articule emprego, segurança, educação, alimentação, saneamento, meio ambiente e serviços de saúde, a partir de uma economia estabilizada. Portanto, fica clara a intencionalidade do programa que era de desenvolver o setor de serviços de saúde em função dos fundamentos macroeconômicos do Plano Real.

O programa, mesmo reconhecendo a existência de um ambiente desfavorável à implantação do Sistema Único de Saúde, reitera seus princípios constitutivos e compromissa-se com a continuidade da descentralização, com ênfase na municipalização, e com o controle público. Todo esse processo deveria ser conduzido nos marcos de uma reforma do Estado que fortalecesse o Estado nas funções regulatórias e de financiamento. O programa coloca, como ponto central da mudança do modelo de atenção, a implantação de distritos sanitários, organizados por agregação de municípios em microrregiões de pertencimento econômico, social, cultural e sanitário.

Já antevendo a crise do Sistema de Atenção Médica Supletiva - que veio a agravar-se durante o governo - o programa propõe a instituição de uma regulação estatal que possibilite diminuir as falhas de mercado que lhe são inerentes quando deixadas sob regulação mercadológica. Também, acena com a implantação de uma política de assistência farmacêutica pública, estruturada segundo a diretriz da descentralização.

O programa de governo explicita as seguintes medidas:

i. Aumentar e garantir a estabilidade dos recursos públicos para a saúde através de:

- . aplicação na área de saúde de, no mínimo, R\$ 80,00 anuais por habitante;
- . estímulo ao incremento dos gastos de estados e municípios em serviços de saúde;
- . repasses automáticos entre as três esferas de governo;
- . transferência global de recursos, fundo a fundo;
- . estabelecimento de novos critérios alocativos, de caráter redistributivo, entre regiões e grupos sociais.

ii. Expandir e consolidar o SUS, através de:

- . reestruturação das instituições para agilizar a descentralização;
- . fortalecimento do papel regulador do Estado;
- . implantação de programas de treinamento, qualificação e avaliação dos servidores;

- . adequação das Secretarias Estaduais de Saúde aos seus novos papéis no SUS;
- . transferência da gestão plena aos municípios;
- . implantação, em todo o país, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

iii. Aumentar a eficiência do SUS, através de:

- . combate rigoroso aos desperdícios e às fraudes, através de um sistema eficaz de auditoria, controle e avaliação e da fiscalização do Conselhos de Saúde;
- . implantação de um sistema de controle da incorporação e uso de tecnologias;
- . estímulo à emissão de contas públicas para os usuários;
- . aumento da eficiência das unidades estatais pela implantação da autogestão;
- . implantação de sistema de apuração de custos hospitalares e ambulatoriais.

iv. Melhorar a qualidade da atenção no SUS, através de:

- . difusão de uma cultura de qualidade;
- . implantação de um programa nacional de qualidade em saúde;
- . estímulo à adoção de um sistema de acreditação hospitalar;
- . revisão e implantação de um sistema de credenciamento para unidades de saúde, baseado em critérios de qualidade.

v. Estimular a implantação dos distritos sanitários.

vi. Democratizar o SUS, através de:

- . implantação de um processo democrático de comunicação social;
- . fortalecimento dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde;
- . estímulo à formação de Conselhos Distritais e Locais de Saúde.

vii. Implantar política de assistência farmacêutica, através de:

- . definição clara das competências dos três níveis de governo nesse campo;

- . atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais;
- . edição e atualização anual do Formulário Terapêutico Nacional;
- . edição de normas de prescrição e conduta terapêutica para as enfermidades de maior incidência;
- . descentralização para estados e municípios das atividades de programação, aquisição, distribuição e utilização racional de medicamentos e imunobiológicos;
- . estímulo à prescrição de medicamentos genéricos;
- . garantia de acesso aos medicamentos relativos a programas de alta prioridade;
- . utilização de toda a capacidade instalada dos laboratórios oficiais;
- . modernização do sistema nacional de vigilância sanitária para garantir a eficácia e a qualidade dos medicamentos;
- . fortalecimento do programa nacional de auto-suficiência em imunobiológicos e hemoderivados.

2. As diretrizes políticas do Ministério da Saúde, 1.996⁶

As diretrizes políticas do Ministério da Saúde, elaboradas em 1.996, na gestão Adib Jatene, pretenderam constituir um detalhamento do programa de governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso e dar consequência prática aos preceitos constitucionais.

Para isso, o Ministério da Saúde, atuaria em dois níveis: o das políticas públicas para redução de riscos e agravos e o das ações e serviços, direta e imediatamente vinculados à promoção, proteção e recuperação da saúde. Em termos de ações finalísticas, o trabalho do Ministério da Saúde abrangeria os sistemas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e atendimento direto às necessidades de saúde da população, em caráter complementar ao poder local.

O poder do Ministério da Saúde expressa-se pela disponibilidade de posse de recursos financeiros permanentes, de informação informatizada e de conhecimento com reconhecimento institucional.

As prioridades do Ministério da Saúde são a recuperação e modernização da capacidade operativa e gerencial do SUS; a redução da mortalidade na infância, como componente do Programa Comunidade Solidária; a erradicação do **Triatoma infestans** e do **Aedes aegypti**, da hanseníase, do sarampo e do tétano neonatal e a redução da incidência das doenças transmissíveis, sobretudo malária e cólera; a

⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE - Diretrizes políticas. Brasília, mimeo, 1996.

assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher e dos povos indígenas; a melhoria do controle sobre o meio ambiente, meios de produção e produtos de interesse para a saúde em todo o território nacional. Para a consecução das diretrizes enunciadas, o Ministério da Saúde concederá atenção especial às seguintes condições básicas: a definição de fontes estáveis e suficientes de recursos, com regularidade no desembolso do Tesouro Nacional para o Fundo Nacional de Saúde; a recuperação, o reequipamento e a readequação das unidades prestadoras de serviços do SUS; a organização do sistema nacional de informações em saúde; a definição e implantação de medidas, nos campos da gestão do trabalho e da educação para o trabalho em saúde; o fortalecimento da ciência e tecnologia em saúde.

O documento estabelece as diretrizes políticas gerais quanto ao modelo de atenção, ao financiamento e à reordenação institucional.

2.1. As diretrizes políticas quanto ao modelo de atenção, que visam a incorporar os modelos clínico e epidemiológico, são:

- i. consolidar e aperfeiçoar a unicidade do sistema aprimorando as Comissões Intergestoras;
- ii. promover a disponibilidade de informações para a tomada de decisões e para a participação dos cidadãos;
- iii. revalorizar e desenvolver a rede de laboratórios de saúde pública;
- iv. promover a reorganização do sistema de ciência e tecnologia em saúde;
- v. fortalecer e ampliar os programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde;
- vi. buscar permanentemente a melhoria da qualidade e da produtividade das ações e serviços de saúde;
- vii. promover, junto ao Ministério da Educação e do Desporto, a readequação dos currículos de graduação de médicos, enfermeiros, odontólogos e demais profissionais de saúde, para adequá-los às exigências do SUS.

2.2. As diretrizes políticas quanto ao financiamento combinam ações do lado da contenção de gastos e do aumento do nível de recursos para o SUS e são:

- i. incrementar os recursos federais, estaduais e municipais;
- ii. criar um mecanismo flexível e específico para o financiamento da saúde, aperfeiçoando o desempenho do Fundo Nacional de Saúde, por meio de uma conta

especial e promovendo gestões para que os demais fundos operem a totalidade dos recursos do setor;

iii. promover o estabelecimento de parcerias com a iniciativa privada e com as organizações não governamentais;

2.3. As diretrizes políticas quanto à reordenação institucional, referenciadas pelo SUS, pelo processo de municipalização dos serviços e pelo controle público através dos conselhos de saúde, são:

i. implementar um amplo programa de modernização interna do Ministério da Saúde;

ii. revisar os gastos e custos reais dos procedimentos em saúde;

iii. desencadear processo de programação integrada, ascendente e participativa envolvendo as três instâncias federativas e com base em critérios epidemiológicos;

iv. reorientar e reorganizar o Sistema Nacional de Auditoria;

v. fortalecer o Conselho Nacional de Saúde e estimular os estados e municípios a consolidarem os conselhos nos seus âmbitos;

vi. realizar as Conferências Nacionais de Saúde e apoiar a realização das conferências de saúde nas demais instâncias;

vii. promover a capacitação dos municípios para assumir a gestão plena dos serviços de saúde;

viii. definir, conjuntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais, as unidades prestadoras que continuarão com o Ministério da Saúde e integrá-las nas respectivas programações;

ix. promover estudos programáticos com vistas a uma melhor e maior descentralização nas unidades próprias do Ministério da Saúde;

x. intensificar a capacitação técnica e administrativa e aprimorar a competência jurídica das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para o exercício de atividades voltadas para o combate a doenças transmitidas por vetores e de outras doenças endêmico-epidêmicas, bem como o registro de dados e as informações;

xi. fortalecer o modelo de atuação na área de saneamento, participando na formulação da política nacional e promovendo a cooperação técnica e financeira para a implantação de serviços municipais de abastecimento de água, esgoto e lixo;

xii. aperfeiçoar os procedimentos de regulação do conjunto de estabelecimentos responsáveis pela vigilância sanitária e pela intervenção ambiental;

xiii. estabelecer instrumentos disciplinadores e articuladores da prática assistencial privada não conveniada com o SUS.

3. 1.997, o ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias⁷

Este documento, lançado oficialmente pelo Presidente da República no início de sua segunda metade de mandato, visa a concretizar o Plano de Governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, bem como a implementação de medidas que são vitais para a consolidação do SUS e para o desenvolvimento social do país. Está baseado no suposto de que é necessária uma imediata readequação do Ministério da Saúde, em todos os seus métodos gerenciais e operacionais e coincide com a gestão do Ministro Carlos Albuquerque.

Começa por definir a missão do Ministério da Saúde que é “promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício pleno da cidadania”.

