

3. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil

Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza
Ligia Maria Vieira da Silva
Zulmira Maria de Araújo Hartz

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SOUZA, LEPEF., SILVA, LMV., and HARTZ, ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 65-102. ISBN: 978-85-7541-516-0. Available from: doi: [10.7476/9788575415160](https://doi.org/10.7476/9788575415160). Also available from in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

CONFERÊNCIA DE CONSENSO SOBRE A IMAGEM-OBJETIVO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL¹

Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza
Lígia Maria Vieira da Silva
Zulmira Maria de Araújo Hartz

INTRODUÇÃO

A descentralização das ações e dos serviços de saúde tem sido parte integrante das políticas brasileiras de saúde desde o início da década de 80 com as estratégias das Ações Integradas de Saúde (AIS) e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). É, contudo, após a promulgação da Constituição de 1988 que a descentralização se institucionaliza enquanto política, passando a ser uma das principais diretrizes setoriais. Na década de 90, o processo de descentralização se acelera, a partir da edição das Normas Operacionais Básicas, em particular as NOB-01/93 e 01/96, e se associa a propósitos de redefinição do modelo assistencial.

Diversos estudos investigam os efeitos da descentralização sobre as práticas gerenciais e assistenciais e mesmo sobre o estado de saúde da população (ALMEIDA, 1988; MENDES, 1992; HEIMANN, 1998). As investigações avaliativas, no entanto, se ressentem da falta de uma imagem-objetivo bem estabelecida, com a qual se possa avaliar o grau de implantação e os efeitos da descentralização. Trata-se de um problema metodológico importante, cuja superação pode contribuir para o desenvolvimento do debate político e da investigação científica em torno da reorganização setorial.

Afinal, aonde se quer chegar com a descentralização da saúde? Em que consiste o chamado “novo modelo assistencial”? Alguns podem consi-

derar a simples ampliação da cobertura assistencial, outros, a existência da referência aos serviços de alta e média complexidade, já outros, a existência de ações programáticas voltadas para problemas prioritários, a humanização do cuidado, o trabalho em equipe, a integralidade ou a existência de ações intersetoriais. São diversas as combinações de dimensões do sistema de saúde que poderiam compor uma imagem-objetivo² da descentralização. Na prática, os autores têm adotado, freqüentemente, de modo implícito, imagens-objetivo específicas para seus estudos. Essa variação nas percepções, se, por um lado, reflete a diversidade de projetos políticos no campo da saúde no Brasil, por outro, pode implicar a impossibilidade de comparar estudos, reduzindo a chance de consolidação da produção científica sobre o tema da descentralização da saúde.

É clara, então, a necessidade de se superar esse obstáculo metodológico, formulando-se uma imagem-objetivo que sirva de referência para as diversas pesquisas sobre a descentralização da saúde. Não se trata, todavia, de uma tarefa simples.

Em primeiro lugar, a produção científica sobre o tema é grande e apresenta divergências significativas na sua interpretação. Em segundo lugar, a definição de uma imagem-objetivo implica necessariamente em julgamentos de valor. Por último, não é possível dissociar a dimensão política da dimensão técnica no momento de se selecionar critérios para avaliar a descentralização.

A composição dessa imagem-objetivo, portanto, pressupõe a adoção de metodologias capazes de dar conta simultaneamente dos aspectos éticos, políticos e técnicos do problema. E mais: exige que as metodologias permitam o estabelecimento de um consenso mínimo entre os especialistas no assunto.

Por tudo isso, a definição de uma imagem-objetivo para a descentralização da saúde requer a utilização de uma técnica de obtenção de consenso. De fato, ao tomar em conta a produção científica, as opiniões dos especialistas e os projetos presentes na cena política, uma estratégia de busca de consenso permite a consideração dos aspectos técnicos da questão sob análise sem negligenciar os elementos de ordem ética e política.

Estratégias para obtenção de consenso entre especialistas vêm sendo largamente conduzidas em diversos campos do saber, e, em particular, no campo da saúde, para a definição de critérios, padrões e indicadores para avaliação da qualidade do cuidado (DONABEDIAN, 1988; BROWN e outros, 2001).

De forma semelhante, o projeto de investigar os efeitos das políticas de descentralização sobre a organização dos serviços de saúde no país pode se beneficiar da utilização de estratégias de obtenção de consenso no que diz respeito à imagem-objetivo e, conseqüentemente, às dimensões, critérios e indicadores para a avaliação da descentralização.

Neste capítulo, descreve-se o processo e apresentam-se os resultados de uma consulta a um comitê de especialistas sobre uma proposta de imagem-objetivo da gestão descentralizada da saúde. A consulta visou, exatamente, a definir os pontos consensuais da proposta. Esta experiência foi conduzida como um componente do projeto de investigação “Avaliação da descentralização da atenção à saúde na Bahia” (VIEIRA-DA-SILVA e outros, 2002).

Inicialmente, faz-se uma breve discussão sobre os tipos de técnicas de obtenção de consenso comumente utilizadas. Em segundo lugar, descreve-se a técnica especificamente adotada no caso do projeto de investigação. A seguir, apresentam-se os resultados obtidos, ou seja, expõe-se a proposta de imagem-objetivo decorrente da discussão entre os especialistas. Finalmente, tecem-se as considerações finais. Não se tem a pretensão de se apresentar uma imagem-objetivo definitiva, mesmo porque os consensos são sempre provisórios, mas espera-se que a iniciativa estimule a discussão.

AS DIVERSAS TÉCNICAS DE CONSENSO

Diferentes técnicas vêm sendo utilizadas para se obter o consenso entre especialistas (DONABEDIAN, 1988; FAVARO; FERRIS, 1991; ANAES, 1999, PINEAULT; DAVELUY, 1986). Entre elas, destacam-se o comitê tradicional, o método Delfos, o grupo nominal e o júri simulado.

O comitê tradicional é a técnica que envolve a discussão aberta sobre um tema determinado entre especialistas selecionados. A sua maior vantagem é a possibilidade de trocas de idéias e de confronto entre opiniões divergentes. Um consenso nascido de um debate rico tende a ser bastante sólido. Por outro lado, o comitê tradicional tem a desvantagem de permitir a influência do “argumento de autoridade”. De modo semelhante, os participantes mais “aguerridos” podem fazer prevalecer a sua opinião mais pela ênfase na defesa da sua posição do que pela qualidade intrínseca dos seus argumentos. Ademais, a obtenção do consenso pode ser dificultada por

conta das diferenças de valores ideológicos, culturais e éticos entre os especialistas ou da existência de problemas de relacionamento interpessoal.

O método Delfos, por sua vez, utiliza questionários, que são respondidos individualmente por especialistas selecionados. As respostas obtidas são tratadas estatisticamente, através do cálculo de medidas de tendência central e/ou de dispersão, e os resultados são repassados aos participantes. Realiza-se, então, uma segunda rodada de questionários. Os respondentes podem manter ou modificar suas respostas anteriores. Procede-se a um segundo tratamento estatístico. Caso não se tenha alcançado um grau de consenso considerado satisfatório, novas rodadas de questionários e análises estatísticas podem ocorrer. Esse método apresenta a grande vantagem de dar tempo para que os especialistas reflitam tranqüilamente. Ademais, elimina a possibilidade de ocorrência de “argumentos de autoridade” e de problemas de relacionamento interpessoal. A sua grande desvantagem é não permitir a discussão e a interação entre os componentes, o que, eventualmente, pode empobrecer o resultado final. Outra dificuldade atém-se à duração do processo, que pode levar meses.

O grupo nominal foi originalmente proposto por Delbecq, Van de Ven e Gustafson (FAVARO; FERRIS, 1991; PINEAULT; DAVELUY, 1986). Trata-se, em essência, de um processo estruturado de troca de informações. A um grupo reunido, põe-se uma questão específica. Os especialistas, individualmente e por escrito, respondem à questão. Os cartões com as respostas são recolhidos e o coordenador as apresenta ao grupo, preservando o anonimato dos respondentes. Ocorre, então, uma breve discussão, apenas para esclarecimentos ou justificativas das respostas apresentadas. A seguir, os participantes listam, individualmente, as respostas que lhes parecem mais adequadas. As diversas listas são consultadas, verificando-se as respostas mais votadas, que passam a constituir o consenso do grupo. O grupo nominal tem a vantagem de permitir que todos os participantes expressem sua opinião, sem os constrangimentos dos grupos interativos. Além disso, permite que se produza um grande número de idéias. A sua limitação reside no fato de não permitir que mais de uma questão seja abordada a cada vez. Há também o risco de não se conseguir aprofundar as idéias.

