

Saúde, Nutrição e População

*M. Claeson, C. Griffin, T. Johnston, M. McLachlam, A. Soucat,
A. Wagstaff e A. Yazbeck*

Sumário

1. Introdução

2. Mecanismo conceptual para melhorar a saúde dos pobres

3. Avaliação dos resultados sanitários e fixação de metas

- 3.1 Os pobres como centro de atenção
- 3.2 O ciclo de vida e os resultados sanitários
- 3.3 Recompilação de evidências sobre resultados sanitários entre os pobres
- 3.4 Indicadores de saúde e fixação de prioridades
- 3.5 Fixação de objetivos
- 3.6 Resumo

4. Compreensão da deficiência nos resultados sanitários : o papel das famílias e das comunidades

- 4.1 Resultados sanitários : Conduta e fatores de risco
- 4.2 Influências de tipo familiar sobre a conduta e os resultados sanitários
- 4.3 Influências da comunidade sobre a conduta e os resultados sanitários

5. Avaliação do desempenho do setor da saúde: apoio às famílias para melhorar os resultados sanitários

- 5.1 O sistema de saúde e o ciclo de vida
- 5.2 Avaliação do desempenho do sistema de saúde
- 5.3 Resumo

6. A interface entre o governo e o sistema de saúde

- 6.1 Prestação de serviços de saúde
- 6.2 Mercados de insumos
- 6.3 Custódia pública do setor da saúde
- 6.4 Financiamento e concentração de riscos
- 6.5 Resumo

7. Ações viáveis: políticas públicas para melhorar os resultados sanitários

- 7.1 Contexto da despesa em saúde
- 7.2 Financiamento e aumento da arrecadação de receitas
- 7.3 Prestação de serviços
- 7.4 Administração de bens
- 7.5 Monitoramento e avaliação
- 7.6 Políticas alheias ao Ministério da Saúde

8. Conselhos para a preparação do DERP em matéria de saúde

- 8.1 A equipe
- 8.2 Projeção cronológica e orçamento

8.3 Uso do contexto lógico

8.4 Exemplo de determinação de prioridades na Bolívia

9. Bibliografia

1. Introdução

À medida que os países aprimoram suas estratégias de redução da pobreza, o papel do capital humano, que inclui saúde e nutrição, está recebendo muito reconhecimento. As pessoas tornam-se mais pobres quando se deteriora sua saúde ou quando sofrem crises de saúde; mas a pobreza também deteriora a saúde das pessoas e as submete a riscos ainda maiores. Um exercício de consulta realizado recentemente pelo Banco Mundial, sob o título de *Voices of the Poor* (Vozes dos Pobres), revelou que uma doença prolongada é uma das principais razões pelas quais as famílias acreditam que terminarão sendo pobres. Uma mulher egípcia assim comentou: “Quando meu marido fica doente, o que nos espera é uma calamidade. Nossa vida pára até ele se recuperar e voltar a trabalhar.”

O estado da saúde (neste estudo definido em termos amplos para incluir a situação nutricional e a capacidade de gestão da fertilidade) é igualmente um elemento fundamental do bem-estar. Num famoso exercício realizado há quase 40 anos (Cantril, 1965), fizeram-se perguntas de resposta livre a uma amostra de pessoas de 12 países, de alta e baixa renda, sobre o que constitui seu bem-estar pessoal. As respostas foram quase idênticas em todos os países, culturas e níveis de renda: a saúde ocupou o terceiro lugar, depois da renda e de uma boa vida familiar.

A melhoria da saúde dos pobres pode produzir melhores resultados para toda a população em virtude da natureza das enfermidades (as doenças contagiosas generalizadas entre os pobres aumentam os riscos para todos) e a natureza das intervenções, muitas das quais beneficiam toda a população (como imunizações e intervenções em matéria de saúde ambiental). Os insumos relativos à saúde, população e nutrição têm potencial para melhorar os resultados, mas também o têm outras atividades realizadas em outros setores. A educação, o meio ambiente e a disponibilidade de estradas, bem como o abastecimento de água potável contribuem igualmente para melhorar a saúde, de modo que, para os pobres, alcançar as metas depende, em parte, do que se realize nestes outros setores. No setor da saúde, as intervenções apropriadas em matéria de população e nutrição também contribuem de forma independente aumentando o impacto e substituindo as intervenções dos serviços de saúde.

A Tabela 1 apresenta os três grupos principais a que se dirige este capítulo. Para um dos grupos de colaboradores do DERP, dedicados aos temas macros, o ponto principal pode ser a quantidade de recursos destinados à saúde, bem como as possíveis realocações para atingir os pobres (fila 1 da Tabela 1). Um segundo grupo de colaboradores do DERP pode dedicar-se a aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde para os pobres, recorrendo a reformas e iniciativas de mudança (fila 2 do Quadro 1). E, finalmente, um terceiro grupo pode concentrar-se em estudar como implementar as atividades de atenção e assistência aos pobres (fila 3 da Tabela 1). Os que trabalham no nível de projeto ou de prestação de serviços não podem realizar bem seu trabalho sem a cooperação e a assistência dos que trabalham nos níveis de sistemas e despesas. O DERP representa uma oportunidade para os três grupos trabalharem em conjunto.

A Tabela 1 também resume as questões que surgem nos três níveis e as medidas conceptuais que podem ser propostas num DERP para abordá-las. As medidas específicas de cada país obviamente seriam diferentes das idéias específicas aqui mencionadas como ilustração.

Tabela 1: Níveis de Ação para Elementos que Contribuem para o DERP

Área do problema	Temas	Ações
1. Despesa pública (nível macro)	<ul style="list-style-type: none"> Realocações para melhorar a destinação e eficiência do gasto 	<ul style="list-style-type: none"> plano de três a cinco anos para modificar a despesa, levando em conta as realocações e os novos recursos
2. Melhorar o funcionamento do sistema de saúde (nível de sistema)	<ul style="list-style-type: none"> eleva a eficácia, qualidade e resultados melhorando o desempenho do sistema melhorar a receptividade do sistema para populações pobres e excluídas aumentar a capacidade de resposta aos clientes 	<ul style="list-style-type: none"> reformas do sistema para resolver engarrafamentos e problemas mediante a modificação de métodos de incentivos, contratação, propriedade, seguros e coordenação entre as partes sistemas experimentais de teste e avaliação divulgação de conhecimentos; capacitação e comunicação sobre mudanças introduzidas
3. Intervenções dirigidas que dão bons resultados (nível de intervenção)	<ul style="list-style-type: none"> necessidade de intervenções dirigidas relativamente simples e de fácil execução para os pobres necessidade de programas com resultados mensuráveis e avaliados e com aprendizagem incorporada 	<ul style="list-style-type: none"> projetos e planos experimentais que abram caminho para a melhoria do sistema programas dirigidos de saúde materno-infantil, nutrição e saúde pública melhor coordenação de projetos por diversas entidades e doadores

Este capítulo está organizado em torno do contexto conceptual apresentado na seção seguinte. Os dois princípios fundamentais do contexto são os seguintes:

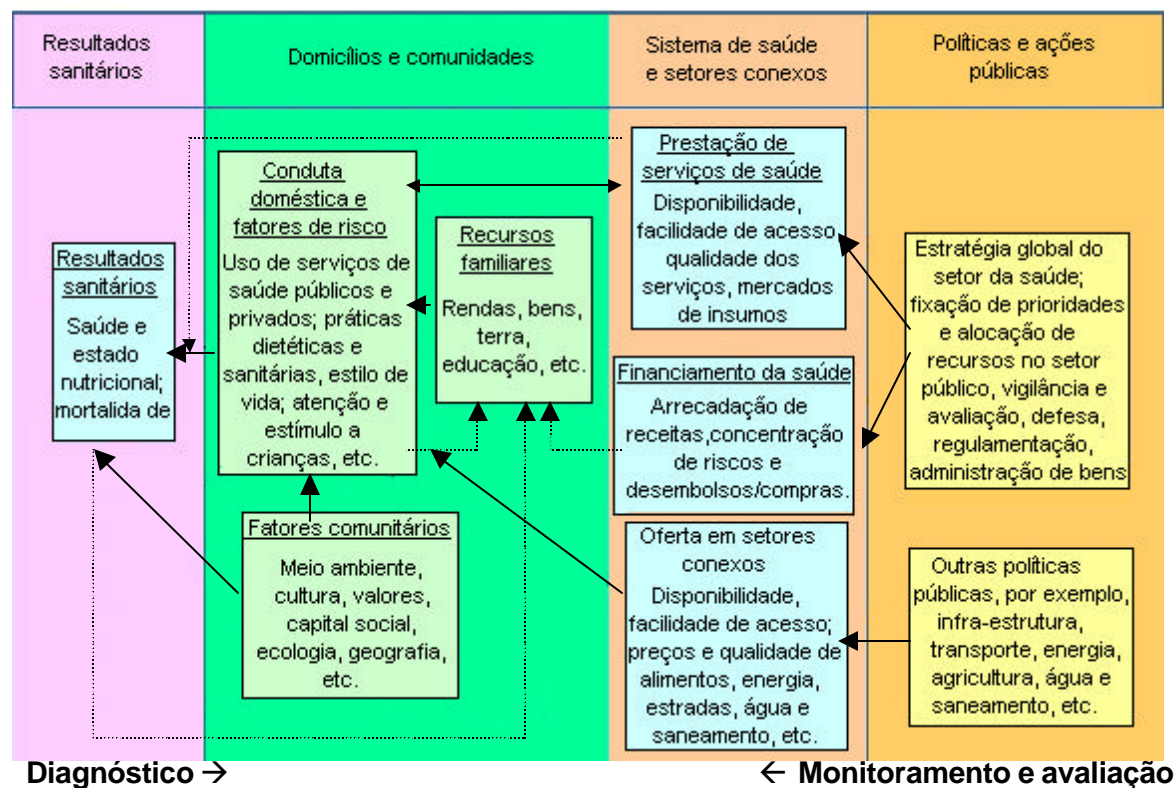
Em primeiro lugar, a pobreza constitui principalmente uma característica doméstica ou familiar e comunitária. Que grau de êxito teve o sistema ao tentar romper as barreiras específicas que restringem a ação dos pobres quando procuram melhorar a sua saúde? Ao fazer esta avaliação, é imprescindível ouvir os pobres e utilizar a informação assim obtida para diagnosticar os problemas e planejar fórmulas que permitam superar tais restrições. No entanto, embora seja necessário ouvir, isso não será suficiente se o próprio sistema de saúde for incapaz de produzir o que se requer para romper as barreiras que o travam. É possível que o esforço para atingir os pobres obrigue a mudar o *modus operandi*, em vez de simplesmente acrescentar mais recursos ou realocá-los.

Em segundo lugar, reconhece-se que, sendo limitados os recursos e as capacidades, torna-se necessário definir as prioridades. É muito difícil que a única enumeração detalhada de políticas e medidas, sem indicação de prioridades, se traduza numa execução eficaz e na solução dos problemas.

2. Mecanismo Conceptual para Melhorar a Saúde dos Pobres

Figura 1: Os Determinantes dos Resultados Sanitários

Os determinantes dos resultados sanitários



Neste capítulo sugere-se a adoção de um contexto dividido em quatro partes (Figura 1) para identificar os fatores que impedem a melhoria da saúde para os pobres e as políticas que podem reduzir tais empecilhos. Trata-se de um mecanismo lógico que começa com os resultados no lado esquerdo e vai retrocedendo até chegar às políticas e medidas observadas no lado direito. Para quem conhece o mecanismo lógico como meio de identificar os resultados desejados, as ações para conseguir esses resultados e os insumos requeridos para produzir as ações, a Figura 1 pode ser um instrumento dinâmico para estruturar o processo de elaboração do DERP sobre saúde, nutrição e população. O processo pode ser tão importante como o produto que for efetivamente elaborado para conseguir consenso nos problemas essenciais e o que deve ser feito a respeito, os riscos a serem enfrentados para assegurar o êxito e o que será preciso medir para observar e avaliar o desempenho. O restante deste capítulo está organizado em função das quatro colunas desse mecanismo.

Ao usar o mecanismo, o diagnóstico procede da esquerda, partindo dos resultados desejados (como uma menor taxa de mortalidade infantil entre os pobres) passando pela cadeia causal até chegar à direita, onde se podem usar as políticas e instrumentos estatais para modificar os resultados. No entanto, a vigilância e a avaliação começam da direita e avançam para a esquerda. Que efeitos produzem as decisões públicas de modificar o funcionamento do

sistema, seu financiamento ou os incentivos na consecução dos resultados desejados? Incorporou-se um processo de aprendizagem que proporcione informação regular sobre conseqüências e resultados e há flexibilidade para fazer ajustamentos em função dessa informação?

Nos itens seguintes analisam-se as quatro colunas da Figura 1, começando da esquerda.

- **Resultados sanitários – Avaliação dos resultados sanitários e fixação de metas:** Este é o conjunto de resultados que aqui se propõe melhorar mediante o processo de preparação e aplicação do DERP. No nível de país, é essencial escolher um conjunto definido de medidas de resultados a serem enfocados, depois retroceder por meio do diagrama para desenvolver políticas que sejam capazes de melhorar estes resultados em benefício das populações pobres. Este livro de consulta oferece orientação sobre o que se pode procurar e como se pode analisar a desigualdade percebida nos resultados e nos produtos da saúde e assinala as fontes de dados disponíveis. Para facilitar a concentração nos resultados mais importantes para diferentes grupos de idades, apresenta-se uma ferramenta de diagnóstico do ciclo de vida.
- **Famílias e comunidades – sua função na deterioração da saúde:** Conforme se observou na introdução, os resultados sanitários são gerados pelas complexas interações que ocorrem entre o comportamento domiciliar, recursos domésticos (especialmente a falta de recursos entre os pobres) e ambiente comunitário (tanto físico como social). Este livro de consulta oferece instrumentos para entender as variações que sofrem os resultados sanitários do ponto de vista da vida familiar e comunitária. Resumem-se aqui diversos métodos para ouvir os pobres e aproveitar o atual conhecimento científico sobre as funções que desempenham as famílias e as comunidades.
- **Sistemas de saúde e setores conexos – Avaliação do desempenho do setor da saúde para apoiar as famílias e obter melhores resultados sanitários:** Há uma hierarquia de interesses nesta parte do contexto. Cumpre reconhecer a importância dos insumos de setores alheios à saúde em melhorar os resultados sanitários, tais como as funções que desempenham a educação, a infra-estrutura e o meio ambiente (ver o quadro inferior nesta coluna). Este capítulo focaliza diversos fatores, a saber: a) o que se pode fazer para melhorar a prestação dos serviços (quadro superior) no sistema de saúde amplamente definido, incluídos os serviços públicos e não-públicos; e b) o financiamento da saúde (quadro situado na metade da coluna). Algumas atividades do setor da saúde afetam diretamente os resultados sanitários. Ninguém morrerá de malária, por exemplo, se o vetor tiver sido eliminado mediante a adoção de medidas de saneamento público. Portanto, há uma seta direta que vai da prestação de serviços aos resultados. Porém, a eficácia da maioria das intervenções em saúde depende, em parte, do comportamento domiciliar. Por exemplo, o uso de redes de leitos para controlar a transmissão da malária é função fundamental do comportamento domiciliar. Assim, também há uma seta que vai da prestação de serviços, passando pelo comportamento domiciliar, até os resultados.
- **Políticas e ações públicas – Melhoria dos resultados por meio da ação pública:** Os governos dispõem de diversas alavancas de política que podem ser usadas para fortalecer o sistema da saúde, o financiamento dos serviços e o ambiente normativo em que funcionam os sistemas. As políticas promovidas pelos governos em todas estas áreas influenciam poderosamente a igualdade dos serviços e a melhoria dos resultados para os pobres. Neste capítulo figura um resumo destes instrumentos e como podem ser adaptados aos propósitos do DERP. Destacam-se as estratégias para observar os insumos e produtos e avaliar as políticas sobre resultados.

Para se ter êxito, é crítico reconhecer como interagem estes quatro elementos para melhorar os resultados para os pobres. A combinação de políticas de saúde pode variar substancialmente segundo os níveis de educação, acesso a insumos por parte das famílias, presença de vetores de doenças ou existência de transporte adequado. Em qualquer circunstância, todos, mas especialmente os pobres, beneficiam-se de um sistema de saúde mais eficiente e que preste serviços de cuidados intensivos, preventivos e de saúde pública.

O desafio que assume este capítulo é oferecer informação básica sobre causas e efeitos, com vistas a ampliar a capacidade das equipes que avaliam as políticas de saúde pública e a despesa em saúde, bem como propor mudanças viáveis (normalmente de aumento) nas políticas que tenham um impacto considerável sobre os resultados sanitários. Tais ações públicas recairão, sumariamente, nas três categorias mencionadas no Quadro 1: despesa pública geral e financiamento, reforma do sistema (melhoria do funcionamento do sistema de saúde) e intervenções localizadas ou projetos. O mais comum é que se necessitem reformas e ações nos três níveis. Para conseguir uma melhor aceitação nos três grupos diversos, manteve-se breve o texto principal, com ligações diretas e referências a anexos que oferecem maior detalhe e que apontam para dados e recursos disponíveis.