3.1. A superação dos desafios estruturais

Para enfrentar os principais problemas estruturais da saúde, o Ministério estabelece um novo sistema gerencial com base no financiamento estável, na descentralização dos serviços, na reestruturação interna e na fiscalização permanente da aplicação dos recursos.

i. Modelo estável de financiamento

Propunha-se a aprovação da PEC 169, o que elevaria os gastos públicos para 31,1 bilhões de dólares em 1.998. Na realidade, o objetivo de buscar uma fonte estável de financiamento foi atropelado pelas circunstâncias políticas que levaram o governo a optar pela prorrogação da CPMF até início de 1.999. A posse do Ministro José Serra cria a expectativa de uma solução definitiva para o sistema de financiamento público da saúde.

ii. Descentralização e reestruturação do Ministério da Saúde

A principal meta é habilitar, até 1.998, sob coordenação dos estados, 4.000 municípios isolados ou consorciados, sendo 3.300 em gestão básica e 700 em gestão

⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE - 1997, o ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias. Brasília, ASCOM/MS, 1997

plena. O Ministério da Saúde vai transferir para os estados e municípios, os hospitais e ambulatórios sob sua responsabilidade, as ações da Central de Medicamentos e do INAN, as ações de responsabilidade estadual ou municipal da Fundação Nacional de Saúde e as ações relativas a registros de produtos, inspeção e fiscalização e de controle de qualidade em saúde. A política de ciência e tecnologia será incentivada e será redefinido o papel do Centro Nacional de Epidemiologia. Serão mantidos os sistemas de informação de âmbito nacional e será implantado o Cadastro de Internações Hospitalares. Dentro dos princípios da reforma do Estado, o Ministério vai implantar contratos de gestão com metas previamente definidas e avaliação permanente de resultados.

iii. Fiscalização de gastos e combate às fraudes

Os procedimentos hospitalares e ambulatoriais de alto custo terão controles específicos, bem como os cem procedimentos mais frequentes; os processos de compra serão auditados previamente; e os procedimentos ambulatoriais de alto custo serão analisados caso a caso. Para garantir a avaliação e o controle dos serviços, em todas as instâncias do sistema, o Ministério implantará o Sistema Nacional de Auditoria.

3.2. Ações e metas prioritárias

i. Saúde da família: ampliação do programa para 3.500 equipes, atuando em 700 municípios para prestar atendimento básico a 3,5 milhões de famílias;

ii. Agentes Comunitários de Saúde: ampliação do programa para atingir 100.000 agentes, em 17 estados e em 3.000 municípios;

iii. Farmácia básica: 1.000 municípios brasileiros mais carentes contarão com recursos para adquirir um conjunto de 40 medicamentos essenciais;

2.4. Vacinação: será mobilizada a comunidade para a vacinação de rotina contra difteria, coqueluche, tétano, sarampo, tuberculose e poliomielite, tendo como meta ampliar a cobertura dos atuais 70% para 95% das crianças menores de 1 ano e será introduzida a vacina contra hepatite B, vacinando 3,5 milhões de crianças menores de 1 ano;

iv. Combate às endemias: será intensificado o combate ao mosquito *Aedes aegypti* e serão vacinadas 2 milhões de pessoas contra febre amarela; 5.000 profissionais das estruturas estaduais e municipais de saúde serão preparados para fazer o diagnóstico e tratamento da malária; a prevalência da hanseníase será reduzida para apenas um caso em cada 10.000 habitantes até o ano 2.000; será intensificado o combate à tuberculose, priorizando a execução de ações estratégicas em 230 municípios onde concentram-se 75% dos casos;

- v. Saúde da mulher: será aprimorada a assistência ao pré-natal, parto institucional e pós parto e o coeficiente de mortalidade materna será reduzido de 115 por 100.000 para 85 por 100.000; será ampliada a oferta de planejamento familiar, colocando-se à disposição das mulheres maior variedade de métodos anti-concepcionais; será incentivado o programa “Viva Mulher” para atingir 500.000 mulheres de 35 a 49 anos em cinco regiões metropolitanas;
- vi. Saúde da criança: o projeto de redução da mortalidade na infância será ampliado para os 1.356 municípios do Comunidade Solidária, o que reduzirá a taxa de mortalidade infantil para 23 por 1.000 nascidos vivos;
- vii. Doenças sexualmente transmissíveis/AIDS: todas as gestantes portadoras do vírus HIV serão beneficiadas por ações de proteção para evitar a transmissão da doença aos seus bebês; será feita uma distribuição sistemática e criteriosa de preservativos aos profissionais do sexo e de seringas aos usuários de drogas; será desencadeada uma ação para reduzir a incidência de sífilis congênita a menos de 5 casos para cada 1.000 nascidos vivos; serão credenciados mais 40 novos hospitais para tratamento de pacientes portadores do vírus da AIDS;
- viii. Diabetes: serão realizadas campanhas para orientação sobre diagnóstico precoce de diabetes e garantido o fornecimento de insulina e hipoglicemiantes orais para 2,7 milhões de brasileiros que sofrem da doença;
- ix. Gestão plena: atingirá 700 municípios, envolvendo 65 milhões de pessoas;
- x. Consórcios: será estimulada a criação de consórcios intermunicipais e interestaduais de saúde;
- xi. Resgate e primeiros socorros: serão ampliadas as equipes de resgate e primeiros socorros, visando a reduzir em 10% a mortalidade por causas externas;
- xii. Alternativas à internação hospitalar: serão ampliados os hospitais-dia, os centros de convivência e as internações domiciliares;
- xiii. Programa Nacional de Educação e Qualificação de Profissionais de Saúde: esse programa beneficiará 325.000 profissionais;
- xiv. Reforsus: esse projeto readequará a rede do sistema de saúde, financiando a conclusão, a ampliação e o reequipamento de cerca de 1.000 postos de saúde, 50 hospitais, 27 laboratórios e 70 hemocentros;
- xv. Acreditação hospitalar: o Ministério da Saúde vai coordenar o processo de definição de critérios e avaliação da qualidade da assistência prestada nos hospitais públicos e privados;

xvi. Controle do câncer: serão implantados 10 centros regionais de controle para aperfeiçoar o registro dos casos de controle de câncer;

xvii. Revisão da tabela SUS: com base nas prioridades definidas será feita uma revisão na tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares visando a implantar as ações definidas;

xviii. Regulamentação dos planos e seguros de saúde: o Ministério da Saúde, juntamente com o da Fazenda, vai passar a participar da regulamentação e da fiscalização dos planos de saúde;

xix. Mutirão social pela saúde: cabe ao Ministério da Saúde conduzir uma ampla mobilização nacional para demonstrar que os níveis de saúde decorrem de uma participação cidadã em ações intersetoriais em saneamento, despoluição ambiental, redução dos acidentes do trânsito e das violências, exercitadas em parceria pelos governos federal, estaduais e municipais, empresários, entidades civis e organizações comunitárias. Para isso, o Ministério da Saúde fortalecerá os Conselhos de Saúde, dará transparência aos seus recursos e implantará o disque-saúde.

V - O TRABALHO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA DA OPAS NO BRASIL NO PERÍODO 1.995/98

Assim que tomou posse, o Dr. Armando Lopez Scavino produziu um documento - que levou em consideração aportes de um grupo de consultores - com o sugestivo nome de "Repensar o processo da cooperação técnica de OPS/OMS com o país no momento atual"⁸. O documento propõe que o repensar faça-se a partir de três situações-eixo contextualizadoras do processo de mudança da cooperação brindada pela OPAS no Brasil: a eleição do novo governo; a nova direção da Oficina Sanitária Pan-Americana; e a designação de um novo Representante no Brasil.

Ademais disso, a forma de cooperação a ser instituída exigiria um reordenamento institucional da Representação através de uma gestão inovadora e participativa. "Este será um processo gradual de adequação de nossa capacidade de resposta institucional aos problemas prioritários e estratégias de cooperação negociadas com as novas autoridades de governo. Este processo deverá passar, necessariamente, por algumas considerações de ordem organizativa estrutural e funcional, tendo a convicção, como equipe de trabalho, de que qualquer reordenamento interno que seja incorporado será para benefício de nosso compromisso técnico-profissional com o país, para recuperar qualquer possível afetação de nossa credibilidade e visibilidade técnico-institucional, para fazer mais agradável o que fazemos e para ó desfrute de nosso trabalho e de nossos logros".

⁸ SCAVINO, A.L. - Repensar el proceso de la cooperación técnica de OPS/OMS con el país en el momento actual. Brasília, mimeo, 1994

Um primeiro diagnóstico, realizado imediatamente à chegada do Representante, detectou vários problemas⁹:

- i. O Ministério da Saúde vem perdendo sua capacidade de direção estratégica e isso repercute no trabalho de cooperação técnica da OPAS;
- ii. A Representação da OPAS também perdeu capacidade de aportar tecnicamente no campo dos desenhos estratégicos pela diminuição de suas possibilidades de interpretação da realidade;
- iii. A OPAS perdeu credibilidade e visibilidade no País, o que implica que a avaliação de seu trabalho não seja a mais desejada;
- iv. A auto-estima do pessoal da Representação está baixa;
- v. A capacidade de resposta da Representação às necessidades da cooperação no País é, muitas vezes, discreta e lenta;
- vi. A cooperação técnica da representação tem caracterizado por uma inércia de projetos e atividades que se perpetuam;
- vii. a Representação está carecendo de uma operação política de “cara nova”.

A partir daí criou-se uma consciência da necessidade de mudança, assumida como responsabilidade compartilhada pela liderança e pelo conjunto dos funcionários.

Um elemento importante foi a identificação das principais fortalezas e debilidades da cooperação técnica das OPAS no Brasil¹⁰:

- i. Fortalezas da cooperação técnica
 - A credibilidade da OPAS/OMS, a horizontalidade da cooperação e a liderança em saúde, como marcos de possibilidades de coordenação interprogramática e capacidade de identificação de processos estratégicos e de soluções de problemas-chave;
 - As análises da cooperação técnica efetuadas de forma participativa representam parte de um processo de negociação e concertação para a ação política e solução de problemas;
 - Os projetos de cooperação técnica em saúde expressam-se como prioridades para o País, são altamente sensíveis em termos de políticas de saúde, têm que ver com grupos em situação de exclusão, têm efeito redistributivo e alta externalidade;

⁹ SCAVINO, A L. et alii - Op. Cit nº 8.

¹⁰ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/REPRESENTAÇÃO NO BRASIL - Avaliação interna da cooperação técnica em saúde, relatório final. Brasília, mimeo, 1997.