Uma técnica de consenso diferente das anteriores foi proposta pela *Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé* (ANAES, 1999), da França. Denominada, em francês, “conférence de consensus”, optamos

por nomeá-la como “júri simulado” para não confundi-la com a nossa proposição de conferência de consenso, apresentada adiante. A denominação “júri simulado” parece adequada, dado que a discussão é organizada sob a forma de um tribunal de justiça, com um juiz, advogados de acusação e defesa e jurados. Em julgamento, encontra-se uma questão científica polêmica. Os trabalhos se desenvolvem sob a coordenação do juiz. Os advogados de acusação apresentam os argumentos contra a validade da questão *subjudice* e os de defesa argumentam a favor. Ao final dos debates, os jurados deliberam, definindo o que vai ser aceito como consenso. É importante ressaltar que os advogados devem reunir, previamente, todas as informações científicas disponíveis sobre a questão. A maior vantagem dessa técnica é permitir que a discussão seja bastante aprofundada, com a apresentação das evidências disponíveis e de diferentes pontos de vista. Suas desvantagens estão relacionadas à logística sofisticada que sua realização exige e, principalmente, à possibilidade de incitar mais ao jogo de ganhar o debate do que à busca do consenso.

Enfim, todas as técnicas apresentam vantagens e desvantagens. A técnica ideal seria aquela que, ao mesmo tempo, estimulasse a busca de um consenso genuíno, permitisse uma ampla discussão entre os especialistas, preservasse o anonimato dos participantes e fosse de fácil realização. Provavelmente, nenhuma técnica poderá, na prática, reunir todas essas características. Contudo, é possível se pensar em alternativas, que permitam as aproximações possíveis.

A CONFERÊNCIA DE CONSENSO

Foi buscando conciliar a possibilidade de discussão aberta e a preservação do anonimato, dentro de uma logística viável, que se propôs uma técnica mista, aqui denominada de conferência de consenso, para a construção da imagem-objetivo da descentralização da saúde, dentro do já referido projeto de investigação sobre a implantação e os efeitos da descentralização da atenção à saúde na Bahia.

A conferência de consenso proposta foi organizada em três etapas: (1) o preenchimento individual de uma matriz por parte dos especialistas convidados, (2) a discussão aberta entre os participantes e (3) uma nova resposta individual às questões postas na matriz. A primeira e a terceira etapas

foram realizadas de modo a assegurar o anonimato dos respondentes, enquanto a etapa intermediária permitiu o debate. A seguir, são detalhados os procedimentos adotados.

DESENHO DA PROPOSTA INICIAL

Com base em uma ampla revisão da literatura especializada e no modelo lógico que orientava a pesquisa avaliativa, foi elaborada uma matriz, contendo dimensões, subdimensões e critérios para avaliação da descentralização (Anexo 1).

Essa proposta inicial de imagem-objetivo da descentralização, antes de ser enviada aos especialistas convidados, foi submetida a uma apreciação preliminar, através de uma versão simplificada – uma única rodada – da técnica do grupo nominal, em uma turma de 18 técnicos do Ministério da Saúde, alunos de um programa de mestrado profissionalizante em gestão da saúde. Verificou-se que o instrumento era de fácil compreensão e preenchimento. Além disso, e mais importante, todas as dimensões e subdimensões e todos os critérios constantes da matriz foram considerados pertinentes, em se tratando de uma avaliação da descentralização a partir de uma perspectiva nacional. Se analisado sob a perspectiva do nível local, o instrumento precisaria ser complementado.

Identificou-se ainda a necessidade de modificação do sistema de pontuação adotado. A pontuação, baseada inicialmente em percentagens, passou a se basear em um sistema de escala de zero a dez pontos. A modificação visou a tornar independentes as avaliações de cada critério, dando, assim, maior grau de liberdade de escolha aos respondentes.

SELEÇÃO DO GRUPO DE ESPECIALISTAS

O grupo de especialistas foi formado por gestores e técnicos da saúde, de um lado, e pesquisadores, de outro. A escolha dos gestores e técnicos foi feita a partir de consultas à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Foram convidados profissionais responsáveis pela formulação de políticas nacionais de saúde e pela gestão de sistemas municipais, onde existiam indícios de mudanças importantes nas práticas de saúde. Já os investiga-

dores foram selecionados a partir de sua produção intelectual específica relacionada à temática dos modelos assistenciais. O grupo ficou composto de 15 pessoas, número adequado à realização de uma discussão aprofundada em um tempo viável. Vale ressaltar que os convites aos especialistas não tiveram caráter institucional. Ao contrário, foram estritamente pessoais.

AS ETAPAS DA CONFERÊNCIA

Na primeira etapa, os participantes da conferência receberam, por correio eletrônico, a proposta inicial de imagem-objetivo, organizada sob a forma de uma matriz. Os especialistas foram solicitados a manifestar individualmente a sua concordância ou discordância com a proposta. Cada participante ponderou, atribuindo de um a dez pontos, a importância relativa de cada uma das dimensões e subdimensões da descentralização e de cada um dos critérios de avaliação. Puderam também sugerir a exclusão ou a modificação de dimensões, subdimensões e critérios ou propor a inclusão de novos. Dos quinze formulários expedidos, dez retornaram preenchidos.

De posse das respostas, a equipe coordenadora da pesquisa consolidou as informações, segundo respondente, preservando o anonimato (anexo 2).

Na segunda etapa, realizou-se uma reunião presencial com o grupo de especialistas. Dessa reunião, participaram dez pessoas, sete das quais haviam respondido anteriormente ao instrumento enviado. Inicialmente, foi apresentada a tabela que consolidava as respostas. A seguir, foi aberto o debate, organizado em quatro tópicos relacionados às dimensões política, gerencial, assistencial e de efetividade das práticas. Durante um dia inteiro, os participantes tiveram a oportunidade de expressar suas opiniões e seus argumentos. Não se tentou definir, nesse momento, o consenso. O encontro serviu, exclusivamente, ao enriquecimento da discussão. Ao final da discussão, dispunha-se de uma nova matriz de imagem-objetivo, que incorporava as sugestões dos participantes. Como na discussão haviam se expressado, em vários pontos, visões divergentes, essa matriz trazia elementos discordantes e até contraditórios.

Na terceira e última etapa da conferência, os especialistas, que estiveram presentes à reunião, foram solicitados a se manifestar mais uma vez de

maneira individual e anônima, preenchendo a nova matriz. Nesse momento, poderiam manter suas primeiras respostas ou modificá-las a partir da consideração dos resultados da rodada de preenchimento da primeira matriz e da discussão ocorrida durante o encontro.

Recolhidas as respostas contidas nesta segunda matriz, a equipe de pesquisa realizou um novo tratamento estatístico. Identificaram-se, então, os pontos de maior acordo e os de maior desacordo. Verificou-se que houve unanimidade apenas em relação às dimensões da descentralização. Ou seja, houve acordo irrestrito em se analisar a descentralização a partir das quatro dimensões: política, gerencial, assistencial e de efetividade das práticas sanitárias. Por outro lado, foram muitas as sugestões de inclusão de novas subdimensões e, especialmente, de novos critérios para se avaliar a descentralização. A seguir, foi apresentada a proposta de imagem-objetivo resultante da conferência.

A PROPOSTA DE IMAGEM-OBJETIVO DA DESCENTRALIZAÇÃO

Como mencionado, a matriz preenchida na última etapa da conferência continha todas as dimensões, subdimensões e todos os critérios oriundos tanto da proposta inicial, quanto das sugestões dos especialistas.

Desta matriz, cada um dos critérios de avaliação, de todas as dimensões e subdimensões da descentralização, recebeu uma nota, de zero a dez, representando a opinião do especialista sobre a sua importância. Uma nota dez significava que o critério era da mais alta importância para se avaliar a descentralização. Uma nota zero, por outro lado, significava que o critério deveria ser excluído. Caso todos os critérios de uma determinada subdimensão recebessem notas zero, a subdimensão seria excluída. De modo análogo, se todas as subdimensões de uma certa dimensão fossem excluídas, a dimensão também o seria.

Para todos os critérios, foram calculados a média aritmética e o desvio-padrão. Quanto maior a média, maior a importância do critério. O desvio-padrão, por sua vez, permitiu a estimativa do grau de consenso. Quanto menor o desvio-padrão, maior o grau de consenso, independentemente da importância conferida do critério.

A equipe coordenadora da conferência estabeleceu os seguintes pontos de corte:

1. Todo critério com média igual ou superior a sete foi considerado como importante. Abaixo disso, seria pouco importante, não devendo fazer parte da imagem-objetivo da descentralização da saúde;
2. Todo critério com desvio-padrão inferior a três foi considerado consensual. Caso fosse também importante, o critério deveria ser incluído na imagem-objetivo;
3. Os critérios com média igual ou superior a sete e desvio-padrão igual ou superior a três, apesar de importantes, não deveriam compor a imagem-objetivo, pois não seriam consensuais.