3. Avaliação dos Resultados Sanitários e Fixação de Metas

O propósito final do componente de saúde das estratégias para a redução da pobreza é melhorar os resultados sanitários, especialmente entre as populações pobres e vulneráveis. E o primeiro passo para formular essas estratégias é avaliar a situação atual.

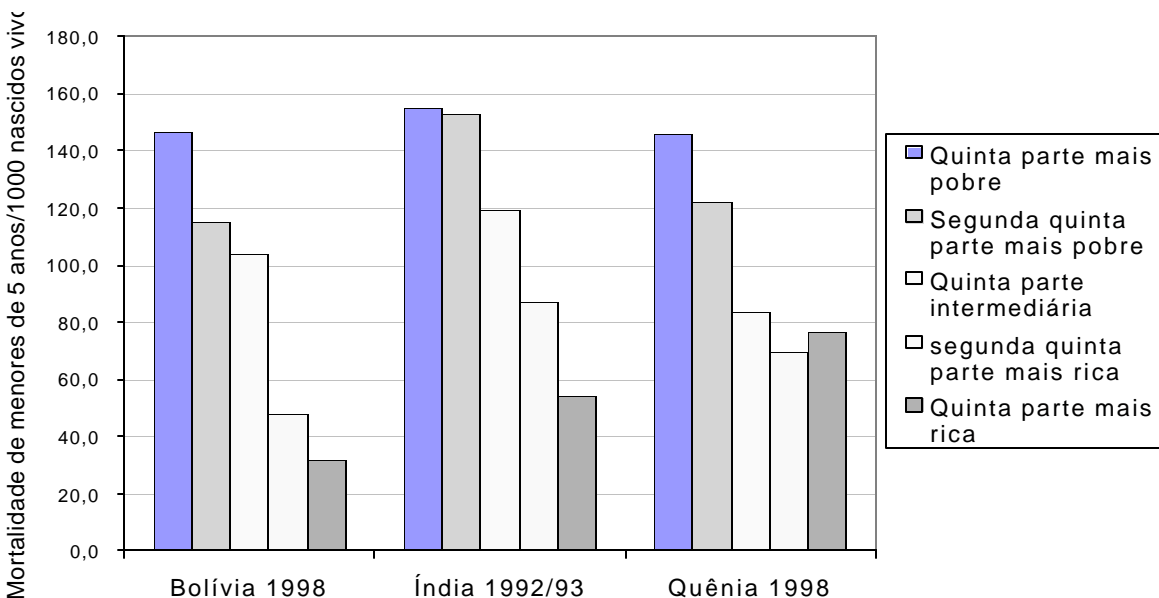
3.1 Os pobres como centro de atenção

As médias demográficas freqüentemente ocultam as grandes diferenças existentes nos países entre diversos grupos de pobreza. A Bolívia, o Quênia e a Índia, por exemplo, têm aproximadamente a mesma taxa de mortalidade infantil: cerca de 108 por cada mil nascidos vivos. A Figura 2 mostra qual é, em cada um de estes três países, a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos no quinto mais pobre da população, no quinto mais pobre seguinte e assim por diante. O gráfico ilustra três pontos importantes: primeiro, o grupo mais pobre de cada país é o que tem resultados sanitários piores que os outros grupos. Segundo, a mortalidade infantil piora progressivamente ao avançar através dos grupos de renda indo dos mais ricos aos mais pobres. Terceiro, as disparidades entre pobres e não-pobres e as diferenças progressivas dos grupos econômicos variam de um país a outro. Na Bolívia, a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos na quinta parte mais pobre das famílias é quase *cinco* vezes a registrada na quinta parte mais rica. Na Índia, a diferença triplica-se entre as quintas partes mais ricas e as mais pobres das famílias, enquanto no Quênia se duplica.

O que significa isso do ponto de vista da política? Na Bolívia, as diferenças provavelmente coincidem com as zonas geográficas ou com grupos étnicos. Nesses casos, poderiam conseguir-se melhorias rápidas na taxa geral focalizando as intervenções adequadas na quinta parte mais pobre da população como primeira prioridade, passando depois para a quinta, quarta e terceira partes. Nos casos da Índia e do Quênia, poderiam ser obtidos bons resultados focalizando as duas quintas partes inferiores das famílias mediante um conjunto de intervenções apropriadas segundo os principais obstáculos que enfrentam. Como se pode conseguir isso? Que intervenções devem enfatizar-se, para quem e por parte de quem? São pontos importantes a serem analisados na utilização do contexto da Figura 1. Trata-se, neste caso, de determinar, como primeiro passo do processo, os resultados a serem focalizados e

medidos por grupo de pobreza. Essa medição tem por objetivo chegar a uma solução do problema.

Figura 2: Mortalidade de Crianças Menores de Cinco Anos entre Populações Pobres e Não-pobres



3.2 O ciclo de vida e os resultados sanitários

O conceito de saúde é amplo. Abrange não só a mortalidade mas também a condição geral de saúde, o estado nutricional, a morbidade, a gestão da fertilidade e a deficiência. Inclui não somente a saúde das crianças menores, mas também das maiores e dos adultos. Abrange também a saúde reprodutiva, ou seja, a saúde da mulher durante e após a gravidez, bem como gravidez não desejada.

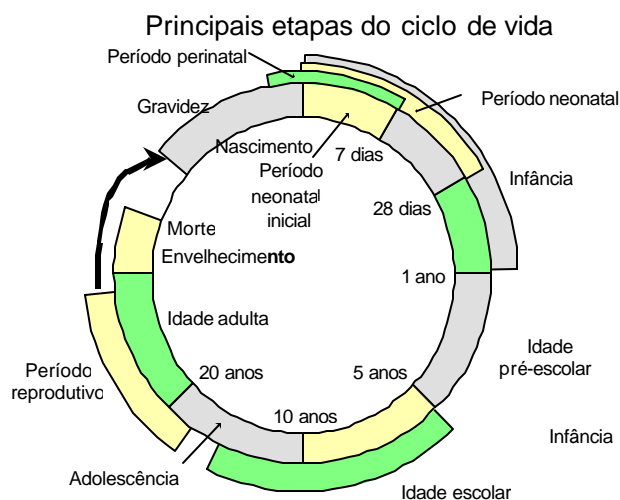
Um método útil de organizar uma avaliação da saúde é pensar em termos de *ciclo de vida* (Figura 3), que começa na gestação e passa pelo nascimento, infância, anos escolares, adolescência, vida adulta e terceira idade, inclusive o período reprodutivo. Durante o período reprodutivo, o ciclo de vida completa-se com a gestação e o nascimento de uma nova geração. Este contexto destaca quatro princípios, a saber:

- as intervenções em saúde têm impacto cumulativo, a saber, o benefício, a natureza e o custo das intervenções em idade posterior dependem parcialmente das intervenções anteriores;
- é necessário registrar as intervenções segundo a prioridade em diferentes pontos por meio do ciclo de vida para que se mantenham as melhorias já alcançadas nos resultados sanitários;
- as intervenções realizadas em uma geração trazem benefícios para as gerações sucessivas. Os casos mais óbvios são o bom cuidado pré-natal e os programas destinados a ajudar as jovens adolescentes a adiar a gravidez, dois fatores que dão aos bebês a oportunidade de começar a vida em melhores condições de saúde;
- este critério também facilita a identificação de riscos decisivos para as famílias e os vazios

deste tipo existentes no sistema de saúde, casos em que as intervenções podem romper o ciclo de pobreza e de saúde deficiente.

Em cada etapa do ciclo de vida há riscos para a saúde e cada um deles está associado a um indicador de resultados. Por exemplo, no primeiro ano de vida (infância), há riscos de doença, deficiências nutritivas, lentidão de crescimento e desenvolvimento e até mesmo morte. Os indicadores correspondentes incluem a incidência de doenças específicas (como diarreia), baixo peso para a idade (peso insuficiente), baixa estatura para a idade (atraso no crescimento) e morte (mortalidade infantil).