- No País existe um alto desenvolvimento tecnológico estocado em Universidades e centros de excelência que têm permanente contacto com a cooperação técnica da OPAS/OMS, o que permite conformar grupos de assessoramento e de discussões com efeito multiplicador para a resolução de problemas;
- O estilo de gerência participativa na Representação que se baseia no planejamento estratégico e numa ampla política de informação.

ii. Debilidades da cooperação técnica

- As decisões geradas nas deliberações dos corpos diretivos têm dificuldades para sua implementação no País, bem como as decisões do Conselho Nacional de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde;
- Dentro do enfoque de uma cooperação técnica dinâmica e estratégica é necessário realizar os esforços necessários para encontrar produtos concretos que expressem uma oferta integral e de processos;
- Ausência de análises sobre as vantagens comparativas nas formas e conteúdos da cooperação técnica em saúde, tendo em conta os processos de reforma, a globalização, o nível de excelência técnica nos países e as mudanças tecnológicas;
- O fracionamento da cooperação por projetos gera níveis de fragilidade que afetam o processo em diferentes graus, tornando difícil a identificação de impactos;
- Os processos de modernização e descentralização enfrentam problemas jurídico-legais, econômicos, políticos e falta de condições para a gestão.

Tudo isso levou à definição de um modelo de gestão baseado na visão estratégica da realidade nacional de saúde, entendida como a obtenção de resultados através de um processo contínuo de antecipação de mudanças futuras, aproveitando as vantagens das oportunidades que surgem e corrigindo os cursos de ação. A partir da visão estratégica, estruturaram-se dois movimentos: no âmbito interno, a condução institucional através da gerência participativa, definida como forma de gestão que se materializa através de um processo de liderança que valoriza e estimula a participação ampla de pessoal bem informado e comprometido com a organização e sua missão; e, no âmbito externo, a identificação e priorização dos focos estratégicos das políticas nacionais de saúde para coordenar ações de impacto e para canalizar a cooperação técnica.¹¹

Para tal, alguns fatores foram essenciais: a construção de um clima participativo, o trabalho por equipes e redes, uma integração crescente expressa no movimento dos micro-projetos para os projetos estruturantes, a utilização cotidiana dos instrumentos

¹¹ SCAVINO,AL. - Modelo de gestión. Brasília, mimeo, 1998.

de gestão e a melhoria do sentido de inteligência da organização, expresso no aperfeiçoamento da capacidade analítica do que ocorre em termos de saúde no País.

Como resultado, neste período, surgiram várias modificações gerenciais e culturais na OPAS/Brasil. Neste relatório, contudo, não pretende-se descrever todo o extenso processo de mudança ocorrido mas, apenas, relevar alguns pontos essenciais que o singularizaram e que podem ser tomados como eventos emblemáticos de uma organização em transformação. Por certo, muito mais fez-se do que aqui está discutido, vez que há muitos projetos significativos em andamento na cooperação técnica nacional e inter-países. A seleção desses pontos foi feita com alguns critérios: relevância, aderência à missão e à visão e coerência com a proposta de inovação. No conjunto, permitem justificar os dois substantivos que dão nome a esse documento: integração e inovação.

Escolheram-se cinco movimentos essenciais, distribuídos pela cadeia organizacional. Um primeiro, ao nível simbólico, as reformas realizadas no edifício e seu entorno; Dois outros, no âmbito dos sistemas-meio: o uso cotidiano de instrumentos de gestão e a mudança da composição do financiamento; por fim, dois outros, ligados a sistemas-fim: o sistema de comunicação social e a rede integrada de informações para a saúde.

1. A reforma do prédio e de seu entorno

Brasília expressa a saga de brasileiros visionários que acreditaram ser possível interiorizar o desenvolvimento plantando, no Planalto Central, uma cidade planejada. E a significação da cidade não está separada de sua arrojada concepção arquitetônica. É como se manifestasse, em ferro e cimento, a utopia de uma nação mais fraterna e mais justa.

Desse conjunto arquitetônico, é parte significativa, o edifício da Organização Pan-Americana da Saúde que reproduz, em escala menor, a sede do Escritório Central¹² e que se integra, tão bem, ao ambiente físico do Setor Embaixadas Norte. Materializa-se, nesse prédio, a missão da OPAS: ser uma instituição internacional e servir ao nosso País.

Esse edifício sempre constituiu um centro de eventos importantes das agências internacionais, do governo brasileiro e de organizações internacionais, colocando-se como referência indiscutível na paisagem brasiliense. Além dessa importante função externa, dá suporte e referencia as atividades de cooperação técnica exercitadas pela OPAS no Brasil.

Esse edifício, pela ação do tempo e por falta de investimentos em sua conservação, vinha apresentando problemas. A deterioração dos equipamentos e da infra-estrutura

¹² O projeto arquitetônico foi feito pelo mesmo arquiteto que desenhou a sede de Washington, Román Fresnedo Siri

física eram situações visíveis, quando nada constrangedoras, como que a apontar o envelhecimento da organização que abrigava.

A clara percepção da importância interna e externa do edifício sede fez com que se investisse em sua recuperação. Eliminação de goteiras, rede de proteção de equipamentos, renovação dos **hardwares**, recuperação da rede elétrica, renovação do equipamento de tradução simultânea e projeto paisagístico dos jardins internos, foram algumas medidas tomadas e que reconstruíram o edifício acenando, no plano físico, com a significação de um processo de mudança organizacional. Além de adaptar o prédio para uso de pessoas portadoras de deficiências, o que permitiu superar o escândalo de uma instituição de cooperação técnica em saúde não dispor desses equipamentos imprescindíveis.

Tudo isso, que pode parecer muito acessório, torna-se fundamental quando interpretado, no plano simbólico, como o reencontro da organização com seu projeto de mudança e com sua renovação.

A recuperação do prédio permitiu que sua imagem fosse utilizada como unidade visual para as publicações e produtos da cooperação técnica as OPAS no Brasil.

2. Os instrumentos de gestão

Uma das prioridades do Dr. George Alleyne, como diretor da OPAS, foi a de fortalecer o desenvolvimento de processos técnico-administrativos no sentido de concretizar uma cooperação mais ajustada às necessidades e potencialidades do País. Em outros termos, isso significava aperfeiçoar e colocar como instrumento gerencial da cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde, o AMPES, ou seja, o Sistema de Planejamento, Programação, Monitoramento e Avaliação da Região das Américas.

O AMPES é um sistema desenhado tendo como referencial maior a estratégia de Saúde para Todos (SPT) e referido pelos marcos do IX Programa Geral de Trabalho da Organização Mundial da Saúde para o período 1.996/2.001 (PGT) e das Orientações Estratégicas e Prioridades Programáticas da Organização Pan-Americana da Saúde para o período 1.995/98 (OEPP).

O AMPES está constituído por um conjunto de instrumentos gerenciais:

- i. O BPB, Programa e Orçamento Bienal, que constitui o programa de trabalho do biênio, aprovado pelos Corpos Diretivos e onde estabelecem-se as linhas gerais de trabalho da organização. A execução do BPB é delegada aos gerentes de oficinas (PWR), aos diretores de centros e aos chefes das unidades regionais da sede;
- ii. O Plano Estratégico da Cooperação (PEC), também bienal e feito em colaboração com as autoridades nacionais, onde se definem claramente as áreas em que o País

considera necessária a cooperação da OPAS e analisam-se, cuidadosamente, os resultados esperados;

iii. Os Projetos Integrados de Cooperação (PIC) que constituem a forma de tornar efetiva a cooperação de acordo com o que foi delineado no Plano Estratégico de Cooperação. O nome desse instrumento de gestão deriva do fato de que o desenho, a formulação, a execução e a avaliação desses projetos são feitas, conjuntamente, pela OPAS e o País;

iv. As atividades dos projetos do BPB são, a cada semestre, programadas, em nível de tarefas, através do Programa de Trabalho Semestral (PTS). Este instrumento significa, em termos práticos, a programação operativa da cooperação técnica;

v. A cada semestre, elabora-se um Informe de Progresso Semestral (IPS), que analisa as mudanças na situação de saúde do País que afetam a cooperação técnica e avalia a eficácia dos resultados esperados definidos em cada projeto.

Todo esse sistema é eletronicamente operacionalizado. Só fogem do AMPES, um conjunto pequeno de atividades pontuais e específicas, realizadas em prazos muito curtos, que são de fácil resolução e que não carecem da utilização de insumos.

O sistema AMPES tem como base conceitual-metodológica o enfoque do marco lógico¹³, método de gerência de projeto, também adotado por várias outras agências internacionais. O marco lógico facilita a análise e o planejamento no desenho do projeto, o controle e a comunicação durante a execução, além de proporcionar uma base de comparação adequada para a avaliação. O método baseia-se numa matriz que contém, como componentes verticais, os objetivos hierarquizados (atividades, resultados esperados, propósitos e fins) e, como componentes horizontais, os indicadores, as fontes de verificação e os supostos. A lógica vertical deve cumprir com os requisitos da coerência interna e a lógica horizontal deve levar à determinação da relação de causa/efeito num determinado nível de hierarquia. O enfoque do marco lógico permite integrar várias perspectivas de gerência, como: gerência orientada para resultados; método científico; enfoque de sistemas; acordos contratuais; e gerência participativa.

O AMPES, com seus instrumentos, já era realizado, há tempos, na Representação do Brasil da OPAS, especialmente, através do APB, dos PTC's e dos IPC's, os instrumentos vigentes antes de 1.998. Mas sua utilização tinha um caráter ritual, onde cumpria-se, obrigatoriamente, com uma rotina exigida pelo Representante e pela Oficina Central. Uma vez preenchidas essas exigências institucionais, a execução dos projetos fazia-se de forma tradicional, ao sabor das acontecimentos. Era mero instrumento de orçamentação anual que, em geral, tendia a reproduzir o do ano anterior. Demais, sua discussão era restrita internamente e sua apresentação ao Ministério da Saúde, meramente formal. Como instrumento de planejamento,

¹³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - Enfoque lógico para la gestión de proyectos en la Organización Panamericana de la Salud. Washington, Grupo de Trabajo AD/DAP/DEC, 1994.

monitoramento e avaliação tinha pouca utilidade. Em suma, expressava um modelo de governança inercial.

Mas esse quadro mudou radicalmente a partir de setembro de 1996 quando criou-se um grupo de coordenação do APB/97 que promoveu uma discussão de quatro dias com todo o pessoal da Representação permitindo, nos marcos de uma gerência participativa, uma socialização da elaboração do AMPES.

Além de uma maior participação, começou-se a criar um movimento de integração inter-projetos, do que resultaram alguns projetos integrados como saúde familiar e comunitária, controle de enfermidades e saneamento ambiental, informação em saúde etc. É importante ressaltar que, como resultado, os 29 projetos do APB de 1.996 foram diminuídos para 16 em 1.997.