A combinação dessas duas medidas permitiria, teoricamente, a identificação de quatro tipos de critérios: (1) critérios de avaliação da descentralização que são, consensualmente, importantes; (2) critérios, consensualmente, pouco importantes; (3) critérios importantes, em que prevaleceu a discordância entre os especialistas; e (4) critérios, pouco importantes, em que prevaleceu o dissenso. Na prática, entretanto, nenhum critério foi considerado, de modo consensual, pouco importante.

Os três quadros a seguir apresentam os resultados encontrados. O quadro 1 traz os critérios importantes e consensuais, que vêm a constituir a imagem-objetivo da descentralização. O quadro 2 mostra os critérios importantes, mas que não obtiveram consenso. E o quadro 3 exhibe os critérios considerados pouco importantes, mas que também não alcançaram um grau suficiente de consenso.

Ao analisar estes quadros, o que primeiro chama a atenção é o grande número de critérios propostos: 93, no total. Esta profusão de critérios para se avaliar a descentralização é, por si só, indicativa da complexidade do problema e da diversidade de perspectivas passíveis de adoção.

Mais importante, no entanto, é o fato de ter sido possível se selecionar 53 critérios, a partir dos requisitos de importância (média igual ou superior a sete) e consenso (desvio-padrão menor que três), para compor uma imagem-objetivo da descentralização da saúde. Cria-se, dessa forma, a possibilidade que estudos e debates se concentrem em aspectos considerados relevantes por muitos especialistas. Tal concentração pode favorecer a produção de conhecimento sobre a reorganização setorial da saúde e a sua utilização na elaboração de políticas.

Outro aspecto que merece referência atém-se ao aproveitamento dos critérios constantes da primeira proposta de imagem-objetivo, concebida pelo grupo de pesquisadores. Dos 30 critérios iniciais, 24 foram mantidos entre os 53 da proposta final.

Durante a etapa presencial da conferência, o debate foi bastante rico e relativamente polêmico. Uma primeira discussão deu-se em torno da necessidade de se qualificar a descentralização a ser avaliada. Trata-se de definir a imagem-objetivo da descentralização ou do sistema local de saúde? A descentralização é um meio ou um fim? É possível se avaliar a descentralização, examinando-se apenas o desempenho do nível municipal?

Dessa discussão, concluiu-se que é preciso contemplar a questão da articulação regional e nacional, das relações entre as três esferas de governo, ainda que o recorte da avaliação seja o município, entendido como a ponta do sistema, onde se materializa o resultado da descentralização, expresso na mudança ou na manutenção do atual modelo assistencial.

Contudo, argumentou-se que não há motivos para se fixar, prioritariamente, no âmbito das relações intergovernamentais. A descentralização pode ser definida, mais genericamente, como a aproximação do poder de decisão ao local de execução das práticas de saúde. Nesse sentido, a imagem-objetivo em discussão não se refere aos objetivos finalísticos ou doutrinários do SUS, que já estão contemplados em lei. O desafio é construir um instrumento que, estabelecendo critérios de maneira consensual, permita a realização de avaliações mais objetivas do processo de reorganização do setor da saúde.

Foi importante ficar acordado que se trata de um instrumento de pesquisa. Os consensos políticos mais gerais se constroem em outros fóruns. Ademais, o instrumento em discussão é uma proposta de imagem-objetivo e não uma relação de indicadores concretos de avaliação. Entretanto, se não contém indicadores, o instrumento contempla critérios que servirão para balizar a avaliação da gestão descentralizada, utilizando-se de uma gradação que vai da descentralização incipiente a avançada, passando pela intermediária.

Sendo uma imagem-objetivo, é possível construir um único instrumento aplicável a diferentes tipos de municípios, independentemente, por exemplo, do tipo de gestão descentralizada, se plena do sistema ou da atenção básica, ou do porte do município. Poderia-se, inclusive, pensar em indicadores opcionais, que mediriam um mesmo critério, mas que seriam aplicados de acordo com as características dos municípios pesquisados.

Notou-se ainda que existem, freqüentemente, zonas de sobreposição entre os critérios e mesmo entre as subdimensões. Ademais, os critérios de uma mesma subdimensão não constituem, necessariamente, uma mesma categoria taxonômica. Contudo, não pareceu aos especialistas que isso compromettesse a qualidade do instrumento em discussão. A inexistência de hierarquização entre os critérios, garantida pela adoção de um sistema de pontuação em escala de zero a dez, tornou possível a existência de zonas de sobreposição ou de categorias diferentes, sem que se gerassem incoerências ou contradições.

OS PONTOS DE CONSENSO E DE DISSENSO

CONSENSO E DISSENSO NA DIMENSÃO POLÍTICA

Analisando os resultados da discussão de cada dimensão, especificamente, observa-se que, na dimensão política, quanto às subdimensões “competências e relações entre os três níveis de governo”, “projeto de governo” e “capacidade de governo”, todos os critérios são importantes e consensuais.

A subdimensão “competências e relações entre os três níveis de governo” surgiu da compreensão de que, para se avaliar um município, deve-se considerar sua inserção no sistema de saúde regional, estadual e, mesmo, nacional. Uma cidade que organiza, satisfatoriamente, seu sistema municipal, mas que “fecha as fronteiras” aos cidadãos de outros municípios não tem o mesmo nível de desempenho de outras cidades que estão integradas em um sistema regional, estadual e nacional.

A questão dos serviços de alta complexidade traz exemplos claros da importância da integração entre as três esferas de governo. Se não há sentido em imaginar que todos os serviços devam estar disponíveis em todas as localidades, é correto pensar que os cidadãos de todos os municípios devam ter acesso a toda a gama de ações e serviços de saúde. Nesse sentido, importa menos saber que esfera de governo é diretamente responsável pela oferta do serviço e mais se a integralidade da atenção e o acesso aos serviços estão garantidos.

Dentro da subdimensão “projeto de governo”, houve um debate sobre as diferenças entre programa eleitoral, plano de governo e compromisso político. A inclusão da saúde como prioridade no programa eleitoral não parece

ser um critério importante para se avaliar o projeto de governo. Mais relevante do que o enunciado em programas de campanha e mesmo em planos de governo é o efetivamente executado. Por isso, deve-se avaliar o projeto de governo na maior concretude possível: nos orçamentos e nas ações do governo. De todo modo, o essencial é o compromisso político com a saúde, que deve estar claro a ponto de ser percebido pela maioria da população.

Nessa mesma subdimensão, debateu-se a questão das iniciativas intersetoriais, consideradas, por todos, como um critério importante para se avaliar a descentralização. Salientou-se, todavia, a necessidade de se especificar o tipo de iniciativa intersetorial que se pretende considerar. É importante que as iniciativas analisadas estejam relacionadas de modo inequívoco com a saúde. Além disso, é preciso ter em conta o financiamento das ações intersetoriais. Se representarem uma redução do gasto setorial, com a inclusão, por exemplo, do saneamento no orçamento da saúde, tais ações falam contra a gestão descentralizada.

Discutiu-se ainda a questão do financiamento em geral. Houve polêmica: alguns participantes consideram o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 um critério fundamental para a avaliação da gestão descentralizada. Para outros, a proporção de gastos com a saúde no orçamento não é um bom critério, pois é muito influenciado pelo porte dos municípios. Em grandes municípios, uma proporção menor pode representar um investimento significativo, enquanto em cidades menores, mesmo uma proporção elevada pode não representar muito. Ao final, como já visto, o critério do financiamento segundo a EC-29 foi mantido.

Embora não tenha sido proposta, formalmente, sua inclusão entre os critérios, foi sugerido, durante o debate, que a equidade na repartição dos recursos fosse contemplada no item relativo ao financiamento.

Vale registrar que o financiamento está presente em dois momentos no instrumento proposto: como critério da subdimensão “projeto de governo” e como elemento para medir a prioridade dada à saúde.

Em relação à subdimensão “capacidade de governo”, também ocorreu um rico debate. Os especialistas consideram que a capacidade de governar é fundamental, em particular, por seu caráter cultural e político de conquista de adesões ao projeto de governo. Por isso mesmo, o cargo de gestor da saúde – secretário municipal, secretário estadual, ministro – é eminentemente político. De modo coerente com essa concepção, os participantes da

conferência enfatizaram os critérios relativos à capacidade de construção de um projeto comum e de articulação política. Foi sugerida ainda a inclusão de um critério concernente à capacidade dialógica e de síntese de interesses.

Por outro lado, houve questionamentos sobre alguns dos critérios de avaliação dessa subdimensão. Um dos critérios problematizados foi o da política de recursos humanos. A questão é: serve ao propósito de avaliação da capacidade de governo saber se a política de pessoal é adequada? Não se trata de um critério mais apropriado à dimensão gerencial?

Outro critério problematizado foi a capacidade de liderança do gestor. Alguns participantes criticaram não o critério em si, mas o fato de estar colocado na subdimensão da capacidade de governo e não na da governabilidade. Argumentou-se que, se a capacidade de liderança é que vai permitir ao gestor ampliar sua liberdade de ação na arena política, ela é um elemento da governabilidade do sistema.