Figura 3: Principais Etapas do Ciclo de Vida



3.3 Recompilação de provas sobre resultados sanitários entre os pobres

O Anexo 3A contém as folhas dos indicadores do ciclo de vida. Neles se observam os principais riscos de cada etapa do ciclo, os respectivos indicadores de resultados e sua definição e medição. Não é necessário – e em alguns países simplesmente não é viável – avaliar *todos* os diversos resultados sanitários em *todas* as etapas do ciclo de vida. O que se *pode* fazer é selecionar, para o maior número possível de etapas do ciclo, os indicadores fundamentais dos resultados sanitários para os quais se dispõe de dados. Se possível, convém que os indicadores permitam fazer comparações ao longo do tempo, por meio de grupos e áreas dentro do país e com outros países em etapas semelhantes de desenvolvimento. Também é útil incluir, como mínimo, indicadores correspondentes às metas internacionais de desenvolvimento estabelecidas pela Comissão de Assistência para Desenvolvimento (CAD) (uma análise detalhada desses indicadores encontra-se na webpage da CAD em <http://www.oecd.org/dac/Indicators/index.htm>). Quando possível, devem-se compilar dados não só para a população total, mas também de forma discriminada para os pobres e não-pobres. Já há estimativas dessas discriminações para 48 países. O Anexo 3B inclui informação sobre as Folhas de Informação do Banco Mundial sobre Saúde, Nutrição e População (SNP) no tocante à pobreza, de onde provêm os dados da Figura 2. Estes dados observam uma variedade de resultados sanitários, inclusive muitas das metas internacionais de desenvolvimento, por grupo econômico. Pode também ser valioso fazer uma discriminação

por origem étnica e por gênero, uma vez que lacunas entre pobres e não-pobres costumam refletir diferenças de um ou outro tipo nessas dimensões.

3.4 Indicadores de saúde e fixação de prioridades

Os dados correspondentes a indicadores da saúde – para a população como um todo e para os grupos econômicos que a compõem – permitem perceber algo dos desafios que enfrenta o país em termos de saúde. Estes dados devem incorporar-se ao processo de fixação de prioridades. Sendo iguais os demais fatores, os recursos devem concentrar-se na melhoria dos indicadores que, em geral, são especialmente deficientes e com relação aos quais a população pobre se encontra em situação especialmente desvantajosa. A advertência de “sendo os demais fatores iguais” é importante. Os governos devem ter presentes os recursos médicos e outros meios existentes disponíveis para melhorar cada indicador, o custo que isso implica, a capacitação necessária para o pessoal de serviços de saúde e a estrutura necessária para a prestação desses serviços. Não basta fixar “metas indicativas” que o sistema não esteja em condições de conseguir, nem que impliquem demasiados fatores externos para o sistema de saúde ter um impacto claro.

3.5 Fixação de objetivos

Como parte do processo de elaboração do DERP, serão determinados os objetivos para os resultados sanitários. Isso deve ser feito de forma realista, levando em consideração o que se pode observar na prática e avaliar no correr do tempo. Os indicadores de resultados, por sua própria natureza, movem-se lentamente e muitos originam-se de pesquisas periódicas realizadas somente em determinadas épocas. Costuma ser útil fixar objetivos de curto prazo em termos de indicadores de processos (determinantes próximos ou intermediários) que possam ser medidos regularmente para avaliar o avanço alcançado para os objetivos mais importantes. Cumpre também ter em mente o que se pode conseguir à luz da situação atual, dos recursos disponíveis e das políticas adotadas. A fixação de objetivos, tal como a de prioridades, não pode ser feita sem uma apreciação da importância dos determinantes dos resultados sanitários no país e da eficácia das políticas públicas que os afetam.

Por exemplo, suponhamos que a redução da taxa de mortalidade infantil seja um dos objetivos. As intervenções selecionadas poderiam ser metas específicas para visitas pré-natais, identificação de casos de alto risco, inoculações com toxóide tetânica e uma melhor nutrição para mães gestantes em situação de risco. A taxa de mortalidade infantil seria um indicador demasiado geral e lento para avaliar esse trabalho. A fixação de objetivos de curto prazo seria feita em termos de uma flutuação nas variáveis intermediárias para as mulheres objeto do estudo (neste exemplo, seriam fixados os objetivos para visitas pré-natais, proteção com toxóide tetânico, identificação de mães em situação de alto risco e intervenções de nutrição para elas). O monitoramento concentrar-se-ia nas intervenções; a avaliação focalizaria o resultado de uma menor mortalidade infantil, o êxito relativo das intervenções na consecução dos objetivos e as razões pelas quais estas funcionaram ou não funcionaram segundo previsto. O Anexo 3C contém uma breve descrição do uso dos resultados das apurações realizadas na Bolívia para melhorar as intervenções com vistas a reduzir a mortalidade infantil.

3.6 Resumo

Os pontos indicados a seguir resumem brevemente esta seção, bem como a coluna de “Resultados sanitários” da Figura 1:

- Para os resultados decisivos do ciclo de vida, qual é a evidência a ser observada no país, inclusive as diferenças entre os grupos de renda?
- Que tipos de comparadores contribuiriam para fixar objetivos viáveis para melhorar estes resultados? Para outros países com limitações semelhantes mas com diferentes resultados? Comparações entre os pobres e outros grupos dentro do país?
- Quais são as hipóteses sobre o que se pode fazer para modificar os resultados selecionados?
- Quais deveriam ser as prioridades corretas para alcançar estes resultados? Supostamente, as prioridades não serão as mesmas em todas partes, uma vez que as condições variam consideravelmente na maioria dos países.
- Que implicam os objetivos dos resultados para as intervenções e os insumos e que tipo de estatísticas poderiam rastrear o seu progresso?
- De que modo os sistemas poderiam ser organizados ou aperfeiçoados para proporcionar informação regular aos gerentes e executores sobre o progresso alcançado e a eficácia de seus esforços, tanto para as variáveis intermediárias como para os resultados?

4. Compreensão da Deficiência nos Resultados Sanitários : o Papel das Famílias e das Comunidades

4.1 Resultados sanitários : conduta e fatores de risco

4.1.1 Quais são os fatores de comportamento e risco mais importantes?

Partindo da esquerda na Figura 1, há muitos fatores que influenciam *diretamente* os resultados sanitários. Por exemplo, no caso dos resultados da saúde infantil, os fatores incluem a utilização de certos serviços de saúde preventiva e curativa, as práticas de alimentação e higiene, a frequência e o número de nascimentos e o cuidado e estímulo dispensados às crianças.

Há atualmente evidência científica extensa sobre os fatores que contribuem para bons resultados sanitários em saúde infantil, saúde reprodutiva e saúde dos adultos. Por exemplo, conta-se com um conhecimento considerável em matéria de serviços preventivos e curativos que promovem a boa saúde entre crianças menores, boas práticas dietéticas e sanitárias e a importância do estímulo para as crianças pequenas. O complemento das boas intervenções de saúde é a boa informação sobre a capacitação e os recursos requeridos para a prestação de serviços. Há também um conhecimento considerável sobre e como alterar a conduta mediante programas de modificação do comportamento e de comunicação. Os organismos especializados – como a OMS, UNAIDS e UNFPA – contam com amplos recursos nesses campos. As folhas do ciclo de vida constantes do Anexo 3A enunciam o que se sabe sobre as intervenções, o comportamento domiciliar, os fatores de risco, as questões relativas à prestação de serviços e os pontos de política em cada etapa do ciclo de vida, inclusive as questões intersetoriais tão importantes para doenças como a AIDS.

4.1.2 Recompilação de evidências sobre a conduta e fatores de risco

Os fatores que influenciam diretamente os resultados sanitários, como a utilização de serviços de saúde, práticas dietéticas e higiênicas e estilos de vida, não são fixos; pelo contrário, variam amplamente de país a país. Por exemplo, no Chad só 10% das crianças estão imunizadas; na República do Quirguistão, o número eleva-se a quase 70%. Em Uganda, 70% das crianças alimentam-se de leite materno; no Senegal apenas 9%. Os fatores que influenciam os resultados sanitários também variam amplamente no interior dos países, especialmente entre domicílios pobres e não-pobres. Em Burkina Fasso, por exemplo, a probabilidade de as crianças pobres, ao nascer, serem atendidas por uma pessoa com formação médica atinge apenas um terço com relação às crianças de famílias abastadas. Quando sofrem de diarreia, essa probabilidade de serem tratadas com terapia oral de reidratação reduz-se à metade e menos de um terço recebe uma bateria completa de imunizações durante a infância.

A segunda etapa na compreensão da deficiência dos resultados sanitários é medir os fatores que os influenciam diretamente segundo diversos grupos econômicos. As folhas de ciclo de vida constantes do Anexo 3 indicam que se pode fazer isso utilizando pesquisas domiciliares. As folhas também indicam as pesquisas disponíveis para avaliar os níveis e as disparidades entre os grupos. Para muitos dos fatores que influenciam diretamente os resultados sanitários em saúde materno-infantil, dispõe-se de dados discriminados por grupo econômico para 48 países, como se observa nas folhas informativas do Banco Mundial sobre SNP no âmbito da pobreza (Anexo 3B).