Para que a elaboração participativa e integrada não caísse, mais uma vez, numa execução ritualística, tomou-se uma decisão importante: instituir, na Representação, a partir de 1º de janeiro de 1.997, a figura do Coordenador Técnico. Esse consultor, com autoridade delegada pelo Representante, teve como missão facilitar e promover a coordenação dos projetos entre si e com o ambiente externo. Não se criou, com isso, mais um escalão burocrático mas, ao contrário, um nicho de coordenação e de catalização dos esforços e de cobrança democrática de uma certa disciplina na execução do AMPES. Para que isso pudesse funcionar, escolheu-se um Coordenador Técnico com amplo conhecimento da organização, com domínio do enfoque do marco lógico, com legitimidade perante seus pares e com espírito de trabalho em equipe¹⁴.

Em setembro de 1.997 realizou-se uma reunião de avaliação interna da cooperação técnica em saúde, com o objetivo de realizar uma revisão programática e operativa interna, analisando a gestão em seus aspectos político, técnicos e administrativos, em função de um conjunto de critérios como competência, pertinência, efetividade e sustentabilidade e com o propósito de definir as Orientações e Estratégias para a Cooperação Técnica da OPS/OMS no Brasil, para o período 1.998/99. Essa reunião foi fundamental para a consolidação da nova cultura institucional que se está implantando.

Assim, e de forma crescente, o AMPES deixou de ser instrumento ritualístico para transformar-se numa potente ferramenta de gerência cotidiana.

Há, ainda, muito que se caminhar mas os resultados positivos já se fazem observar: melhoria da qualidade da análise da situação de cada projeto; programações mais consistentes; estímulo ao trabalho em equipe; superação gradativa dos insulamentos por projetos; e melhor qualidade dos informes de progresso. Enfim, está se criando

¹⁴ Em quase todas as entrevistas que fiz com os consultores, o Coordenador Técnico, Dr. Angel Valencia, foi exaltado como possuidor dessas características e cujo trabalho foi fundamental para criar uma cultura de planejamento na OPAS/Brasil

uma cultura de trabalho participativo, com maior integração e baseado numa concepção do planejamento como algo que “precede e preside a ação”¹⁵.

3. A mudança na composição relativa do orçamento

Houve um outro elemento definidor da profundidade e do sentido das mudanças que foi a crise do Sistema Nações Unidas, expressa, principalmente, no seu componente financeiro. Isso estimulou o desenvolvimento de uma nova forma de organização que pudesse fazer frente a uma conjuntura internacional desfavorável.

Os recursos financeiros limitados¹⁶ e a impossibilidade colocada, pela crise, de aumentá-los, não constituíram fatores de desânimo para a Representação da OPAS no Brasil. Como sugere o ideograma chinês, crise é, ao mesmo tempo, situação de dificuldades e de oportunidades. E foi, desse modo, que a crise foi entendida e trabalhada no âmbito da OPAS, Representação do Brasil.

Se há uma organização capacitada e legitimada, pode-se, pela combinação de ações políticas e técnicas, buscar-se recursos externos para dar conseqüência às metas programadas. Isso interessa à OPAS e ao País porque, especialmente as instituições estatais, dominadas por um estilo de gerência burocrático, sofrem constrangimentos administrativos que podem, numa ação concertada e com objetivos comuns, ser superados pela flexibilidade gerencial que a organização oferece.

Nesse sentido, é bom lembrar que há uma tradição forte da OPAS/Brasil, em trabalhar com recursos extra-orçamentários de diversas instituições internacionais e nacionais. Mas a partir de certas experiências negativas¹⁷, onde a organização foi colocada, menos como parceira, e mais como administradora financeira de recursos repassados por entes nacionais, a participação relativa dos fundos extra-orçamentários tornou-se pequena frente às potencialidades da organização. Nesse vácuo, foram entrando outras agências, inclusive internacionais. A cautela, de fato, impunha-se mas não deveria, de forma nenhuma, ser motivo para se matar a galinha dos ovos de ouro.

Uma ação política do novo Representante, apresentando-se como parceiro na realização de um novo pacto entre a OPAS e as instituições nacionais, foi fundamental. Através dela, mostrou-se a vocação da organização, seu desejo de ampliar a cooperação técnica, sua legitimidade para tal e convocou-se para uma parceria renovada, governada pela atividade comum planejada. E, por óbvio, estabeleciam-se as condições e os limites, de forma clara.

¹⁵ Conceito retirado de MATUS, C. - Política, planificación y gobierno. Washington, OPS/OMS, 1987.

¹⁶ Na entrevista com o Lic. José Gomez, ele deu uma dimensão dos recursos da OPAS/Brasil, estimando-os em R\$0,027 habitante/ano

¹⁷ Em certos momentos isso era referido por alguns consultores assim: “estamos sendo transformados em instituição de leasing e em agência de viagem”

Para isso, algumas mudanças internas, na gerência da OPAS, foram fundamentais. Uma, já referida, foi a melhoria da qualidade do sistema de programação. Outra, foi a modernização da área administrativa e a instituição de uma Unidade de Projetos Especiais, na concepção matricial, que passou a se responsabilizar pelos aspectos administrativos dos projetos extra-orçamentários.

Os resultados foram auspiciosos: no biênio 1.994/95, os recursos extra-orçamentários foram de Us\$ 11,027 milhões; no biênio 1.996/97, eles alcançaram US\$ 31,084 milhões, um crescimento de 35,5%. Isso sem considerar as compras de insumos críticos que, só em vacinas, representaram, em 1.997, US\$ 32 milhões. Estimativas preliminares permitem antever um crescimento de, no mínimo, 10% no biênio 1998/99 em relação ao anterior.

Aqui, cabe uma última consideração, sobre um papel que não é tipicamente de cooperação técnica mas que é de cooperação internacional¹⁸ e que foi a utilização do Fundo Rotativo da OPS/OMS para a compra de vacinas para o País. Essa ação cooperativa trouxe, para o Brasil, além de ganhos financeiros, inegáveis benefícios sociais. O que repercutiu, favoravelmente, na imagem pública da OPAS.

4. O sistema de comunicação social

Logo após assumir seu cargo, em dezembro de 1994, o Representante da OPAS no Brasil, assim manifestou-se: “É importante gerar um mecanismo de comunicação social ágil e efetivo que contribua para elevar a visibilidade da OPAS no nível da sociedade, bem articulado com a imprensa e com uma presença mais ativa nas discussões públicas de interesse da mídia. Ademais, no âmbito interno da Representação deve gerar-se um processo de intercomunicação ativa, com vistas à transparência de ações e do processo de cooperação”¹⁹.

De fato, esse diagnóstico era preciso porque, naquele momento, nada havia de comunicação social orgânica na OPAS/Brasil. De um lado, porque é frágil a política de comunicação social da organização e, de outro, porque os esforços que haviam sido realizados por um Representante anterior²⁰, para organizar a comunicação social da Representação do Brasil, tinham sido abandonados.

Assim, uma das maiores debilidades da OPAS/Brasil, residia na ausência de uma política de comunicação social que permitisse, internamente, socializar e potencializar as ações de diferentes setores e, externamente, fazer ressoar, em

¹⁸ Essa diferenciação entre cooperação técnica internacional e cooperação internacional foi feita, em entrevista, pelo Lic. José Gomez

¹⁹ SCAVINO, A L. - Repensar el proceso de la cooperación técnica de OPS/OMS com el país en el momento actual. Op. Cit. n° 8, p. 11.

²⁰ Houve um esforço significativo de organização da comunicação social na gestão do Dr. Rodolfo Rodriguez

diferentes segmentos da sociedade brasileira, os trabalhos de cooperação técnica desenvolvidos.

A ação nesse campo começa pela escolha criteriosa de um comunicador com experiência anterior na mídia, com legitimidade entre seus pares e com capacidade para fazer um plano de comunicação social. Selecionou-se e contratou-se o comunicador com a missão de promover a saúde e de mostrar a identidade da OPAS. A primeira tarefa foi definir uma estratégia de comunicação social para a Representação da OPAS no Brasil, o que foi feito com uma metodologia que identificou sete situações e as necessidades estratégicas derivadas das situações²¹.

As situações identificadas foram: As demandas de comunicação eram realizadas sem qualquer política orientada por técnicas de comunicação social e as demandas de comunicação do público externo eram assistemáticas, variando de acordo com as datas comemorativas da instituição; a condição de organismo internacional exige da instituição capacidade multifacética, possibilitando-a a transitar sem embaraços entre os campos político, administrativo, técnico e diplomático do País; a organização goza de privilégios diplomáticos e atua como um dos principais interlocutores do País com as demais instâncias internacionais no campo da saúde; há uma ambiguidade entre a OMS e a OPAS, com maior projeção da primeira mas com credibilidade de ambas; há uma percepção equivocada, por parte da mídia, da organização como produtora de informações independentes do País; os coordenadores de projeto respondiam às demandas de forma amadorística e muito fragmentada; o público-alvo da organização tem dificuldade em diferenciar OPAS e OMS e, não raro, divulgam informações em nome dessas organizações.

Em função dessas situações definiram-se as seguintes estratégias de comunicação social da Representação da OPAS no Brasil:

- i. Conferir maior controle, unidade e qualidade aos produtos de comunicação;
- ii. Reforçar o posicionamento da OPAS quanto aos seus compromissos de cooperação com o País, bem como torná-la mais hábil para lidar com questões de comunicação social que correspondam ao seu perfil institucional e à sua missão oficial;
- iii. Destacar a posição da OPAS como instituição colaboradora e estimuladora de ações prioritárias no campo da saúde;
- iv. Manter a credibilidade alcançada ampliando a compreensão das suas atribuições e fortalecer o nome da organização sem procurar eliminar a ambiguidade resultante do convívio das duas instituições;

²¹ ANDRADE FILHO, C.W. - Estratégia de comunicação social desenvolvida pela Representação da OPAS/OMS no Brasil. Brasília, mimeo, s/ data.

viii. Formação de jornalistas: Em colaboração com o Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS e UNICEF foram realizadas três Oficinas de Jornalismo em Saúde, com resultados auspiciosos;

ix. Agenda-saúde: Foi realizado em colaboração com os organizadores das Oficinas de Jornalismo em Saúde, um programa de computador contendo material de consulta com mais de 5.500 ítems. São entidades com seus respectivos endereços, telefones e contactos;

x. Reforço da sede como imagem da Representação no Brasil através de exposições de fotos, visita de turistas, visitas educativas e reforço do cuidado com o jardim;

xi. Difusão de informação interna: estímulo aos encontros entre consultores, estabelecimento de normas para uso do correio eletrônico, melhoria dos quadros de aviso, abastecimento de publicações internas etc;

xii. Produção de material promocional para marketing institucional, tais como vídeos, vinheta de identificação do material produzido na OPAS/Brasil, **folder** sobre o trabalho da organização etc;

xiii. Promoção educativa através de disponibilização de rede de produção gráfica e eletrônica, avaliação da mídia em relação às necessidades apresentadas, criação de canais de comunicação para os consultores e acompanhamento da produção e avaliação do material educativo produzido na organização;

xiv. Tem sido grande o esforço de buscar parcerias para a realização de ações conjuntas, especialmente no campo da promoção da saúde. Destacam-se UNICEF, UNDCP, OIT, Ministério da Saúde, Comunidade Solidária, CONASS, CONASEMS e empresa privadas como indústria de calçado, panificadora etc.