Na dimensão política, a subdimensão “governabilidade” foi a mais discutida. Ao contrário das demais, nessa subdimensão predominou o dissenso. Dos 14 critérios propostos para se avaliar a governabilidade, apenas três foram consensuais. Além disso, foi grande o número de critérios pouco importantes: exatamente sete, a metade do total.

Um critério muito debatido, dentro dessa subdimensão, foi a autonomia financeira da Secretaria Municipal de Saúde. Alguns participantes salientaram a diferença de significado da autonomia entre municípios de grande e de pequeno porte.

Chamou-se a atenção para a possível confusão entre a autonomia em si e certos instrumentos gerenciais, como a Comissão Permanente de Licitações (CPL). Uma secretaria pode ter autonomia, sem ter uma CPL. Para alguns membros da conferência, incluir entre os critérios a existência da CPL é um equívoco, pois a imagem-objetivo da descentralização deve se concentrar em macro-categorias, descartando aspectos demasiadamente específicos. Para outros participantes, ao contrário, é fundamental manter a referência à CPL, dado que dificuldades no processo de compras podem ser politicamente comprometedoras.

Vale registrar ainda que se sugeriu a transferência do critério da CPL para a subdimensão “capacidade de governo”. A sugestão, no entanto, não foi formalizada por nenhum participante, com a sua inclusão na matriz.

Correlato à autonomia financeira, o critério da existência de um fundo especial de despesa foi sugerido. A maioria dos participantes, no entanto, o considerou pouco importante. Na verdade, foi o menos importante de todos os critérios propostos para avaliar a governabilidade.

Dessa discussão, resultou que a autonomia financeira da SMS, com Comissão de Licitação, foi considerada importante e obteve um grau elevado de consenso, integrando a imagem-objetivo da descentralização.

A capacidade de iniciativa política do gestor municipal também mereceu discussão. Um participante da conferência chegou a questionar o significado preciso da expressão “iniciativa política”. Entretanto, um consenso se estabeleceu rapidamente sobre a importância da articulação não somente com os gestores federal e estadual, mas também com outros gestores municipais. Lembrou-se que a integralidade da atenção à saúde não pode ser garantida sem essa articulação. Esse critério foi o mais importante e o mais consensual, dentro da subdimensão da governabilidade.

A discussão sobre a capacidade de iniciativa política levou ao surgimento de critérios alternativos ao proposto originalmente, com diferenças relativas ao aspecto enfatizado. Assim, um participante sugeriu o critério da capacidade do gestor de argumentar e convencer parceiros estaduais e federais. Outro propôs algo como a existência de relações políticas civilizadas entre o prefeito e o governador ou entre as esferas políticas. Um terceiro sugeriu que se avaliasse a capacidade de desconcentrar poder das três esferas de governo. Todos esses três critérios foram considerados importantes por muitos especialistas, mas não obtiveram um grau suficiente de consenso para integrar a imagem-objetivo.

A capacidade do gestor de produzir fatos técnicos, políticos e sociais que ampliem seus graus de liberdade – um critério surgido durante o debate – foi o terceiro e último critério importante e consensual da subdimensão da governabilidade.

O critério relativo à base de apoio no parlamento suscitou polêmica. Alguns vêem um perigo em se estar avaliando positivamente um apoio parlamentar, conquistado a partir de “conchavos” e práticas clientelistas. Outros acreditam que, por ser essencial a sustentação parlamentar, a ocorrência de práticas condenáveis não justifica a exclusão do critério.

Todos que expressaram opinião a respeito concordam com a necessidade de se ponderar separadamente o apoio no parlamento e o apoio na

sociedade civil. O parlamento e o movimento social têm dinâmicas próprias. Além disso, deve-se lembrar que a relação do gestor da saúde com o parlamento e com a sociedade civil envolve a pressão de “lobbies” e grupos de interesse particulares.

Sugeriu-se ainda a inclusão de um critério relativo ao apoio na comunidade, por se considerar que, no nível local, há uma proximidade dos serviços com a população, que torna a dimensão comunitária significativa para a avaliação e distinta do apoio na sociedade civil organizada.

Um outro ponto levantado referiu-se à importância e à dificuldade de se levar em conta os interesses da parcela desorganizada da população.

Ao final, contudo, não houve acordo suficiente para incluir qualquer um dos critérios relativos ao apoio parlamentar, social ou comunitário – de forma separada ou conjunta – na imagem-objetivo consensual.

Ainda na subdimensão “governabilidade”, foi proposta a inclusão de um critério referente à articulação do gestor com a mídia, dada a importância dos meios de comunicação para a disputa de projetos políticos. No entanto, esse critério não obteve a pontuação necessária, em termos de importância, para ser incluído na imagem-objetivo.

Em suma, na dimensão política, o consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde se construiu com base em quatro subdimensões e treze critérios. Houve um amplo consenso sobre a importância da coordenação e complementaridade entre as ações das três esferas de governo. A subdimensão do projeto de governo, com seus três critérios – saúde como prioridade de governo, existência de iniciativas intersetoriais e financiamento segundo a EC-29 – também foi considerada, consensualmente, importante. Os participantes da conferência se puseram de acordo ainda sobre a importância da capacidade de governo para se avaliar a descentralização, mesmo com os questionamentos sobre os critérios relativos à capacidade de liderança do gestor e à política de recursos humanos. A governabilidade, do mesmo modo, foi mantida, por consenso, como uma subdimensão fundamental da imagem-objetivo da descentralização. Quanto aos critérios para se avaliar a governabilidade, no entanto, prevaleceu o dissenso. Como vimos, de 14 critérios sugeridos, apenas três foram considerados, consensualmente, importantes: a autonomia financeira da SMS, a capacidade de iniciativa do gestor municipal junto a outros gestores e a capacidade do gestor de produzir fatos que ampliem seu grau de liberdade.

CONSENSO E DISSENSO NA DIMENSÃO GERENCIAL

Na dimensão gerencial, os critérios podem ser classificados em três blocos.

O primeiro bloco, formado pelos critérios que compõem as subdimensões “planejamento e avaliação”, “capacidade regulatória da secretaria municipal de saúde”, “relação público-privado”, “relações da SMS com os profissionais de saúde”, é bastante consensual. Além disso, todos os critérios são importantes, com uma única exceção: as organizações sociais.

Ao contrário, o segundo bloco apresenta, essencialmente, pontos divergentes. Este bloco está composto por duas subdimensões. A “estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde” só tem um critério, que não é consensual. Como não possui nenhum critério consensual, esta subdimensão não veio a compor a imagem-objeto da descentralização. O “controle social” também é polêmico. Dos onze critérios propostos, apenas três são consensuais e apenas cinco são importantes.

O terceiro bloco reúne duas subdimensões, cujos critérios dividem-se em consensuais e não-consensuais. A “dinâmica gerencial”, por exemplo, tem dois critérios consensuais e dois divergentes, sendo que três são importantes. A “organização de serviços”, por sua vez, é uma subdimensão de critérios relativamente polêmicos: dos treze, oito são consensuais e cinco divergentes. Quanto ao grau de importância, nove critérios obtiveram médias acima de sete, sendo considerados importantes.

Durante a etapa presencial da conferência de consenso, a dimensão gerencial da descentralização foi bem discutida. Um bom indicador da diversidade de pontos de vista ou de abordagens possíveis foi o número de novos critérios sugeridos: foram 32, que se somaram aos nove critérios iniciais.

Na discussão, chamou-se a atenção para o papel de instância duplamente mediadora da dimensão gerencial. Em um sentido, a gestão faz a mediação entre as dimensões política e assistencial. Em outras palavras, é uma tarefa própria à gestão traduzir as diretrizes políticas em serviços de saúde prestados à população. Em outro sentido, a dimensão gerencial é mediadora temporal entre diretrizes políticas que se sucedem, por exemplo, com as mudanças de governos. Vale acrescentar que a função mediadora não elimina um certo grau de autonomia próprio à dimensão gerencial. Basta lembrar os obstáculos que uma máquina burocrática pode opor à implementação de qualquer política.

Essa posição intermediária foi talvez responsável por algumas polêmicas durante o debate. Houve muitos questionamentos sobre a melhor localização das subdimensões e dos critérios. O controle social, por exemplo, pertence à dimensão gerencial ou à política? A cobertura e a acessibilidade são critérios da dimensão gerencial ou da assistencial? Em que pesem os questionamentos, não houve proposições formalizadas de transferência de nenhuma subdimensão ou de nenhum critério da dimensão gerencial para uma outra.

Criticou-se também o que seria uma excessiva generalidade dos critérios propostos ou um grau insuficiente de precisão na identificação das competências gerenciais do gestor municipal da saúde. Talvez, por isso, tantos novos critérios tenham sido sugeridos.