4.2 Influências de tipo familiar sobre a conduta e os resultados sanitários

4.2.1 Quais são as influências mais importantes no nível do domicílio?

O passo seguinte é perguntar *por que* os domicílios se encerram em padrões de utilização, práticas dietéticas e higiênicas e estilos de vida particular que não produzem bons resultados sanitários. Parte da resposta encontra-se no domicílio. O propósito de levantar a questão do comportamento domiciliar não é justificar a inação do governo mas, pelo contrário, de ressaltar que a ação pública pode ser mais eficaz quando leva em consideração a conduta e as limitações dos domicílios pobres. No Anexo 4A figura uma análise mais pormenorizada sobre os domicílios e a saúde.

Os domicílios variam quanto aos recursos a seu dispor, inclusive a renda, os bens econômicos e outras posses físicas (tais como terras e animais) que, em conjunto, constituem a sua riqueza. Um dos principais fatores restritivos dos domicílios pobres em épocas de doença ou crise são os baixos níveis de riqueza, especialmente a que facilmente pode ser transformada em dinheiro líquido.

Igualmente importantes são os ativos humanos do domicílio, a saber, o conhecimento, a alfabetização e a educação. Neste sentido, reveste importância especial o conhecimento sobre os temas da saúde. As mães sabem os sinais de uma criança doente, o que devem fazer em casa e quando procurar cuidados médicos? Sabem que serviços estão disponíveis para prevenir e curar as doenças infantis? Os adultos estão informados sobre o HIV/AIDS e como devem proteger a si mesmos e seus parceiros? A falta de conhecimento, especialmente

comum nos domicílios pobres, leva as pessoas a não aproveitarem as oportunidades a seu dispor. Um estudo de caso citado no Anexo 4B, por exemplo, observa que as crianças de bairros pobres da Índia não foram imunizadas, principalmente porque os pais não estavam conscientes dos benefícios da imunização ou dos estabelecimentos que a ofereciam. Esta realidade levou a uma intervenção um pouco diversa da que teria sido planejada neste caso.

O que importa não é apenas o nível global dos recursos do domicílio. Em muitas sociedades, há um desequilíbrio de poder entre o homem e a mulher no domicílio. Às vezes, a mulher tem pouco controle sobre as finanças do lar e menos ainda quando se trata de decidir sobre o uso de anticoncepcionais para evitar a gravidez ou do preservativo para prevenir infecções transmitidas sexualmente. Às vezes a mãe se vê limitada na família quando procura cuidados médicos para si mesma ou para seus filhos. Esta disparidade de poder, que costuma ser mais pronunciada nos domicílios mais pobres e de menor instrução, é um importante fator de risco para a deficiência nos resultados de saúde reprodutiva e na dieta deficiente de muitas mulheres.

4.2.2 Recompilação de provas sobre as influências no nível do domicílio

Uma tarefa é estabelecer, para o país que prepara o DERP, a importância dos fatores de tipo doméstico que influenciam a utilização, por parte do domicílio, dos serviços de saúde, suas práticas dietéticas e higiênicas e seu estilo de vida. Estes fatores não somente incidem no êxito das intervenções, mas possivelmente mereçam ser objeto de intervenções.

O instrumento mais óbvio para este propósito é a pesquisa domiciliar, que proporciona informação sobre diversos determinantes, no nível do domicílio, da conduta, ações e resultados em matéria de saúde e podem ser usados para ressaltar as diferenças entre os grupos. Frequentemente são publicadas estatísticas que apresentam as médias das amostras, mas também as lacunas entre domicílios situados em pontos diversos na distribuição da renda. Portanto, o uso de pesquisas domiciliares nem sempre implica analisar os dados diretos tirados de uma pesquisa e menos ainda iniciar novas pesquisas, o que agora é muito comum. A versão publicada dois Indicadores do Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial oferece dados sobre as desigualdades existentes nos diversos grupos econômicos de renda ou consumo e sobre pobreza de renda para muitos países. Os dados dos domicílios podem ser associados aos dados do censo a fim de produzir mapas de pobreza, úteis para identificar os distritos e bairros povoados pelos grupos de baixa renda.

Em geral, as pesquisas domiciliares contêm informação sobre o nível educacional e de alfabetização dos membros do domicílio. O grau de instrução e a matrícula escolar são mais baixos entre os domicílios mais pobres, embora as disparidades variem de um país a outro. Muitas pesquisas contêm também informação sobre conhecimentos de temas específicos de saúde, por exemplo, sobre pontos relativos a HIV/AIDS. Neste sentido, revestem especial importância os níveis de educação geral e de conhecimento de temas específicos de saúde entre mulheres e meninas. As Pesquisas Demográficas e de Saúde (EDS), bem como os levantamentos sobre conhecimento, atitudes e práticas contêm um acúmulo de informação sobre crenças, conduta e educação formal. Algumas EDS incluem perguntas sobre o controle exercido pela mulher sobre a sua renda e participação nas decisões sobre planejamento da família.

4.3 Influências da comunidade sobre a conduta e os resultados sanitários

4.3.1 Quais são as influências mais importantes no nível da comunidade?

São igualmente importantes as variáveis referentes à comunidade, meio ambiente e infra-estrutura. As variáveis comunitárias enquadram-se com freqüência nas normas culturais e de capital social. As influências ambientais incluem a poluição interior e exterior, prejudicial à saúde. Por exemplo, é mais difícil manter boas práticas sanitárias se as condições de abastecimento de água e saneamento da comunidade forem deficientes. Os problemas respiratórios são comuns nos domicílios mal ventilados, quando se acende fogo para cozinhar e aquecer o ar. A infra-estrutura afeta o acesso aos serviços: chegar ao centro de saúde é muito mais difícil se as estradas estiverem intransitáveis durante a estação das chuvas.

Nestes aspectos, os pobres estão freqüentemente em desvantagem. Tendem a viver em zonas afastadas, onde as estradas se tornam intransitáveis em certas épocas do ano e na periferia das cidades onde não chegam os serviços públicos. Essas pessoas são as que mais provavelmente vivem em zonas sem água encanada, bons sistemas sanitários e estradas asfaltadas.

De fato, a restrição mais aguda para a saúde seria a falta de infra-estrutura, especialmente de transporte. A gestão transetorial para coordenar e dispor investimentos escassos – talvez em estradas como necessidade mais urgente, por exemplo, e serviços de saúde adaptados à disponibilidade de transporte – poderá aumentar o impacto dos investimentos. As estratégias do setor da saúde também devem ser sensíveis às variações ocorridas na infra-estrutura. Os postos de assistência situados a 20 quilômetros de distância uns dos outros em estradas não pavimentadas perdem a utilidade quando se pavimentam as estradas e os ônibus começam a passar em um e outro sentido regularmente durante o dia. As novas vias criam oportunidades para competência, aumento da renda e especialização, o que aumenta a eficácia do sistema de saúde, contanto que este se adapte às circunstâncias.

As comunidades compartilham valores e normas que influenciam de maneira importante a conformação da conduta em matéria de saúde. As comunidades pobres costumam ser tradicionais, de maneira que os valores, as normas e as diferenças culturais são fatores decisivos que incidem em sua saúde. As normas sociais tradicionais impedem com freqüência o acesso da mulher a recursos como aquisição de terras, serviços de extensão, crédito e educação, o que limita sua capacidade de dedicar-se a trabalhos produtivos, a procurar cuidados de saúde e a destinar tempo e energia ao cuidado dos filhos. As intervenções para melhorar a saúde reprodutiva, juntamente com a atribuição de poder à mulher e seu parceiro para controlar a fecundidade, devem harmonizar-se às normas culturais e sociais, mas também ajudam a mulher a romper algumas das barreiras culturais que enfrenta.

Os diversos grupos étnicos têm diversos valores, normas e crenças, freqüentemente acompanhados de dimensões condicionadas pela pobreza e pelo gênero. Por exemplo, a prática da mutilação genital feminina é determinada, em grande parte, pela existência de uma norma cultural. Não obstante, os programas de saúde nem sempre se ajustam convenientemente às diferenças de normas e valores. Nos Andes, por exemplo, algumas populações indígenas pobres crêem que a criança deve nascer no calor humano do lar; daí, é menos provável que utilizem os serviços de maternidade dos hospitais modernos. A resposta das autoridades da saúde têm sido com freqüência ensinar estas mulheres a adotarem práticas

modernas corretas, em vez de trabalhar com elas para conseguir que aceitem melhor a segurança do ambiente moderno.