5. A Rede Integrada de Informações para a Saúde - RIPSAs

O trabalho em redes não é uma novidade na Representação da OPAS no Brasil. Várias iniciativas foram desenvolvidas e, dentre elas, podem ser mencionadas, as redes de capacitação de recursos humanos, ativadas pelo Projeto de Desenvolvimento de Recursos Humanos, e a rede de serviços de saúde, ativada pelo Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. O que diferencia a RIPSAs dessas experiências anteriores é sua concepção orgânica, seu processo de implementação e sua sustentabilidade. Nesse sentido, pode-se dizer que a RIPSAs constitui uma evolução em relação a esses outros processos de trabalho cooperativo e manifesta-se como emblemática para o futuro da cooperação técnica da OPAS no Brasil.

Essa rede começou a partir de uma boa identificação de um foco estratégico, então denominado de eixo estratégico. O grupo de consultores da OPAS que participa da RIPSAs, analisou os problemas da atenção à saúde no Brasil, através de uma árvore

de problemas²². Através dela, detectaram-se alguns mega-problemas e constatou-se que a informação era um nó crítico para a maioria deles. O problema na área das informações em saúde foi descrito assim: a informação não é adequadamente utilizada como um requisito fundamental do processo de decisão-controle aplicado à gestão de políticas e ações de saúde; os múltiplos sistemas de informação existentes são desarticulados, insuficientes e imprecisos e não contemplam a multicausalidade dos fatores que atuam no binômio saúde-doença; inexistem processos regulares de análise da situação de saúde e de suas tendências, de avaliação de serviços e de difusão da informação; e o planejamento, a organização e a avaliação dos serviços não estão epidemiologicamente sustentados.

Mas outros fatores também estiveram presentes, subsidiariamente, na escolha da informação. Tinha havido uma tentativa anterior na Representação de desenvolver uma sala de situação e que havia sido abandonada²³. Mais, a Oficina Central trabalhava no sentido de melhorar a qualidade das informações da análise das Condições de Saúde das Américas e buscava dados fidedignos para montar os Indicadores Básicos de 1.997.

Por fim, a questão da informação estava fragmentada em diversos nichos, situados dentro e fora do Ministério da Saúde. Quase todos sentiam a necessidade de uma articulação mas faltava um lugar de catalização dessas vontades²⁴. No Ministério da Saúde havia disputa entre os nichos de informação e nos lugares externos havia desconfiança ou resistência em relação ao Ministério da Saúde. Foi, aí, que se deu a ocupação de um espaço estratégico por uma instituição neutra e de alta credibilidade frente a todas as outras instituições. Essa foi, e deverá ser sempre, a vantagem comparativa da OPAS/Brasil, desde que tenha consultores com **expertise** e capacidade de liderança indiscutíveis.

Assim, no segundo semestre de 1.996 estavam dadas as condições para o início de uma rede de informação. Havia sido definido um problema importante, com alta capacidade de estruturação²⁵, com muitos sócios desarticulados e onde a vantagem

²² LIMA, M.A e ARCOVERDE, W.M. - Atenção à saúde no Brasil: construção tentativa de árvore de problemas. Brasília, mimeo, 1995.

²³ Esse trabalho foi realizado na gestão do Dr. Rodolfo Rodriguez mas numa perspectiva diferente porque se queria instituir, na própria Representação, uma sala de situação, com espaço físico próprio, que desse visibilidade à organização. Não houve, portanto, a preocupação central com o desenvolvimento de uma rede.

²⁴ Isso foi explicitado da seguinte forma: "A falta de unidade interna prejudica muito as relações ineracionais externas que sofrem frequentes avanços e retrocessos, condicionando um clima de insegurança e desconfiança. A OPAS é uma instituição neutra, alheia às disputas de espaços de poder, tem atuação muito mais estável que o Ministério e desfruta de maior credibilidade junto a instituições acadêmicas e a outros setores. RISI, J.B. - Processo de conformação de uma rede. Entrevista dada ao Dr. Eduardo Guerrero em 27 de março de 1998.

²⁵ Até, então, prevalecia, na Representação do Brasil, como idéia-força, a concentração dos esforços institucionais em projetos estruturantes, entendidos como conjuntos de atividades capazes de exercer efeitos propulsivos e dinamizadores sobre as instituições e sobre as relações sociais e de mudar valores políticos e sanitários. Foi, a partir daí que se deu uma articulação entre projeto estruturante e trabalho em rede.

comparativa da OPAS/Brasil era nítida. E tomou-se uma decisão importante: todos continuariam a fazer o que vinham fazendo, o que diminuiu as ameaças à integração.

A identificação dos sócios iniciais e a sensibilização do Ministério da Saúde foram trabalhos importantes de articulação política da rede²⁶. Em agosto de 1.996 realizou-se a primeira Oficina de Trabalho Interagencial da RIPSAs e, em dezembro do mesmo ano, a segunda Oficina de Trabalho Interagencial da RIPSAs²⁷. A Portaria nº 820, de 25 de junho de 1.997, do Ministro da Saúde, formalizou a rede que, em novembro de 1.997, realizou sua terceira Oficina de Trabalho Interagencial²⁸.

Dessa maneira, os acordos políticos mínimos para a rede estavam cumpridos:

- i. Um documento básico sobre a concepção e estruturação da rede, aprovado pelas instituições responsáveis pela condução do processo e que tem contribuição mais expressiva a aportar;
- ii. A formalização da rede pelo Ministro da Saúde;
- iii. A formalização da participação da OPAS, o que correspondeu a um Termo Aditivo ao Acordo Básico, prevendo repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a OPAS para a sua operacionalização;
- iv. Termo de Adesão das entidades integrantes, indicando seus representantes para a instância máxima de coordenação técnica;
- v. Uma clara definição do secretariado quanto à sua composição e responsabilidade.

As necessidades de informação na área de saúde, objeto da atuação da RIPSAs, foram agrupadas nos seguintes campos:

- i. Formulação de políticas públicas e programas governamentais: análise de condições de saúde, suas tendências e relações intersetoriais; indução do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde; e delimitamentos estratégicos da ação governamental;
- ii. Gestão do SUS: planejamento estratégico e desenvolvimento institucional; formulação de diretrizes de financiamento; e condução, avaliação e controle das ações e serviços de saúde;

²⁶ Os participantes iniciais foram: Ministério da Saúde, OPAS, IBGE, IPEA, SEADE, ABRASCO, Faculdade de Saúde Pública da USP, Departamento de saúde Coletiva da UnB, SUDENE, UNICEF, CONASS e CONASEMS.

²⁷ Os resultados dessas duas oficinas estão consolidados no documento: RIPSAs - Concepção e estruturação. Brasília, mimeo, 1997.

²⁸ RIPSAs - Terceira Oficina de Trabalho Interagencial. Brasília, mimeo, 1997.

iii. Mobilização de recursos: aprimoramento de mecanismos e instrumentos de cooperação técnica nacional e internacional; desenvolvimento de recursos humanos; e formulação de acordos e projetos para a potencialização de fontes de financiamento;

iv. Difusão pública: acompanhamento das condições de saúde no Brasil e da posição do país no contexto internacional; orientação da população; e produção científica.

A RIPSAs foi instituída com os seguintes objetivos: estabelecer bases de dados consistentes, atualizadas, abrangentes, transparentes e de fácil acesso; articular informações que possam contribuir para o fornecimento e crítica de dados e indicadores, e para a análise de informações, inclusive com projeções e cenários; implementar mecanismos de apoio para o aperfeiçoamento permanente da produção de dados e informações; promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública; e contribuir para o aperfeiçoamento de aspectos ainda pouco explorados, ou identificados como de especial relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro.

A RIPSAs tem a seguinte estrutura:

i. Comissão Geral de Coordenação, presidida pelo Secretário de Política de Saúde e de Avaliação do Ministério da Saúde, encarregada da condução de seus assuntos político-administrativos;

ii. Oficina de Trabalho Interagencial, coordenada pela Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação do Ministério da Saúde, responsável pela condução técnica e pelo planejamento estratégico-participativo, composta pelas entidades de responsabilidade nacional específica e regular na produção, análise e disseminação de dados e informações;

iii. Comitês Temáticos Interdisciplinares, convocados para análise e encaminhamento de questões metodológicas e operacionais relacionadas às bases de dados e aos produtos disponibilizados, compostos por representantes das entidades identificadas com os temas específicos de trabalho;

iv. Foro Interagencial, como instância de negociação e debate sobre o seu funcionamento e sobre seus produtos, integrado por todas as entidades que venham a compô-la;

v. Secretaria Técnica, vinculada à Comissão Geral de coordenação, encarregada da elaboração e proposição dos procedimentos de sua operacionalização e de apoio às suas estruturas colegiadas.

O primeiro produto, obtido a partir das contribuições dos participantes da primeira Oficina de Trabalho Interagencial foi a Matriz de Indicadores Básicos. Os produtos finalísticos esperados com o funcionamento da RIPSAs, a serem gradualmente

obtidos são: Indicadores básicos - Brasil, editado e divulgado anualmente; Informe Nacional sobre a Situação de Saúde e sua Tendências, de edição periódica; Dados utilizados nos Indicadores Básicos - Brasil, editado e divulgado anualmente

São, ainda, produtos de suporte necessários ao adequado funcionamento da RIPSAs: disponibilização efetiva, em períodos acordados, de dados e indicadores selecionados, devidamente qualificados e respaldados em bibliografia atualizada; desenvolvimento de análises e crítica dos dados básicos e indicadores utilizados pela rede; elaboração do Balanço Retrospectivo a partir dos anos 80, como dados que se apliquem aos objetivos da rede, com vistas à consensualização de definições, conceitos e mecanismos de coleta e processamento; desenho de programa de capacitação de profissionais na área de informações em saúde, com a identificação de centros de treinamento; elaboração de programa de divulgação de finalidades, campos de atuação e produtos da rede; conclusão do projeto Documentação Brasileira sobre Informação em Saúde; e realização de estudos para o desenvolvimento de modelos estatísticos de associação ou correlação de indicadores e para o aperfeiçoamento das bases de dados.