Um bom exemplo dessa busca por critérios mais específicos ou precisos se encontra na subdimensão “planejamento e avaliação”, que recebeu sugestões como “planejamento por problemas” ou “uso rotineiro da avaliação”.

A discussão dessa subdimensão trouxe um ponto interessante, relativo à institucionalização das práticas de planejamento e de avaliação. Alguns especialistas destacaram ser mais importante a incorporação dessas práticas na gestão cotidiana dos serviços do que o seu caráter inovador. Insistiram muito também na necessidade de se valorizar de modo igual o planejamento e a avaliação.

A relação público-privado suscitou bastante discussão. Vários conferencistas manifestaram preferência por uma formulação mais genérica, que abordasse a capacidade regulatória da secretaria municipal da saúde, e não apenas a relação com o setor privado. Considerou-se a idéia de regulação muito interessante, por envolver a noção de articulação permanente entre as atividades de planejamento, controle, supervisão, avaliação e auditoria.

A regulação não se limita ao controle do setor privado conveniado. Na visão dos especialistas, deve incluir o setor privado não-conveniado, como os planos de saúde, e o próprio setor público. Nesse aspecto, é importante analisar a capacidade de contratualização do gestor da saúde: não só poder fazer contratos, mas saber fixar metas e acompanhar o desempenho do serviço contratado.

Uma polêmica se estabeleceu sobre a capacidade do Estado de exercer a regulação. Alguns avaliam que o Estado tem que possuir certa capacidade de oferta de serviços próprios, sob pena de ficar refém do setor

privado e não conseguir cumprir a função de regulador. Para outros, o Estado pode ser regulador, sem ser produtor direto de serviços. Delegar a produção ao setor privado ou, especialmente, a entes públicos não-estatais, como as organizações sociais, pode favorecer o exercício da atividade regulatória. O essencial é que o Estado garanta a eficácia social do sistema de saúde.

Ainda na subdimensão da relação público-privado, chamou-se a atenção para o fato de que os critérios não podem se limitar à questão da gestão pública dos serviços de alta e média complexidade, único critério proposto inicialmente. Aliás, esse problema não se refere, exclusiva ou preferencialmente, à relação público-privado. Ao interior do próprio setor público, a questão se põe de como equilibrar a relação entre a alta e média complexidade e a atenção básica. As decisões acerca do financiamento são extremamente complexas: a ampliação – necessária, recomendável – da atenção básica gera, por sua vez, maior demanda por procedimentos de alta e média complexidade. Em uma situação de escassez, qual a melhor distribuição de recursos? Qual o ponto de equilíbrio?

Uma ampla discussão se travou sobre a organização administrativa da secretaria municipal de saúde, dando origem a duas novas subdimensões e cinco novos critérios. A descentralização da gestão da saúde exige, muitas vezes, que se criem, nos municípios, novas estruturas organizacionais. Certos participantes crêem que um bom critério para avaliar essa subdimensão seria a verificação do grau com que essas estruturas facilitam a gestão participativa. Outros acreditam que, para se avaliar a gestão, não é importante verificar se há participação dos servidores. Por outro lado, todos estão de acordo sobre a importância de se buscar o envolvimento dos profissionais de saúde nas questões gerenciais.

A segunda nova subdimensão, que foi chamada de dinâmica da gerência, também envolveu o tema da participação dos trabalhadores, destacando-se, todavia, o papel do gerente como coordenador de grupo e a existência de redes de negociação em torno de um projeto comum.

Um aspecto particular, mas muito valorizado, foi a questão de um componente ético na dimensão gerencial. Argumentou-se que as escolhas no cotidiano da gestão são pautadas por valores que precisam ser discutidos e socializados. Sugeriu-se ainda incluir um critério específico sobre transparência da gestão. Como visto anteriormente, algumas dessas sugestões foram consensuais e passaram a compor a imagem-objetivo da descentralização, mas outras, não.

A subdimensão “organização dos serviços” também foi objeto de muito debate. Alguns conferencistas estimaram que essa subdimensão estaria mais bem posicionada na dimensão assistencial. Outros criticaram o que acharam um excessivo fracionamento dos critérios. Outros ainda sentiram falta de critérios específicos quanto às políticas de insumos, como medicamentos e vacinas, ou quanto à qualidade e continuidade do cuidado, ou ainda quanto às vigilâncias epidemiológica e sanitária. Lembrou-se igualmente a necessidade de se contemplar a capacitação de pessoal. Cogitou-se também incluir um critério particular sobre o Programa de Saúde da Família, mas a ampla maioria foi contrária, argumentando que o ponto fundamental – as concepções que embasam o Programa – já estava contemplado.

O tema da acessibilidade recebeu uma atenção especial. Salientou-se a importância desse critério, tendo em vista a existência de dinâmicas de exclusão, de barreiras criadas pelo próprio sistema de saúde. Nesse sentido, importa verificar o modo como se dá o ingresso do usuário no serviço, para identificar possíveis obstáculos.

Relacionado ao tema da acessibilidade, discutiu-se muito a adscrição de clientela. Se, por um lado, é essencial para o planejamento na lógica da demanda, por outro, pode representar uma barreira, se feita burocraticamente, sem levar em conta o deslocamento real das pessoas no território. Uma adscrição restrita às unidades básicas de saúde será, certamente, problemática. No entanto, se as unidades básicas são, efetivamente, portas de entrada de um sistema integrado, a adscrição será, provavelmente, facilitadora do acesso.

Acrescentou-se que, sem a adscrição, os sistemas de referência e contra-referência limitam-se a ser mecanismos meramente formais de encaminhamento de pacientes e não instrumentos da garantia do acesso aos serviços que cada caso requerer.

A última subdimensão da dimensão gerencial trata do controle social. Muitos conferencistas opinaram que o controle social deveria integrar a dimensão política, e não a gerencial, da imagem-objetivo da descentralização. Ademais, muitos acharam insuficiente apenas um critério, como proposto inicialmente, para se avaliar o controle social. Além de verificar se Conselho Municipal de Saúde (CMS) é atuante, deveria se analisar a lógica do seu funcionamento: que funções exerce, que interesses representa. É preciso averiguar se o CMS tem capacidade de decisão política, define as priorida-

des de saúde da administração municipal, desenha estratégias, acompanha os trabalhos da Secretaria de Saúde. Com isso, o critério de atuante se tornaria mais concreto.

Diversos outros critérios foram sugeridos, com o objetivo de qualificar a avaliação do controle social: existência de conselhos locais de saúde, transformação dos centros de saúde em unidades gestoras e orçamentárias, existência de corregedoria e de auditoria interna e publicidade dos resultados das ações da Secretaria Municipal de Saúde. Ao final, contudo, apenas três critérios foram consensuais: CMS atuante, prioridades definidas pelo CMS e existência de auditoria interna.

Em suma, na dimensão gerencial, o consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização se estabeleceu em sete subdimensões e 23 critérios. Houve grande acordo sobre a importância das ações de planejamento e avaliação, da capacidade regulatória da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), incluindo a relação público-privado, da relação da SMS com seus profissionais e da ética na gestão. Ainda que envoltas em alguma polêmica, as subdimensões da organização dos serviços e do controle social obtiveram, ao final, graus elevados de importância e consenso. Contribuiu para isso, provavelmente, o surgimento de vários novos critérios, durante a etapa presencial da conferência. Por fim, vale ressaltar que um único item não foi considerado importante pela maioria dos especialistas: a existência de organizações sociais.

CONSENSO E DISSENSO NAS DIMENSÕES ASSISTENCIAL E DA EFETIVIDADE DAS PRÁTICAS

A dimensão assistencial e a dimensão da efetividade das práticas foram discutidas conjuntamente, durante a etapa presencial da conferência, apesar de estarem separadas na proposta inicial de imagem-objetivo da descentralização. Na verdade, a opção pela discussão conjunta se justifica, considerando-se que, do ponto de vista teórico, as duas dimensões podem ser integradas em uma única – práticas assistenciais de saúde – com duas subdimensões: a organização e a efetividade.

Um amplo consenso se estabeleceu sobre a centralidade dessas dimensões para se avaliar a descentralização da atenção à saúde. Nelas, é que se pode averiguar se o sistema está funcionando ou não.

É fácil reconhecer que o Sistema Único de Saúde, desde sua criação, fez progressos nos quesitos de participação social e de descentralização da gestão, mas na questão do cuidado, da assistência real, do conteúdo mesmo das práticas de saúde, os avanços não são evidentes.