As influências da comunidade sobre o comportamento domiciliar costumam atuar de forma indireta por meio de *instituições* locais, tais como os serviços comunitários de saúde, mas também por meio de associações cívicas, como clubes juvenis e grupos femininos, que podem mobilizar a ação comunitária para melhorar a saúde e a nutrição. O termo “capital social” é usado às vezes para descrever as normas e redes de contatos que facilitam a ação coletiva, como a organização de um programa comunitário de nutrição. Há três níveis principais do capital social: vínculos com a comunidade (“amizades”), relações entre membros de comunidades *diferentes* (“conhecidos”) e conexões entre as comunidades e as instituições formais (“contatos”). Os pobres – seja por sua condição ou em consequência dela – costumam ter bastante do primeiro, um grau moderado do segundo e muito pouco do terceiro. O desafio para os governos é reforçar os “contatos” do capital social das comunidades pobres, a fim de apoiar e forjar vínculos mais amplos de conhecidos e amizades.

4.3.2 Recompilação de evidências da influência comunitária

É muito simples a medição dos fatores geográficos que criam obstáculos à boa saúde (por exemplo, estradas intransitáveis), da poluição, da qualidade da água e serviços de saneamento e do alcance das instituições comunitárias. As pesquisas comunitárias são um instrumento eficaz neste sentido. O importante é investir recursos na criação deste banco de dados e utilizá-lo para coordenar os investimentos públicos. Menos simples é a medição das atitudes, normas e valores compartilhados. Para gerar idéias importantes a respeito, utilizaram-se grupos de enfoque, consultas e outros exercícios qualitativos, desde a descrição detalhada da maneira complexa como se constroem e se reproduzem as redes até a identificação dos diversos mecanismos que excluem os grupos marginalizados da participação equitativa em instituições formais, como bancos, tribunais de justiça e seguros de saúde. Igualmente úteis são os módulos constantes de questionários sobre domicílios que perguntam a respeito do nível de confiança e outras atitudes ou sobre a natureza e o alcance da participação das pessoas na vida cívica da respectiva comunidade. O Anexo 4C apresenta pormenores relativos ao uso de pesquisas para compreender o comportamento das pessoas em termos de saúde.

4.4 Resumo

Nos pontos seguintes resumiu-se brevemente esta seção e a coluna denominada “Domicílios e comunidades” da Figura 1:

- O que os domicílios pobres estão fazendo agora para melhorar a sua saúde?
- Como as intervenções podem ser orientadas para aumentar a eficácia da ação dos pobres a fim de conseguir os resultados prioritários indicados na Seção 3?
- Que assuntos de nível comunitário devem ser abordados, inclusive os de tipo ambiental, de infra-estrutura e de índole social? Quais são as oportunidades para melhorar os resultados e que alianças seria preciso criar entre os setores para aproveitar estas oportunidades?
- Como mudariam as intervenções à medida que as famílias responderem e mudar a situação ambiental? Como são incorporados o retorno da informação, a criatividade e a discrição no sistema para que este funcione bem?

5. Avaliação do Desempenho do Setor da Saúde: Apoio às Famílias para Melhorar os Resultados Sanitários

5.1 O sistema de saúde e o ciclo de vida

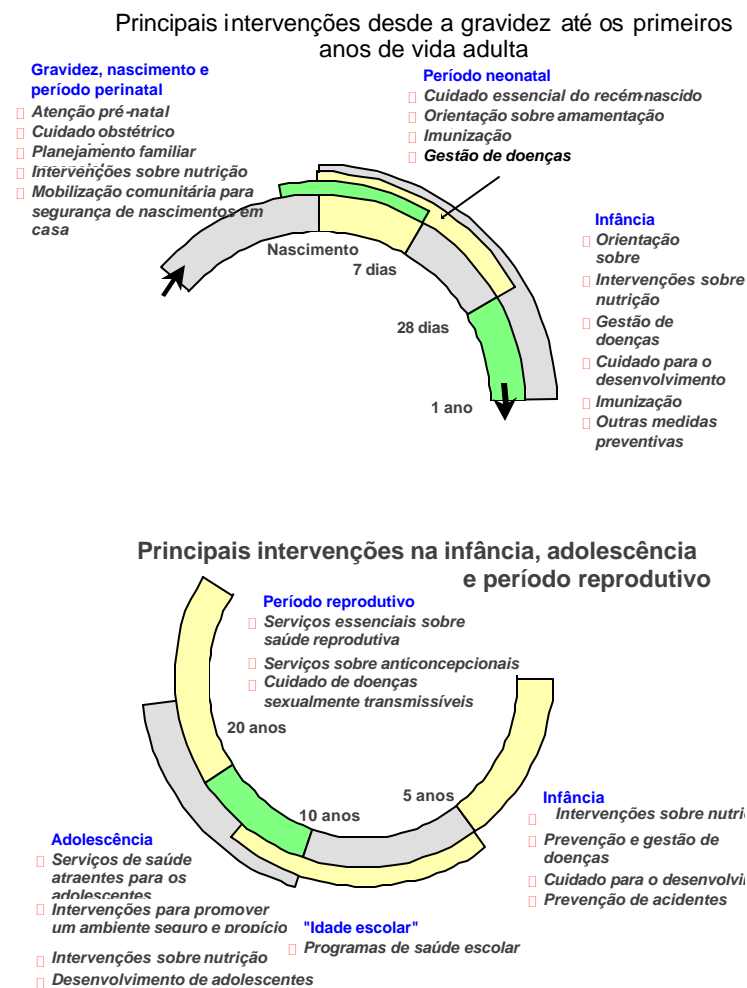
Voltando à Figura 1, comentamos a seleção e a medição dos indicadores para melhorar os resultados sanitários, bem como as influências familiares e comunitárias que tornam as intervenções mais ou menos eficazes. A Figura 3 põe esses elementos no contexto do ciclo da vida. Porém, o que dizer das intervenções como tais e do sistema que as produz?

A Figura 4, abaixo, apresenta as principais intervenções do sistema de saúde desde antes do nascimento até o primeiro ano de vida e até o próximo ciclo reprodutivo para toda uma geração. Trata-se de intervenções que criam os elementos básicos para a melhoria da saúde de toda a população.

Uma análise detalhada da Figura 4 revela o caráter de um sistema de saúde capaz de produzir o que se necessita. Praticamente todas as intervenções ocorrem no nível da comunidade e da clínica, mas também requerem uma infra-estrutura de apoio formada por serviços dirigidos à população, comunicação e divulgação de conhecimentos, saúde escolar e saúde ambiental. Nesta seção, faz-se uma avaliação do desempenho desse sistema.

Poder-se-ia argumentar que o enfoque sobre os elementos da juventude e reprodutivos do ciclo de vida é demasiado estreito, não levando em consideração a prestação de serviços para adultos. Porém, isso não ocorre por duas razões: em primeiro lugar, incluem-se serviços para a população e estes, por sua vez, abrangem serviços de identificação, gestão e contenção de importantes doenças contagiosas, como o HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis que afetam os adultos. Segundo, o enfoque nesta parte do sistema de saúde é compatível com a necessidade de estabelecer prioridades. Um sistema que produza os serviços descritos na Figura 4 tipicamente requer um firme compromisso público para torná-lo realidade – porém sem chegar a ser um monopólio estatal de prestação de serviços. Se esta parte do sistema for eficaz, é quase certo que as outras partes dirigidas aos adultos que sofrem doenças graves também funcionarão bem. Porém, o mesmo não ocorre no caso inverso: os serviços de cuidados de adultos com doenças graves que funcionem bem não se traduzem necessariamente em bons serviços de saúde reprodutiva e saúde infantil, especialmente no caso dos pobres. Em hipótese alguma, as questões correspondentes no nível de sistema aqui abordadas se aplicam a todo o sistema.

Figura 4: Principais Intervenções Desde a Gravidez Até os Primeiros Anos de Vida Adulta



5.2 Avaliação do desempenho do sistema de saúde

Esta seção oferece um contexto para avaliar o grau em que as intervenções prioritárias em matéria de saúde, nutrição e saúde reprodutiva realmente atingem e beneficiam os pobres, bem como os fatores que influenciam o seu desempenho. As intervenções incluem o uso de suplementos de micronutrientes, Gestão Integrada da Saúde Infantil, Programa Ampliado de Imunização (PAI), planejamento da família, Maternidade Segura, prevenção e gestão de casos de malária, gestão de casos de tuberculose, prevenção do HIV e cuidados básicos e promoção da nutrição em nível comunitário.