O planejamento da RIPSAs é feito através de um fluxo que envolve as decisões da Oficina Interagencial, que se consolidam num Planejamento Operacional de Produtos, anual, que é implementado e monitorado pela Secretaria Técnica, sendo permanentemente atualizado em função da evolução das ações. O Planejamento Operacional de Produtos, para 1.998, prevê o seguinte: Indicadores e Dados Básicos - Brasil; Informe Nacional sobre a Situação de Saúde e suas Tendências; Balanço Retrospectivo a partir dos anos 80; aperfeiçoamento das Bases de Dados sobre a Morbidade; compatibilização de bases de dados, métodos e conceitos aplicáveis à área de saúde e trabalho; compatibilização de bases de dados, métodos e conceitos aplicáveis à área de saúde e ambiente; documentação brasileira sobre informação em saúde; desenho de programa de capacitação profissional; sala de situação: sistema de informação municipal; uso da Internet: integração das informações na **home-page** do Ministério da Saúde; e geo-referenciamento de informações em saúde.

A forma como surgiu, constituiu-se e vem funcionando a RIPSAs aponta para um novo jeito de cooperar tecnicamente através da Representação da OPAS no Brasil.

VI - COMO CONCLUSÃO: A REPRESENTAÇÃO DA OPAS NO BRASIL, UMA ORGANIZAÇÃO EM TRANSIÇÃO

1. Uma organização em transição

Tendo como pano de fundo as políticas da Organização Pan-Americana da Saúde e do governo brasileiro e os desejos de implantar um processo organizacional inovador, no período 1.995/98, a Representação do Brasil da OPAS, desenvolveu um trabalho de cooperação técnica que esteve marcado por um sentido de missão e de

visão, por uma estratégia gradualista de avançar para o futuro respeitando o passado e pela substituição da cultura da reatividade pela da proatividade.

Buscou-se, assim, instaurar na Representação da OPAS no Brasil uma gestão inovadora, de resto, uma preocupação constante nas organizações públicas e privadas, no mundo de hoje.

Mas o que significa uma gestão inovadora? O conceito de inovação já foi trabalhado por vários autores, desde diferentes perspectivas. Alguns enfatizam a interrelação entre os sistemas técnico e social nos processos de inovação, dado que eles se influenciam mutuamente; outros enfatizam os componentes comportamentais destacando os aspectos ligados aos processos de aprendizagem²⁹; ou relacionados ao grau de autonomia e controle organizacionais; ou ligados a determinados desenhos organizacionais³⁰; ou a diferentes estratégias corporativas³¹. Mas de uma forma singela e incorporadora das diversas dimensões mencionadas, pode-se dizer que a inovação é a prática da idéia nova, julgada como positiva e benéfica³².

Cresce a consciência de que num mundo globalizado e com cenários turbulentos de transformação da economia mundial, será, tendencialmente, baixa a eficácia da competitividade externa baseada no uso intensivo de mecanismos exógenos como os instrumentos de pressão política (**lobbies**), de proteção de mercado e de incentivos fiscais, os quais tendem a ter sua importância diminuída face às novas exigências endógenas de eficácia, eficiência, qualidade e satisfação dos clientes, com o que se passa a avaliar o desempenho das organizações.

Em decorrência, o objetivo mais amplo e genérico do processo de mudança inovadora é o de desenvolver a competitividade interna da organização, assegurando, a ela, um firme posicionamento no seu mercado. A competitividade interna é o resultado do desenvolvimento da organização em termos do aumento da capacitação técnica e gerencial instalada e de aperfeiçoamento dos instrumentos e sistemas de gestão.

A concepção e implantação de uma gestão inovadora é um processo que exige que os sistemas e os procedimentos obedeçam às premissas de transparência, comunicação e participação, redefinindo os padrões de relação entre as pessoas e a organização. Para isso, não basta apropriar-se de uma linguagem moderna, sendo imprescindível estabelecer, entre os atores sociais internos, o consenso sobre seu papel e o comprometimento político com a implementação de estratégias de ação consistentes e abrangentes.

²⁹ DÁVILA, C. & GOMEZ, S.H. - Innovation internan and international business in Latin America. The Int. Executive. 36:745-747, 1994

³⁰ MINTZBERG, H. - Mintizberg on management. New York, The Free Press, 1989.

³¹ PORTER, M. - The competitive advantage of nations. New York, The Free Press, 1990.

³² MOTTA, P.R. - Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro, Record, 1991.

Falar em inovação implica a superação dos supostos convencionais como a constância e regularidade do ambiente externo, a versatilidade da organização, a eficiência decorrente da especialização, a estruturação em unidades especializadas estanques e a prescrição detalhada de procedimentos e metas pessoais. Como consequência, nos últimos cinquenta anos as organizações foram projetadas com base nos princípios tradicionais de desenho organizacional³³ que são: hierarquia rígida; divisão técnica do trabalho; amplitude de controle; especialização por funções; cadeias de comando; salário proporcional à posição hierárquica; disciplina; e comunicação formal em papel. Esses princípios permitiram estruturar organizações claramente definidas, altamente eficientes na produção de determinados bens e serviços e bastante estáveis nos seus resultados. Ocorre que as mudanças contextuais do mundo moderno tornaram obsoletos esses princípios de formatação institucional. Demais, esses princípios eram sustentados pela tecnologia e pelos valores e estilos gerenciais da época. O surgimento de uma economia do conhecimento - à qual é inerente a inovação constante - a facilitação da coleta, consolidação, armazenamento, difusão e análise das informações e a consideração das pessoas não mais como recursos mas como capital intelectual e cognitivo da organização, exigiram a estruturação de um novo sistema de princípios contemporâneos para o desenho organizacional, expresso em: focalização no cliente; alocação de recursos em tempo real; comunicação ponto a ponto; permanente criação de valor para os clientes; trabalhos em times, projetos e redes; avaliação do desempenho por resultados; valorização da educação permanente e da polivalência ou da multiespecialização; uso intensivo da terceirização; e a redução drástica dos níveis hierárquicos.

É, assim, que está surgindo, no limiar do terceiro milênio, a organização orientada por processos³⁴, entendendo-se por processo o conjunto de atividades realizadas numa seqüência lógica e que gera um produto que tem valor para um determinado grupo de clientes. O primeiro movimento foi o de redistribuir os recursos humanos e técnicos ao longo dos processos organizacionais; parcerias e redes estão surgindo, o que significa que nem todos os recursos essenciais para a operação de uma organização encontram-se dentro dela e nem pertencem a ela. À medida em que se estruturam por processos, as organizações modernas centram-se nas demandas de seus clientes, valorizam o trabalho em times (o que é diferente do trabalho em grupos fechados) e incentivam as iniciativas de seus empregados.

A organização orientada por processos terá como características: quadro de pessoal enxuto e capaz de atualizar-se através da aprendizagem permanente (facilitar a aprendizagem passa a ser o principal investimento nas pessoas); menor número de níveis hierárquicos; desenvolvimento da polivalência ou da multiespecialização; uso intensivo de novas formas de comunicação; novos esquemas de reconhecimento e remuneração; uso intensivo da terceirização; desenvolvimento de lideranças; trabalho em organizações virtuais, em times e em redes; incentivo da criatividade e do espírito empreendedor; redefinição do contrato social entre a empresa e os empregados; e

³³ NOLAN, R. & CROSON, D. - Creative destruction. Boston, Harvard Business School Press, 1996.

³⁴ HAMMER, M. - Towards the twenty-first century enterprise. Boston, Hammer & Co., 1996.

avaliação de desempenho baseado em resultados de times. Para isso será necessário: transformar empregados de tarefas em profissionais de processos; repensar os papéis dos administradores e dos empregados; reinventar os sistemas de gestão de recursos humanos (que não são mais considerados recursos); melhorar a qualidade da vida no trabalho; montagem de uma nova meritocracia expressa na seleção, atração e manutenção de quadros de alta competência³⁵ e internalizar uma cultura que dê suporte à nova maneira de trabalhar.

A nova forma de organização por processos exigirá o desenvolvimento de modelos de administração com ela coerente. O trabalho envolverá produzir organizações virtuais, pressupondo o emprego de novas tecnologias, a construção e gerência de redes e a execução de tarefas em times ou células de pessoas. Especialmente importante será investir esforço e tempo no projeto de trabalho, entendido como a definição básica das regras e procedimentos a serem observados na execução dos processos. Também, a capacidade da organização de aprender com sua experiência será fundamental (**learning organisations**). Algumas ferramentas de administração de recursos humanos, de ampla utilização deixam de ter sentido como: as noções de carreira e de progressão vertical; descrição de cargos; periodicidade na progressão; avaliação de desempenho individual; relações contratuais muito rígidas etc.

A transição para a organização baseada em processos dar-se-á, gradativamente, pelas mudanças nas práticas de gestão, pela redefinição da cultura organizacional e das relações com seus empregados.

Essas considerações, feitas para o conjunto das empresas, aplicam-se com maior propriedade numa organização, como a OPAS, que tem a singularidade de uma organização produtora e difusora de **softwares**, onde o conhecimento atualizado é fundamental. Tanto é assim que Ferreira³⁶, sem mencionar a organização dirigida para processos, destaca alguns elementos centrais na reorientação da cooperação técnica em saúde que se aproximam dos pressupostos dessa forma contemporânea de organização: enfoque nas necessidades diferenciadas dos países-clientes; grande flexibilidade em relação aos meios a serem usados para alcançar as metas; cooperação formatada pela demanda dos clientes e não pelo estoque de conhecimentos e tecnologias disponíveis na organização (pela oferta); trânsito de um caráter pontual para uma orientação de âmbito mais macro; estímulo à utilização da capacidade nacional e ao desenvolvimento de suas lideranças; fuga da especialização excessiva dos consultores; mobilização temporária de pessoal nacional; promoção de redes de cooperação reais ou virtuais; utilização extensiva das modernas tecnologias de informação etc. Uma frase desse autor é muito sugestiva: “facilitar o melhor uso da eletrônica pode resultar que a prática de enviar consultores ao redor do mundo se torne, inclusive, anacrônica”.

Essa nova organização não foi, ainda, implantada mas, pelo que se descreveu anteriormente, há, na experiência recente da Representação da OPAS/Brasil, certos

³⁵ Microsoft big advantage: hiring only the supersmart. Fortune, november 25, 1996.