Quando se discutem os modelos assistenciais, fala-se, com frequência, de vínculo e adscrição, acesso e acolhimento, cuidado e atenção, mas quais os significados concretos ou operacionais desses conceitos? Os especialistas concordam que a melhoria da assistência à saúde e da situação de saúde não será resultado de nenhuma estratégia política ou gerencial isolada, mas dependerá de um conjunto bem articulado de estratégias, que desencadeie uma nova dinâmica assistencial. No limite, é preciso retomar o conceito de seguridade social, definindo, simultaneamente, o lugar próprio e as interfaces da prestação de serviços de saúde dentro de uma rede de proteção social.

Entretanto, nem tudo foi consenso. Alguns conferencistas questionaram o critério referente à ênfase na promoção da saúde. Para eles, a integralidade pressupõe um equilíbrio entre as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, e não a ênfase em algum desses tipos de ação. Além disso, recomendou-se cuidado ao se avaliar a promoção da saúde, pois envolve requisitos que estão fora do setor saúde.

Afirmou-se, sem divergências, que a integralidade exige o uso racional dos serviços, pois se há insuficiências na oferta, há também excessos de utilização. O risco de medicalização é, nesse sentido, claro. A utilização de protocolos, em particular, é bem vista como estratégia de racionalização do uso dos serviços e de garantia da qualidade da atenção.

Destacou-se também que a integralidade tem distintas dimensões, separáveis apenas para fins de análise teórica. Uma dimensão remete aos níveis de atenção (promoção, proteção, cura, reabilitação), como mencionado acima. Outra dimensão, que pode ser caracterizada como tecnológica, torna-se evidente quando se fala em serviços de baixa, média ou alta complexidade. Finalmente, pode se pensar em uma dimensão da integralidade da atenção que remete ao respeito à integridade biopsicossocial da pessoa atendida.

A proposição de duas subdimensões – integralidade das ações e abordagem integral – dentro da dimensão assistencial, buscou, exatamente, dar conta das distintas acepções da noção de integralidade.

Na aceção da abordagem integral, enfatizou-se a importância de se buscar avaliar a existência de vínculos efetivos entre os profissionais de saúde e os usuários e de compromissos entre os serviços e a população. A criação desses vínculos e o estabelecimento desses compromissos exigem, claramente, uma reorganização do processo de trabalho em saúde.

Comentou-se que a equipe multiprofissional é, provavelmente, o meio mais adequado para se alcançar a integralidade. Ressaltou-se, todavia, a necessidade de um funcionamento muito bem articulado da equipe, para evitar o risco da fragmentação do cuidado entre um aglomerado de profissionais. A equipe precisaria compartilhar uma concepção integral da pessoa humana e, por isso, talvez valesse a pena incluir um critério que permitisse avaliar a existência dessa concepção. O desenvolvimento de uma concepção holística pode ser favorecido se as equipes podem definir o seu “projeto assistencial”, contando com o apoio de gerências descentralizadas.

A questão da visita domiciliar também foi lembrada. Um participante salientou o peso simbólico que tem, para as pessoas, a ida de um profissional de saúde ao seu domicílio. Significa o reconhecimento do usuário como ser humano. É, portanto, um critério importante para se avaliar a abordagem integral.

Houve certa polêmica quanto aos critérios relativos a áreas específicas da assistência. Alguns membros da conferência posicionaram-se contra a referência particular às ações de saúde bucal ou de saúde mental. Outros consideraram importante haver critérios próprios a essas áreas, dado que constituem práticas diferenciadas que permitem qualificar o sistema de serviços de saúde de um modo que outros critérios não conseguem. Nessa linha, chegou-se a sugerir a inclusão de um critério relativo à área de serviço social.

Outra área específica mencionada foi a assistência farmacêutica. Salientou-se que avaliar a disponibilidade de medicamentos e a promoção do uso racional é insuficiente. Deveria se buscar outros critérios que permitissem se avaliar a organização da assistência farmacêutica como um todo.

Sobre a dimensão da efetividade das práticas, durante a discussão, levantaram-se algumas preocupações com a questão da redução das taxas de mortalidade infantil e materna. Registrou-se que uma coisa é reduzir as taxas de patamares elevados para níveis médios e outra é reduzir taxas dos níveis intermediários para níveis baixos. Nesse sentido, o critério deveria

ser matizado e não ter o mesmo peso, independentemente das taxas de mortalidade dos municípios analisados.

Destacou-se também a importância de se avaliar com mais profundidade a percepção da população. Procurar verificar não somente as pesquisas sobre o grau de satisfação, mas também as formas de uso e a capacidade de resposta da unidade, ou seja, se a população se sente obrigada a retornar ou a peregrinar por várias unidades até ter seu problema resolvido.

Criticou-se, por fim, a ausência de critérios específicos para se avaliar a equidade do sistema de saúde, ou, mais pragmaticamente, a equidade na utilização dos serviços de saúde. Talvez a alternativa seja verificar essa dimensão através do acesso e da cobertura. Buscar avaliar se há acesso e cobertura iguais para igual necessidade, independentemente de classe social, nível de renda, nível educacional, gênero ou etnia.

Em suma, na dimensão assistencial, o consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização foi desenvolvido com base em duas subdimensões e dez critérios. A subdimensão “integralidade das ações” possui critérios consensuais referidos à ênfase nas ações de promoção, à integração das ações promocionais, preventivas, recuperadoras e reabilitadoras e à disponibilidade de medicamentos. A subdimensão “abordagem integral”, por sua vez, tem sete critérios consensuais e importantes, que incluem, entre outros, o acolhimento e a atenção domiciliar. Vale ressaltar que apenas dois dos 18 critérios da dimensão assistencial, debatidos durante a conferência, foram considerados pouco importantes.

Na dimensão de efetividade das práticas, estabeleceu-se o consenso em torno de três subdimensões e nove critérios. A subdimensão “impacto sobre a saúde” ficou com dois critérios amplamente consensuais, relativos à mortalidade infantil e materna. As subdimensões relativas à percepção dos usuários e dos servidores também alcançaram níveis elevados de importância e consenso, com critérios que contemplam tanto as pesquisas de opinião, quanto a capacidade de resposta da equipe local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A imagem-objetivo da descentralização da saúde, resultante de uma conferência de consenso, envolvendo dez especialistas, comporta 53 critérios de avaliação, agrupados em 16 subdimensões, que, por sua vez, se agrupam em quatro dimensões.

A dimensão da efetividade das práticas e a dimensão assistencial foram aquelas consideradas como de maior importância, tendo obtido graus mais elevados de consenso. A dimensão gerencial obteve também níveis elevados de importância e de consenso, embora menores que os das dimensões assistencial e de efetividade das práticas. Por último, a dimensão política foi a que conteve, relativamente, mais divergências. Contudo, os pontos consensuais superaram em muito os pontos de dissenso.

Dentre as subdimensões, a capacidade regulatória da SMS e a competência e relações entre os três níveis de governo foram as de maior importância e as de maior grau de consenso. No pólo contrário, a governabilidade e as estruturas organizacionais foram as subdimensões de maior dissenso e de menor importância relativa.

Dentre os critérios, isoladamente, a acessibilidade destacou-se como o mais importante e o mais consensual. O critério “secretaria com capacidade regulatória” veio em segundo lugar. No lado oposto, os critérios de existência de um fundo especial de despesa e de existência de organizações sociais foram os de menor importância e de maior divergência.

É possível agora se retomar a questão posta na introdução: onde se quer chegar com a descentralização da saúde?

Segundo o consenso dos especialistas, a descentralização deve ter impacto sobre o estado de saúde, em particular, reduzindo a mortalidade infantil e a mortalidade materna. Deve buscar a satisfação dos usuários, sobretudo aumentando a resolutividade dos serviços de saúde. Deve buscar a satisfação dos servidores, inclusive através de uma gestão participativa.

As pessoas devem ser bem acolhidas, por equipes multiprofissionais, que definem seus projetos assistenciais de modo a reorganizar o processo de trabalho, com vistas a oferecer uma abordagem integral à pessoa atendida. As ações de saúde devem ser bem integradas, das promocionais até as reabilitadoras. A garantia de acesso ao conjunto dos serviços, incluindo a assistência farmacêutica, é essencial.

A Secretaria Municipal de Saúde deve usar, rotineiramente, as ferramentas do planejamento e da avaliação e precisa ter alta capacidade regulatória, tanto sobre o setor privado, quanto sobre o setor público. A oferta de serviços deve se adequar ao perfil epidemiológico da população e estar organizada em rede hierarquizada. As ações de vigilância epidemiológica e sanitária devem ser integradas. As unidades de saúde devem ser acreditadas.

A gerência precisa explicitar os valores éticos que guiam suas escolhas. O Conselho Municipal de Saúde precisa ser atuante, definindo prioridades e acompanhando as ações da auditoria interna.

Os três níveis de governo - municipal, estadual e federal - precisam trabalhar de modo coordenado e complementar. A saúde deve ser amplamente reconhecida como prioridade de governo, as iniciativas setoriais têm que estar presentes e o financiamento deve respeitar a Emenda Constitucional nº 29. O gestor precisa ter capacidade de liderar e de formar um projeto comum, além de contar com técnicos qualificados. Finalmente, o gestor deve ser capaz de produzir fatos que ampliem seus graus de liberdade de ação.