5.2.1 A prestação de serviços de saúde e os pobres

Quando o nível de utilização for baixo apesar de haver bom acesso aos serviços, as razões costumam ser muito óbvias: há graves falhas na prestação de serviços. Uma vez, porém, resolvidos alguns dos problemas óbvios, torna-se necessário examinar os dados das pesquisas

ou fazer entrevistas para identificar e modificar as práticas a fim de estender eficazmente os benefícios às populações pobres. Como se ressaltou nas seções anteriores, o uso e a eficácia das intervenções ou serviços não podem ser avaliados somente do ponto de vista dos serviços, mas também é necessário levar em conta o comportamento da demanda, as condições do mercado e as percepções dos usuários.

Esta seção focaliza a prestação dos serviços de saúde, mas há também outras atividades importantes em matéria de saúde que dependem criticamente das interações com os clientes. As intervenções de promoção da saúde, tais como as unidades de educação da saúde dos Ministérios da Saúde e os componentes de Informação, Educação e Comunicação (IEC) dos projetos, nem sempre são formuladas e implementadas de modo eficaz. As mensagens foram testadas previamente e dirigidas eficazmente para os pobres? Foram identificados os canais mais eficazes para levar as mensagens aos pobres (pessoas da mesma condição, dirigentes tradicionais, prestadores de serviços de saúde, escolas, meios de comunicação)? Conseguiu-se estabelecer parcerias com entidades caritativas e prestadores de serviços do setor privado para levar a cabo essas atividades? Com outras palavras, as mesmas perguntas referentes ao uso, eficácia e orientação para os clientes aplicam-se às intervenções dirigidas à população, cujo impacto é determinado pela interação bem-sucedida com os clientes.

Estes fatores atuam alterando a utilização dos serviços de saúde ou influenciando diretamente os resultados quando se usam os serviços. Indicam-se, a seguir, alguns dos principais elementos do desempenho do sistema de saúde no aumento da utilização por parte dos pobres:

- **Acessibilidade física:** Realizam-se atividades de promoção da saúde ou elas estão disponíveis em proximidade suficiente aos pobres para que possam aproveitá-las? Embora geralmente se responda a esta pergunta medindo o tamanho da área coberta pelos serviços de saúde (por exemplo, a percentagem de população que reside a menos de 5 ou 10 km de uma instalação de saúde), há muitos outros fatores a serem levados em conta. Os domicílios pobres tendem a assentar-se na periferia da área. Se não houver estradas, o fato de viverem a uma distância relativamente curta nem sempre é uma indicação de fácil acesso. Na África e em muitos outros lugares, também reveste importância a consideração sazonal do acesso físico.
- **Disponibilidade de insumos essenciais:** Às vezes há fácil acesso geográfico aos serviços, mas os insumos essenciais – como medicamentos, vacinas, anticoncepcionais, micronutrientes ou até mesmo pessoal capacitado – nem sempre estão disponíveis ou o fornecimento é escasso em certas ocasiões. Há disponibilidade de recursos essenciais para os pobres?
- **Qualidade organizacional:** Em alguns casos, os pacientes não utilizam os serviços de saúde devido à maneira como estão organizados. As características importantes neste sentido são os horários de atendimento e a disponibilidade de atendimento de pacientes, o tempo de espera para ser atendido pelo pessoal médico e o gênero dos prestadores de serviços de saúde. Outros fatores influenciam a maneira como o usuário percebe a qualidade do serviço, tais como a falta de cortesia por parte do pessoal que atende, o condicionamento da disponibilidade do serviço ao pagamento de comissões por baixo do pano, a insensibilidade perante diferenças culturais e a atenção preferencial dispensada a clientes de melhor condição socioeconômica. Em resumo, as atividades de saúde estão organizadas de modo a serem razoavelmente acolhedoras para os clientes pobres?
- **Superação de barreiras domésticas que impedem o uso:** O setor presta serviços relevantes às doenças que afetam os pobres? Oferece níveis de intervenção sanitária, tais

como serviço de ambulatório, hospitalização diurna, imunização, visitas domiciliares, promoção da nutrição, campanhas informativas e sessões de educação sobre saúde, que estejam especialmente orientados para as necessidades dos grupos socioeconômicos mais pobres? O volume de serviços está comensurado às necessidades existentes? De modo geral, os pobres terão mais necessidade de atividades – como serviços de extensão – do que as pessoas mais abastadas para superar as barreiras ambientais, de infra-estrutura e culturais mencionadas na seção anterior.

- **Oportunidade e continuidade:** Certos serviços de saúde – como obstetrícia e cirurgia de emergência mas também medidas de controle epidêmico – devem ser prestados de modo oportuno. Para outros serviços, como a conclusão do tratamento contra a tuberculose ou imunizações, a continuidade é um elemento determinante da eficácia e da melhoria dos resultados. Os pobres dispõem do benefício de serviços oportunos e contínuos?
- **Qualidade técnica:** Se os serviços não forem de boa qualidade técnica, seja pela categoria dos insumos ou pela competência do fornecedor, não é provável que os resultados sanitários melhorem, apesar da boa utilização e da oportunidade adequada. Os serviços prestados aos pobres são de qualidade técnica inferior aos oferecidos à população mais abastada? Todos têm alcance a um serviço básico de qualidade razoável?
- **Responsabilidade social:** Embora seja certo que foram desenvolvidos mecanismos para permitir a participação do usuário nas decisões adotadas nos estabelecimentos de saúde, de modo geral esses mecanismos estão longe de serem perfeitos e raramente se ouve a voz do cliente mais necessitado. Até que ponto os sistemas de saúde e os prestadores de serviços assumem responsabilidade perante os clientes e as comunidades e, em particular, perante os clientes pobres?

O Quadro 2 resume estes pontos e oferece um contexto de diagnóstico e ação. Pode-se avaliar o desempenho do setor da saúde analisando os fatores comensuráveis que influenciam a interação do setor com seus clientes (ver coluna 1). Voltando à Figura 1, esta é a interface entre a coluna de “domicílios e comunidades” e a de “Sistema de saúde e setores conexos”. Estes determinantes atuam alterando a utilização dos serviços de saúde ou influenciando diretamente os resultados quando se usam os serviços (por exemplo, oportunidade e continuidade). As filas 1 a 7 do Quadro 2 resumem os elementos constantes do quadro “Financiamento da saúde”. Na coluna 2 do Quadro 2 apresentam-se exemplos de problemas associados com cada uma destas características. A coluna 3 mostra os instrumentos de que se dispõe para fazer modificações que melhorem o desempenho.

Os países poderiam aplicar este exercício para identificar os principais obstáculos para melhorar o desempenho na prestação de serviços essenciais aos pobres e depois focalizar os determinantes mais problemáticos. Mas, em vez de visar a um estudo exaustivo, o maior benefício deste instrumento seria usá-lo para descobrir os níveis em que ocorrem os problemas mais importantes. Também se pode fazer uma lista de verificação para monitorar as melhorias no desempenho do sistema. O que deve emanar desta análise é um conjunto bem ordenado por prioridades de ações viáveis e enquadradas cronologicamente, com custos conhecidos, para as quais haja recursos financeiros suficientes. Além disso, deve-se manter a compatibilidade entre estas intervenções no nível de sistema e os diagnósticos/objetivos analisados anteriormente nas Seções 3 e 4. Comumente, os problemas surgem na etapa de implementação, porque se procura fazer demais em vez de menos.