³⁶ FERREIRA, J.R. - A cooperação técnica em saúde. Rio de Janeiro, mimeo, 1995.

elementos constitutivos dessa organização por processos. É isso que permite caracterizá-la, neste momento, como uma organização em transição onde convivem as velha e nova ordens institucionais, mas com uma direcionalidade clara rumo a um futuro inovador. E há de ser assim nas mudanças paradigmáticas como assinala Kuhn³⁷: “A transição de um paradigma em crise para outro novo, do que pode emergir uma nova tradição da ciência normal, dista de ser um processo cumulativo, alcançado mediante articulação ou prolongamento do antigo paradigma. Melhor, trata-se de uma reconstrução que muda algumas generalizações teóricas mais elementares do campo, assim como muitos dos métodos e aplicações do paradigma. Durante o período de transição se produzirá uma superposição ampla, mas nunca completa, entre problemas que podem ser resolvidos pelo antigo paradigma e os que devem ser resolvidos com o novo. Mas também haverá diferença decisiva entre os modos de solução. Quando a transição se completar, a profissão mudará sua visão do campo, seus métodos e seus objetivos”.

2. Avançando para a nova organização

O trabalho de cooperação técnica da OPAS/Brasil, no período 1.995/98 mostra um compromisso claro de mudança, referido pelos elementos constitutivos de uma organização inovadora. Mas não há que se deter, como ensina o poeta³⁸:

“Somos pensamiento y acción
Idealismo y realidad
Moral y economía, ciencia y profesión,
Hasta dónde llegaremos?
No llegaremos nunca porque llegar és detenerse
Estaremos siempre en movimiento
Porque siempre habrán ideales no alcanzados
Hechos a crear
Ideas a transformar en realidades”

Nesse sentido impõe-se reforçar alguns movimentos que levarão à consolidação de uma organização estruturada por processos na Representação da OPAS no Brasil

2.1. A focalização nos clientes

A organização por processos é focalizada nos seus clientes. Portanto, há que conhecê-los e posicioná-los, o que pode ser feito através da identificação dos seus agentes do contexto externo, ou seja, aqueles clientes que demandam resultados da OPAS/Brasil. Reconhecer e posicionar os agentes de contexto externo é uma atividade essencial porque leva à compreensão e valorização das expectativas dos clientes em relação ao desempenho da organização, servindo de critério para definir prioridades de ação e formas de resultados. Demais, possibilita estabelecer as

³⁷ KUHN, T.S. - A estrutura das revoluções científicas. São Paulo, Perspectiva, 1975.

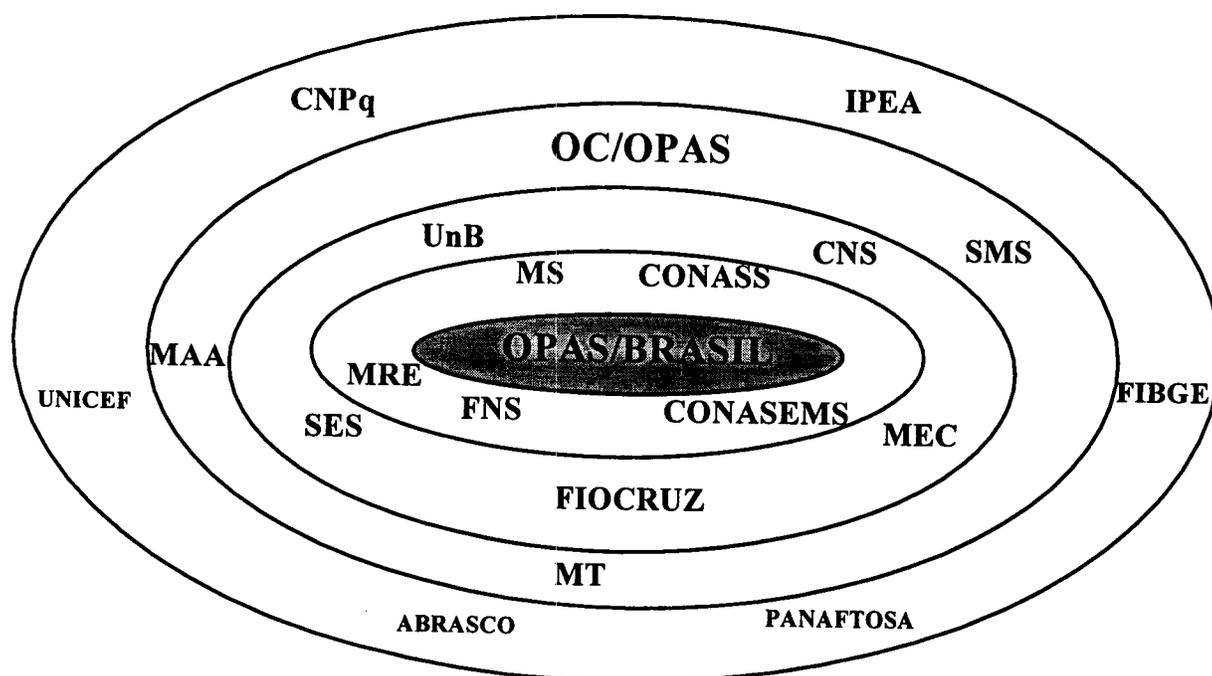
³⁸ Dr. Carlos M. Fosalba, fundador do Sindicato Médico do Uruguai

aspirações desses agentes em relação aos produtos oferecidos pela organização. É, assim, que se pode superar uma das principais debilidades das organizações de cooperação técnica que, desconhecendo as demandas de seus clientes, estruturam seu trabalho a partir da oferta acumulada na sua planta de consultores.

A identificação e posicionamento dos agentes do contexto externo da Representação da OPAS/Brasil foi feita através de entrevistas com uma amostra dos seus consultores³⁹ e seus resultados estão na Figura 1.

FIGURA 1

**MAPEAMENTO DOS AGENTES DO
CONTEXTO EXTERNO DA OPAS/BRASIL**



Legenda:

- MS: Ministério da Saúde;
- MRE: Ministério das Relações Exteriores;
- FNS: Fundação Nacional de Saúde;
- CONASS: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde;
- CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde;
- CNS: Conselho Nacional de Saúde;
- MEC: Ministério da Educação e Desportos;
- SES: Secretarias Estaduais de Saúde;

³⁹ Foram consideradas agentes do contexto externo aquelas organizações que foram mencionadas mais de uma vez nas entrevistas

FIOCRUZ: Fundação Osvaldo Cruz;
UnB: Universidade de Brasília;
OC/OPAS: Oficina Central da OPAS;
SMS: Secretarias Municipais de Saúde;
MAA: Ministério da Agricultura e Abastecimento;
MT: Ministério do Trabalho;
ABRASCO: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva;
UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância;
FIBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada;
CNPq: Conselho Nacional de Pesquisa;
PANAFTOSA: Centro Pan-Americano de Febre Aftosa.

O resultado obtido permite verificar a ausência de clientes importantes como o poder legislativo. Portanto, é necessário aprofundar a identificação dos agentes do contexto externo e de definir sua posição relativa (dada pelo círculo em que está inserido) porque é o posicionamento relativo do agente que possibilita a avaliação do seu grau de influência em relação às ações e decisões da OPAS/Brasil. Isso seria seguido da elaboração e concertação das expectativas dos agentes sobre os produtos/serviços oferecidos e os resultados a serem obtidos pela Representação. Esse trabalho intra-institucional, dará força à adoção de uma gerência focalizada nos clientes e orientada por resultados.

2.2. Um maior protagonismo da comunicação social

A organização do futuro, baseada no conhecimento e orientada por processos, será uma instituição intensiva em informação e comunicação. Nela, a comunicação social terá um papel protagônico

Muito já se fez nesse campo, no período de transição relatado. Mas há, ainda, muito que se fazer. Para o que será fundamental entender-se, com clareza, o papel da comunicação social e definir-se, com precisão, uma estratégia comunicacional eficaz e alocar os meios para sua realização.

O primeiro ponto a considerar é a marca OPAS/OMS. Poucas organizações podem dar-se ao luxo de ter uma marca tão potente. É como diz o comunicador: “trabalhar a imagem da OPAS/OMS é como vender a imagem de Jesus Cristo”⁴⁰. A marca é de alta credibilidade e está protegida por uma aparente “neutralidade” que a distancia das pugnâncias cotidianas e a coloca numa posição de arbitragem indiscutível.

O papel central da marca não é comunicar a existência da organização mas dar forma a ela e mostrar sua cara, fazendo com que ela seja conhecida e apropriada pelos seus clientes e pelos cidadãos comuns. Será, assim, que uma OPAS/Brasil abstrata e distante, vai tornar-se concreta e real. A comunicação da marca

⁴⁰ Entrevista com Carlos Wilson Andrade Filho

institucional deverá levar em conta tanto seu papel funcional - o de contribuir para a melhoria da saúde dos brasileiros - quanto seu papel simbólico.

Contudo, existe uma questão: a ambiguidade da marca OPAS/OMS, vez que a OMS é muito mais conhecida pela clientela e público em geral que a OPAS⁴¹. A OMS, através de seu próprio nome, projeta-se como instância suprema no campo da saúde e de altíssima credibilidade. A OPAS, ainda que tendo também credibilidade, nem sempre é identificada como uma representação regional da OMS. Portanto, a necessidade comunicacional deve tirar partido dessa ambiguidade, ampliando a credibilidade da OPAS e estimulando a compreensão de que esta organização é parte da OMS⁴².

A comunicação social é, a um tempo, atividade-meio e atividade-fim. Mas é, sobretudo, atividade-fim. O desconhecimento da comunicação social como atividade-fim no campo da saúde é que faz com que se dê, a ela, baixa prioridade. As atividades de assessoria e de comunicação interna são, em geral, atividades-meio. Cobrir as decisões, os fatos e os feitos que marcam o dia a dia da instituição é, sem dúvida, função da maior importância. Mas ela não esgota o universo das coisas que compõem a comunicação social. Em sua dimensão de atividade-fim, a comunicação social vai combinar informação e formação, o que a remete a uma dimensão educativa, ou seja, ao seu caráter pedagógico-social. As funções informativas e educacionais deverão exigir estratégias comunicacionais diversas, adequadas à especificidade e exigências de distintas realidades sócio-econômicas e culturais.