Se tudo isso for alcançado, pode-se concluir que a descentralização cumpriu plenamente sua missão de estratégia de reorganização da atenção à saúde.

Evidentemente, a imagem-objetivo construída através da conferência não é, nem poderia ser, definitiva. Representa apenas um certo grau de consenso provisório. Contudo, constitui-se em um instrumento útil para a realização de investigações e para a discussão de políticas de saúde.

Os pesquisadores podem encontrar nela um apoio para a realização de suas investigações avaliativas. Poderão utilizar diferentes combinações das dimensões e dos critérios disponíveis, a depender do seu referencial teórico, tendo consciência do grau de consenso e relevância a eles atribuídos por especialistas na temática. Além disso, caso seja utilizada em várias pesquisas, a imagem-objetivo consensuada poderá facilitar a comparação de resultados e ampliar o grau de conhecimento acerca dos processos de reorganização setorial.

Os gestores e formuladores de políticas de saúde, por sua vez, passam a contar com mais um instrumento que lhes diz em que aspectos concentrar sua atenção. Concretamente, a imagem-objetivo elaborada indica que assegurar a coordenação e complementaridade entre as três esferas de governo e ampliar a capacidade regulatória das Secretarias Municipais de Saúde são dois grandes desafios a enfrentar.

NOTAS

¹ Trabalho realizado com o apoio financeiro do Ministério da Saúde. A conferência de consenso de que trata o presente artigo foi convocada pela Secretaria de Política do Ministério da Saúde, pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e pelo ISC/UFBA.

² Por imagem-objetivo, entende-se não um simples conjunto ou uma soma de objetivos, mas um modelo, inserido em um tempo futuro, cuja construção eliminou os problemas de coerência entre os distintos objetivos, harmonizando-os e ordenando-os (ver BOISIER, 1976, *apud* COHEN e FRANCO, 1994. p. 86).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. *Os atalhos da mudança da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: OPAS, 1988. 134 p.

ANAES - AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. *Les conférences de consensus. Base méthodologique pour leur réalisation en France*. Paris: ANAES, 1999.

BROWN, A.D.; GOLDACRE, M.J.; HICKS, N.; ROURKE, J.T.; MCMURTRY, R.Y.; BROWN, J.D.; ANDERSON, G.M. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Canadian Journal of Public Health* v. 92, n. 2 p. 155-159. 2001.

COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. v. II. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1988.

FAVARO, P.; FERRIS, L. Program evaluation with limited fiscal and human resources, 1991.

FLEURY-TEIXEIRA, S. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. In: IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Cadernos da nona: descentralizando e democratizando o conhecimento*. Brasília: Grupo Técnico da Comissão Organizadora, 1992. 27-37 p.

HEIMANN, L. e outros. *A descentralização do sistema de Saúde no Brasil: uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas*. São Paulo: Instituto de Saúde. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 1998.

MENDES, E.V. A descentralização como processo social. In: KALIL, M.E. (org.) *Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde*. Anais. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 65-74.

MULLER NETO, J. Política de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. In: IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Cadernos da nona: descentralizando e democratizando o conhecimento*. Brasília: Grupo técnico da Comissão Organizadora, 1992. p. 43-59.

PINEAULT, R.; DAVELUY, C. *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*. Montreal: Agende d'ARC Inc., 1986.

VIEIRA-DA-SILVA, L.; HARTZ, Z.; PAIM, J.; CHAVES, S.; SILVA, G.A.; LOPES, R.; PACHECO, F. Avaliação da descentralização da atenção à saúde na Bahia. *Relatório Final de Pesquisa*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

ANEXOS

Quadro 1

Imagem-objetivo consensual da descentralização da saúde.

DIMENSÃO POLÍTICA

1. Competências e relações entre os três níveis de governo
 - 1.1. Coordenação e complementaridade
2. Projeto de governo
 - 2.1. Saúde como prioridade de governo
 - 2.2. Existência de iniciativas intersetoriais
 - 2.3. Financiamento de acordo com a Emenda Constitucional nº 29
3. Capacidade de governo
 - 3.1. Gestor com capacidade de liderança
 - 3.2. Quadros técnicos capacitados em número suficiente
 - 3.3. Política de recursos humanos adequada
 - 3.4. Capacidade dialógica e de síntese de interesses
 - 3.5. Capacidade de formar projeto comum
 - 3.6. Capacidade de articulação política municipal
4. Governabilidade
 - 4.1. Autonomia da Secretaria Municipal de Saúde
 - 4.2. Capacidade de iniciativa junto a outros gestores (estadual/federal/municipal)
 - 4.3. Capacidade do gestor de produzir fatos que ampliem seus graus de liberdade

DIMENSÃO GERENCIAL

5. Planejamento e avaliação
 - 5.1. Planejamento estratégico
 - 5.2. Avaliação sistemática
 - 5.3. Planejamento por problemas e participativo
 - 5.4. Uso rotineiro da avaliação da qualidade da atenção
 - 5.5. Qualidade do registro e das informações
 - 5.6. Disseminação/discussão dos resultados da avaliação
6. Capacidade regulatória da SMS
 - 6.1. Secretaria com capacidade regulatória
7. Relação público-privado
 - 7.1. Ações de alta e média complexidade geridas pelo setor público
 - 7.2. Controle do setor privado sem relação com o Sistema Único de Saúde
8. Relação da Secretaria Municipal de Saúde com seus profissionais
 - 8.1. Profissionais mobilizados e co-responsáveis
9. Organização dos serviços
 - 9.1. Oferta adequada ao perfil epidemiológico
 - 9.2. Garantia de acesso aos serviços
 - 9.3. Integração dos serviços em rede hierarquizada
 - 9.4. Vigilâncias epidemiológica e sanitária integradas

- 9.5. Capacitação de servidores e educação permanente
 - 9.6. Serviços, hospitais e hemocentros acreditados
 - 9.7. Existência de uma política de insumos
 - 9.8. Programação pactuada e integrada
- 10. Dinâmica da gerência
 - 10.1. Ética na gestão
 - 10.2. Gerência descentralizada
 - 11. Controle social
 - 11.1. Conselho Municipal de Saúde atuante
 - 11.2. Prioridades definidas pelo Conselho Municipal de Saúde
 - 11.3. Existência de auditoria interna

DIMENSÃO ASSISTENCIAL

- 12. Integralidade das ações
 - 12.1. Ênfase na promoção da saúde
 - 12.2. Integração de ações preventivas-curativas
 - 12.3. Disponibilidade de medicamentos
- 13. Abordagem integral
 - 13.1. Utilização de protocolos
 - 13.2. Acolhimento
 - 13.3. Equipes multiprofissionais
 - 13.4. Atenção domiciliar
 - 13.5. Supervisão do trabalho em equipe pelas gerências descentralizadas
 - 13.6. Organização do serviço como processo cotidiano de trabalho
 - 13.7. Equipes de saúde definem “projeto assistencial”

DIMENSÃO DA EFETIVIDADE DAS PRÁTICAS

- 14. Impacto sobre a saúde
 - 14.1. Redução da mortalidade infantil
 - 14.2. Redução da mortalidade materna
 - 15. Percepção da população
 - 15.1. Satisfação dos usuários
 - 15.2. Pesquisas de opinião
 - 15.3. Formas de uso pela clientela (repetitivo, peregrinação em diversas unidades de saúde)
 - 15.4. Acolhimento das demandas
 - 15.5. Percepção sobre a capacidade de resposta da equipe profissional
 - 16. Percepção dos servidores
 - 16.1. Satisfação dos servidores com seu trabalho
-

Quadro 2

Critérios importantes, excluídos da imagem-objetivo da descentralização por não serem consensuais

DIMENSÃO POLÍTICA

Governabilidade

- Ampla base de apoio comunitária
- Gestor capacitado a argumentar e convencer parceiros estaduais e federais
- Relações políticas civilizadas entre as esferas de governo
- Capacidade das três esferas de desconcentrar poder

DIMENSÃO GERENCIAL

Organização dos serviços

- Cobertura ampliada

Dinâmica da gerência

- Existência de redes de negociação em torno de um projeto comum

Controle social

- Capacidade de acompanhamento dos projetos pelo Conselho Municipal de Saúde
- Publicidade dos resultados das ações da Secretaria Municipal de Saúde

DIMENSÃO ASSISTENCIAL

Integralidade das ações

- Ações integrais em saúde mental
- Ações em outras esferas de cuidado como alimentação, lazer, cultura

Abordagem integral

- Acompanhamento da qualidade do cuidado
- Realização de fóruns de consenso
- Adoção de metodologias de avaliação do processo de trabalho

DIMENSÃO DA EFETIVIDADE DAS PRÁTICAS

Impacto sobre a saúde

- Danos e riscos priorizados

Percepção da população

- Vínculos estabelecidos entre usuário e serviço
 - Respostas efetivamente dadas no local
-

Quadro 3

Critérios excluídos na imagem-objetivo da descentralização por serem pouco importantes e não-consensuais

DIMENSÃO POLÍTICA

Governabilidade

- Ampla base de apoio no parlamento e na sociedade civil
- Capacidade de iniciativa juntos aos níveis estadual e federal
- Ampla base de apoio no parlamento
- Ampla base de apoio na sociedade civil
- Existência de um fundo especial de despesa
- Articulação respeitosa com a mídia
- Existência de um plano de assessorias
- Realização de treinamentos

DIMENSÃO GERENCIAL

Relação público-privado

- Organizações sociais

Estruturas organizacionais da Secretaria Municipal de Saúde

- Estruturas horizontalizadas que facilitem a gestão participativa

Organização dos serviços

- Redes ambulatorial e hospitalar com fluxos monitorados
- Fluxo de pacientes entre municípios monitorado
- Programa de certificação profissional implantado
- Existência de uma política de investimentos/inversões

Dinâmica da gerência

- Gerente como coordenador de grupo

Controle social

- Conselho Municipal de Saúde com capacidade de decisão política
- Capacidade deliberativa do Conselho Municipal de Saúde
- Existência de Conselhos Locais de Saúde
- Unidades gestoras e orçamentárias no âmbito dos distritos e unidades de saúde
- Engajamento dos profissionais no projeto institucional
- Existência de corregedoria

DIMENSÃO ASSISTENCIAL

Integralidade das ações

- Ações integrais de saúde bucal

Abordagem integral

- Ações de reabilitação
-

ANEXO 1

Imagem-objetivo da Descentralização da Saúde: Dimensões, Sub-dimensões e Critérios de Avaliação

Dimensão Política			
Sub-dimensões	Critérios de Avaliação	Pontos Atribuídos aos Critérios Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Comentários ou Observações (caso prefira excluir o critério, justifique sua opinião)
Projeto de governo	<p>Prioridade para a Saúde explicitada no Plano de Governo</p> <p>Iniciativas intersetoriais como prática regular na gestão governamental</p> <p>Financiamento da Saúde programado e executado de acordo com a EC-29</p>		
Capacidade de governo	<p>Direção da Saúde exercida por liderança política, portadora de capacidade técnica e de um projeto de sistema local de alta qualidade</p> <p>Quadros técnicos da Saúde qualificados e em número suficiente</p> <p>Política de recursos humanos adequada, com Plano de Cargos e Salários, admissão através de concurso público e incentivo à capacitação ligado à remuneração</p>		
Governabilidade	Ampla base de apoio político no parlamento municipal e na sociedade civil organizada		

Dimensão Política			
Sub-dimensões	CrITÉrios de AvaliaÇão	Pontos Atribuídos aos CritÉrios Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Comentários ou Observações (caso prefira excluir o critério, justifique sua opinião)
Governabilidade	Secretaria da Saúde com autonomia para utilização dos recursos municipais, com Comissão de licitação e com contador responsável Gestor municipal com capacidade de iniciativa política junto aos níveis estadual e federal		
OBS. ¹			

¹ Outras sub-dimensões e/ou critérios julgados importantes podem ser inseridos e também pontuados nas planilhas.

Dimensão Gerencial			
Sub-dimensões	CrITÉrios de AvaliaÇão	Pontos Atribuídos aos CrITÉrios Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Comentários ou Observações (caso prefira excluir o critério, justifique sua opinião)
Planejamento e Avaliação	Práticas regulares de planejamento de saúde com um enfoque estratégico Avaliação realizada sistematicamente para subsidiar o processo de tomada de decisões		
Relação público-privado	Conjunto das ações de alta e média complexidade geridas pelo setor público, com a realização de parte significativa dessas ações por serviços públicos		
Relação da SMS com profissionais	Projeto da SMS mobiliza os profissionais da saúde, que se sentem co-responsáveis pelo projeto político da SMS		
Organização dos serviços	Oferta de serviços adequada ao perfil sócio-epidemiológico do município Acessibilidade garantida à atenção básica, aos serviços de urgência/emergência, à hospitalização e aos serviços de alta e média complexidade Cobertura efetivamente ampliada, com a utilização dos serviços do SUS por, no mínimo, 75% da população		

Dimensão Gerencial			
Sub-dimensões	Critérios de Avaliação	Pontos Atribuídos aos Critérios Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Comentários ou Observações (caso prefira excluir o critério, justifique sua opinião)
Organização dos serviços	Integração de rede de serviços regionalizada e hierarquizada		
Controle social	Existência de CMS atuante e realização de Conferência Municipal de Saúde		
OBS. ¹			

¹ Outras sub-dimensões e/ou critérios julgados importantes podem ser inseridos e também pontuados nas planilhas.

Dimensão Assistencial			
Sub-dimensões	Critérios de Avaliação	Pontos Atribuídos aos Critérios Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Comentários ou Observações (caso prefira excluir o critério, justifique sua opinião)
Integralidade das ações	<p>Ênfase nas ações de promoção da saúde, com utilização de tecnologias de comunicação social</p> <p>Existência de integração das ações promocionais, preventivas, de recuperação e de reabilitação para os agravos priorizados</p> <p>Disponibilidade de medicamentos e promoção do seu uso racional</p> <p>Desenvolvimento de ações integrais em saúde bucal de acordo com o perfil epidemiológico.</p>		
Abordagem integral (cuidado completo e contínuo)	<p>Utilização sistemática de protocolos de atenção para os agravos priorizados</p> <p>Adoção de estratégias explícitas de acolhimento do usuário (triagem por profissional de saúde, flexibilidade na rotina dos serviços, padrão razoável de conforto nas instalações físicas)</p> <p>Realização regular de atividades de saúde por equipes multiprofissionais</p>		
OBS. ¹			

¹ Outras sub-dimensões e/ou critérios julgados importantes podem ser inseridos e também pontuados nas planilhas.

Dimensão da Efetividade das Práticas			
Sub-dimensões	Critérios de Avaliação	Pontos Atribuídos aos Critérios Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Comentários ou Observações (caso prefira excluir o critério, justifique sua opinião)
Impactos sobre o estado de saúde	Redução da mortalidade infantil Redução da mortalidade materna Redução dos danos e riscos priorizados no plano de saúde		
Percepção da população	Satisfação dos usuários em relação ao acolhimento, à atenção básica, à atenção especializada e às ações promocionais e preventivas Resultados de pesquisas de opinião		
OBS. ¹			

¹ Outras sub-dimensões e/ou critérios julgados importantes podem ser inseridos e também pontuados nas planilhas.

ANEXO 2

Imagem-objetivo da Descentralização da Saúde

	Média	Desv-pad
DIMENSÃO POLÍTICA	7,1	2,57
1. Competências e relações entre os três níveis	9,1	1,36
1.1. Coordenação e complementaridade	9,1	1,36
2. Projeto de governo	8,4	1,71
2.1. Prioridade de Governo	7,9	2,13
2.2. Iniciativas intersetoriais	8,2	1,87
2.3. Financiamento de acordo com a EC-29	9,2	1,14
3. Capacidade de governo	8,0	1,85
3.1. Liderança	7,4	2,72
3.2. Quadros técnicos	8,7	0,82
3.3. Política de RRHH	7,0	2,83
3.4. Capacidade dialógica e de síntese de interesses	7,8	2,2
3.5. Capacidade de formar projeto comum	8,4	1,35
3.6. Articulação municipal	8,6	1,19
4. Governabilidade	6,2	3,21
4.1. Ampla base de apoio no parlamento e na sociedade civil	6,0	3,68
4.2. Autonomia da SMS	7,7	1,89
4.3. Capacidade de iniciativa juntos aos níveis estadual e federal	6,5	3,69
4.4. Ampla base de apoio no parlamento	4,4	3,95
4.5. Ampla base de apoio na sociedade civil	6,3	3,53
4.6. Ampla base de apoio comunitária	7,1	3,02
4.7. Capacidade de iniciativa junto ao estadual/federal e aos outros municípios	8,1	1,45
4.8. Gestor produzindo fatos que ampliem seus graus de liberdade	7,0	2,98
4.9. Gestor capacitado a convencer parceiros estaduais e federais	7,1	3,03
4.10. Existência de um fundo especial de despesa	4,0	4,36
4.11. Articulação respeitosa com a mídia	6,8	3,19
4.12. Relações políticas entre as esferas de governo	7,4	3,2
4.13. Capacidade das três esferas de desconcentrar poder	7,3	3,12
4.14. Plano de assessorias	2,7	3,45
4.15. Treinamento	5,1	3,53