Nesse aspecto, em relação à comunicação social em saúde, três dimensões deveriam ser consideradas⁴³:

i. A saúde como direito

Quando se trata a saúde como direito, deve-se enfatizar a questão da ampliação e qualificação da demanda por saúde, entendível como direito exigível com base na lei. Especial ênfase deveria ser colocada nos mecanismos a serem acionados para fazer valer esses direitos, ou seja, na exigibilidade de uma saúde digna para todos;

ii. A saúde como serviço

Quando se trata a saúde como serviço, deve-se concentrar nas ações necessárias para a ampliação e melhoria da oferta de atividades promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras dentro de padrões adequados de qualidade. Aqui, o objetivo é qualificar a oferta da saúde. Trata-se, pois, de dar a ver à população e aos diversos

⁴¹ Isso pode ser constatado pelo número de citações das duas instituições na Folha de São Paulo em 1996: a OMS foi mencionada 186 vezes contra 23 vezes da OPAS

⁴² Essa estratégia foi referida da seguinte forma por um dos consultores entrevistados: "se temos dois braços, por que usar só um deles?"

⁴³ COSTA, A C.G. & PIMENTEL, A P.G. - Repensando o lugar da comunicação em saúde. Belo Horizonte, mimeo, 1998.

atores sociais da arena sanitária, informações sobre a estrutura e funcionamento do sistema de serviços de saúde para que possam ser melhor submetidos à regulação societal;

iii. A saúde como educação

Quando se trata de comunicar a saúde como educação, com conteúdos relacionados à qualidade de vida da população, a dimensão pedagógico-social da atividade educativa reveste-se de especial relevância no sentido de desenvolver conhecimentos, valores, hábitos e atitudes capazes de promover a saúde.

Requerido por uma realidade política, social e econômica tão complexa, um processo potente de comunicação social não pode ser operado, eficazmente, através dos modelos visuais convencionais, como o da publicidade e o do marketing social.

Impõe-se, por consequência, o uso de um modelo de mobilização social⁴⁴, onde convocam-se vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob uma interpretação e um sentido compartilhados. A mobilização social combina cobertura e efetividade de uma forma específica. Ela supera os modelos convencionais por instituir uma ação comunicativa que responde a determinados propósitos que requeiram, para sua efetivação, a geração de modificações estáveis. É uma convocatória feita por um produtor social (no caso a OPAS e seus parceiros), mediada por editores e dirigida a reeditores determinados, através de redes de comunicação direta, apoiadas pelos meios de comunicação e orientada a produzir modificações sustentadas nos campos de influência dos reeditores, em função do propósito coletivo.

2.3. Uma nova estrutura

A organização inovadora, orientada por processos, rompe com a velha ordem da hierarquia rígida e, portanto, implica a redução dos níveis hierárquicos que tenderão, também, sob a coordenação do Representante, a organizar-se em redes. Do ponto de vista estrutural poderia haver três grandes redes: a rede de coordenação interna e externa, as redes dos processos operacionais e a rede de apoio administrativo.

As redes operacionais substituiriam, gradualmente, os atuais projetos como forma de organização do trabalho cooperativo.

As formas tradicionais de gerência e supervisão deveriam ser substituídas pelo **coaching**, uma atuação de líder de grupo, análoga à do técnico de equipes esportivas, que ensina os fundamentos aos jogadores, define suas posições no jogo, escolhe a estratégia de atuação, motiva e recompensa os jogadores e avalia os resultados. E que, em nenhuma hipótese poderá substituir os jogadores, tendo que atuar através deles.

⁴⁴ Um dos modelos possíveis é o da comunicação macro-intencional de Bernardo Toro

Essas redes internas seriam compostas por times de funcionários e suportadas por um planejamento de trabalho cada vez mais organizado. É, nesse sentido, que se deve continuar a perseguir o aprimoramento e utilização rotineira dos instrumentos gerenciais do AMPES. O que é fundamental para atingir-se uma das características da organização por processos que é a avaliação de resultados de times de funcionários.

2.4. O trabalho em redes

A organização inovadora é, ao mesmo tempo, uma organização real e uma organização virtual. O que é possível porque não se busca, mais, uma auto-suficiência organizacional. Se isso é verdade para todas as organizações, mais ainda o será para organizações de cooperação técnica que são intensivas em conhecimento.

Dabas e Najmanovich⁴⁵ em livro sobre a linguagem dos vínculos, assim se manifestam sobre as redes: “a metáfora da rede, em especial a dos fluxos variáveis com deslocamentos de ponto de encontro e renovação das pautas de conexão, mostrou-se especialmente apta para pensar e reconstruir novas formas de convivência que permitam gerar novos mundos em que sejamos co-protagonistas, co-evoluindo graças ao permanente interjogo dos vínculos que possibilitam a diversidade”.

Foi o que percebeu o Diretor da OPAS quando incluiu nos seus comentários sobre a revisão do BPB 1.996-97⁴⁶, em relação ao Brasil, o seguinte: “conformar projetos estruturantes (integradores) como mecanismos demonstrativos e definir um sistema de cooperação fundamentado em redes de instituições de cooperação, incorporando os centros de excelência”.

O conceito de projetos estruturantes deve ser substituído pelo de focos estratégicos, entendidos como alvos que devem ser atingidos pelo conjunto de estratégias de ação de uma organização. Os focos estratégicos materializam uma visão comum de quais resultados fundamentais os clientes esperam da performance da Representação da OPAS/Brasil. Os focos estratégicos devem ser definidos por consenso e com precisão para que possam funcionar como sinalizadores da orientação e sentido de todos os processos, funções e atividades executadas pela organização. A compreensão e adesão dos servidores aos focos definidos permite seu comprometimento em gerar os resultados que justificam o motivo de ser e de existir da instituição.

Consensados os focos estratégicos é essencial elaborar a sua definição operacional e criar a rede para sua implantação. Essa nova sistemática de trabalho por redes aplica-

⁴⁵ DABAS, E. & NAJMANOVICH, D.- Redes, el language de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. In: GUERRERO, E. - Red para la gerencia y la calidad de servicios. Brasília, mimeo, 1998.

⁴⁶ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - Resultados de la revisión del BPB 1996-1997, decisiones del Director, Brasil. Washington, PAHO/AD/CPA, 1997.

se, muito bem, ao Brasil onde existe abundante acúmulo de capacidades cognitivo-tecnológicas em pessoas e instituições em todos os campos temáticos⁴⁷.

O que se sugere é que a Representação da OPAS/Brasil identifique um número adequado de focos estratégicos⁴⁸ a partir de critérios como: relevância para o sistema de saúde no País; capacidade de estruturação desse foco sobre o sistema; existência de parceiros com capacidade e vontade de integrar-se em rede; e vantagem comparativa da OPAS/Brasil em relação a outras agências de cooperação técnica para ativar a rede relativa a esse foco. A identificação dos focos estratégicos constitui uma atividade central da OPAS/Brasil, vez que, aqui, não se pode errar⁴⁹. O sucesso da RIPSAs está em que obedeceu a todos esses critérios. Definidos os focos estratégicos, neles estarão concentrados a maioria das recursos humanos, financeiros e organizativos da OPAS/Brasil.

O trabalho por times de consultores integrados em redes de cooperação deverá substituir o sistema hegemônico de organização por micro-projetos insulares. Não há dúvidas de que essa mudança resultará num trabalho de cooperação mais eficaz, mais eficiente e com maior impacto no sistema de saúde brasileiro. O que resultará numa melhor imagem da OPAS/Brasil.

Quanto à sistemática de trabalho das redes sugere-se que adotem a experiência da RIPSAs, anteriormente relatada, porque se trata de iniciativa conduzida pela OPAS/Brasil e bem sucedida.

2.5. O novo consultor

A cooperação técnica prestada por uma organização orientada por processos implica a instituição de uma nova cultura institucional que terá profundas repercussões sobre o perfil do consultor da OPAS/Brasil.

De um lado, é possível que haja necessidade de um número menor de consultores de planta porque o trabalho de cooperação é feito numa relação horizontal onde mobilizam-se e potenciam-se capacidades de quadros e instituições nacionais.

De outro, muda o perfil que envolverá, entre outros, os seguintes atributos: visão de generalista ou de multiespecialista; alta capacidade de adaptação às mudanças externas e internas; interesse e capacidade em aprender; capacidade de trabalhar em times; alta competência e legitimidade técnicas; espírito empreendedor; liderança; capacidade de tomar iniciativas; e estilo gerencial de tipo **coaching**.

⁴⁷ O trabalho de cooperação técnica em redes deve ser visto com reservas em países que não dispõem de grande acumulação cognitivo-tecnológica própria.

⁴⁸ Não se pode perder de vista o sentido de prioridade porque nem tudo será igualmente importante. A cultura de trabalho por projetos tenderá a maximizar o número de focos estratégicos porque na visão dos especialistas seu micro-cosmos é sempre muito importante. Contudo, há que se restringir a uns poucos para que o trabalho de cooperação seja eficaz.

⁴⁹ Existe na OPAS/Brasil uma iniciativa de construção de uma Rede para a Gerência e Qualidade dos Serviços de Saúde.

Os consultores deverão ser criativos e inovadores, exercitarem-se num ambiente de menor hierarquia e maior liberdade e demonstrar compromisso em vez de simples lealdade.

2.6. O processo de educação permanente

Uma organização de cooperação técnica é uma organização baseada no conhecimento. E o conhecimento precisa de ser constantemente renovado.

A organização inovadora, orientada por processos, será implantada a partir de uma transformação das pessoas que, nela, trabalham. E como a transformação das pessoas dá-se através da educação, importa educar e reeducar, constantemente, todos os grupos organizacionais. No passado, os empregados passavam sua vida profissional aprendendo e utilizando um único conjunto de conhecimentos e tecnologias; atualmente, esses conhecimentos e tecnologias mudam várias vezes e de forma completa ao longo de uma vida profissional⁵⁰.

Por isso, os métodos convencionais que agregavam conhecimentos novos aos antigos não são mais adequados. Bem como a educação permanente não parece poder ser respondida por áreas convencionais de recursos humanos.

O entendimento de que os servidores não são recursos (implícita na idéia de recurso humano) mas capital intelectual e cognitivo que deve ser acumulado e repostado por todo o tempo, coloca a organização por processos como aquela que se recicla permanentemente através da educação permanente de seus funcionários.

Esse é um desafio que a nova organização coloca para a OPAS/Brasil e que terá que ser respondido com toda a vontade política.

⁵⁰ ROWAND, S. - El sistema hospitalario en Canadá. Seminario sobre la reforma del sector salud y el modelo de atención en Canadá. Montevideo, 16 a 18 de abril de 1996.