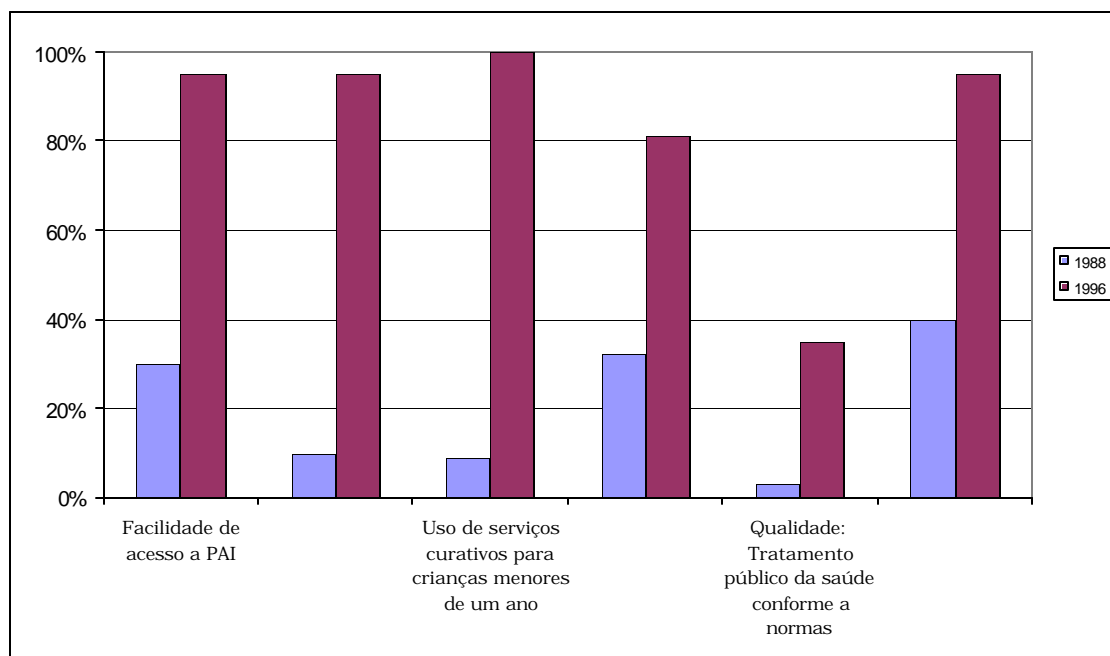
Quadro 2: Relação entre o Desempenho e as Dimensões Estruturais do Setor da Saúde

	1. Determinantes principais do desempenho do setor	2. Exemplos da natureza do problema identificado	3. Instrumentos disponíveis para modificar cada característica (ver uma explicação na Seção 6)
1.	Facilidade de acesso físico	Acesso insuficiente a serviços clínicos, a atividades comunitárias	<ul style="list-style-type: none"> • Combinação de instrumentos públicos, privados e não-públicos • Planos básicos de saúde • Recursos humanos
2.	Disponibilidade de insumos essenciais	Escassez de remédios, vacinas e pessoal capacitado	<ul style="list-style-type: none"> • Produtos farmacêuticos • Recursos humanos • Custódia de bens
3.	Qualidade da organização	Horários de atenção inconvenientes, falta de atenção privada	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos • Participação comunitária e da sociedade civil
4.	Superação de barreiras familiares que impedem o uso	Preços formais e informais altos, elevado custo de serviços auxiliares, qualidade percebida como deficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Combinação de instrumentos públicos, privados e não-públicos • Planos básicos • Produtos farmacêuticos • Contratação e aquisição • Custódia de bens
5.	Oportunidade e continuidade	Vínculos frágeis com estruturas comunitárias; supervisão deficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Participação comunitária e da sociedade civil • Contratação e aquisição
6.	Qualidade técnica	Serviços ineficazes por falta de cumprimento de normas de tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação e aquisição • Produtos farmacêuticos • Recursos humanos • Custódia de bens
7.	Responsabilidade social	Ausência da voz dos pobres na prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Participação comunitária e da sociedade civil
8.	Eficiência distributiva	Financiamento insuficiente de serviços clínicos eficientes em termos de custo e intervenções dirigidas à população	<ul style="list-style-type: none"> • Planos básicos de saúde • Contratação e aquisição • Custódia de bens • Concentração de riscos
9.	Igualdade nos gastos	Baixo nível de recursos canalizados para os pobres em comparação com outros grupos	<ul style="list-style-type: none"> • Planos básicos de saúde • Contratação e aquisição • Custódia de bens
10.	Capacidade de pagar os serviços	Quintil de renda mais baixa incapaz de pagar os direitos de usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Arrecadação de receitas • Planos básicos de saúde • Concentração de riscos • Custódia de bens

Alguns países têm procurado orientar a reforma do setor da saúde para um melhor serviço aos pobres. Utilizam uma matriz de desempenho do setor da saúde semelhante à do Quadro 2, como ponto de partida para definir as ações prioritárias. Em Benin, por exemplo, as reformas do sistema de saúde implantadas em 1989 assentaram as bases para uma tendência positiva na maioria dos indicadores da saúde. A mortalidade infantil caiu de 114 por mil em 1987 a 88 por mil em 1996, superando a registrada nos países vizinhos com níveis comparáveis de

consumo doméstico. Considerou-se que a análise regular do desempenho do setor para melhorar os determinantes fundamentais dos resultados sanitários era um elemento essencial de um “círculo virtuoso de execução” neste país (ver Figura 5, abaixo). Este contexto foi aplicado de forma semelhante na Guiné e no Mali, entre outros lugares. O Anexo 5A contém detalhes sobre uma avaliação do desempenho do setor da saúde.

Figura 5: Evolução dos Determinantes de Desempenho do Setor da Saúde, República de Benin, 1988-1996



5.2.2 O financiamento da saúde e os pobres

Há três perguntas essenciais sobre a maneira como o setor da saúde canaliza os recursos para os pobres:

- Produz o máximo benefício de saúde para os pobres a um nível determinado de despesa (eficiência distributiva)?
- Os pobres beneficiam-se mais ou menos que os ricos segundo a despesa atual (igualdade ou caráter progressivo da despesa)?
- Os pobres beneficiam-se dos mecanismos de proteção contra riscos (capacidade para custear a despesa)?

Eficiência distributiva: Um método típico para avaliar se o setor da saúde está distribuindo os recursos de maneira eficiente é determinar se se prefere realizar intervenções de baixo custo, impacto elevado e dirigidas à população e se estão sendo tomadas medidas para que essas intervenções beneficiem os grupos mais pobres. Este critério, propugnado pelo Banco Mundial em seu *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial: Investir em saúde*, de 1993, dá ênfase à despesa pública em intervenções e serviços de baixo custo e grande impacto (e ao mesmo tempo toma partido contra o uso de intervenções de custo elevado e baixo impacto). A despesa governamental é alocada a atividades de saúde pública, como informação sobre saúde pública e imunização, ou para gerar demanda de importantes serviços preventivos,

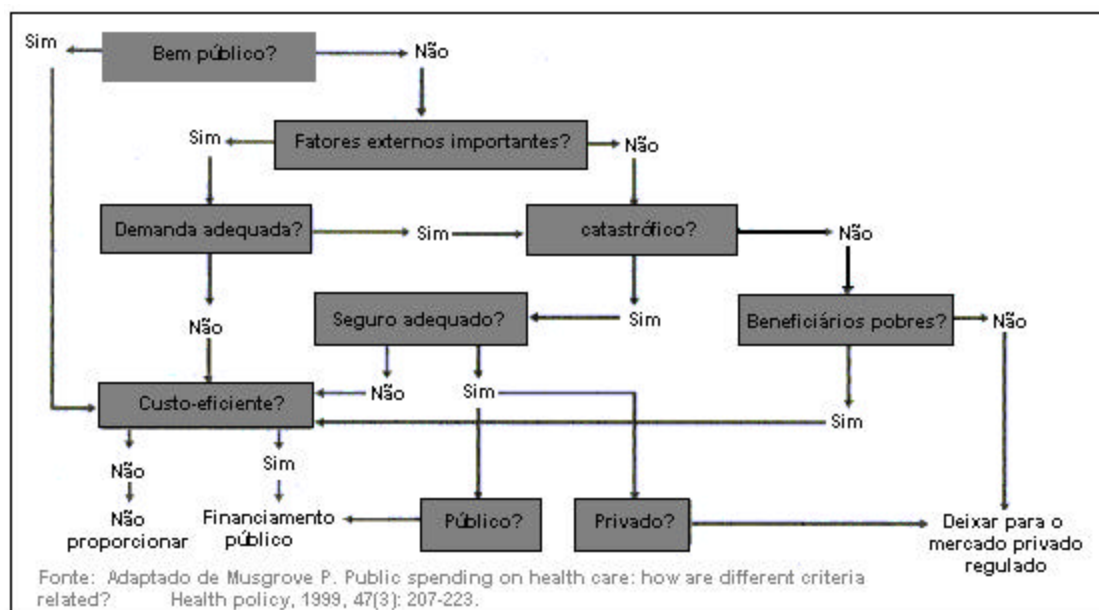
como atenção pré-natal e planejamento familiar? Apóiam-se outras intervenções, eficientes em termos de custo que sejam aptas para enfrentar o peso das doenças dos pobres mediante despesa, mandato público ou custódia de bens? Na maior parte, um sistema que facilite uma eficiente alocação de recursos tende a favorecer mais os pobres do que um sistema que não o faça. No entanto, há compensações a serem feitas para conseguir maior igualdade nos resultados, porque a melhoria dos resultados dos pobres pode requerer o uso de recursos atualmente gastos em outros grupos.

Os gastos que os pobres pagam do próprio bolso são canalizados para serviços de baixo custo e criticamente necessários? Trata-se de questão vital nos países mais pobres, em que a despesa privada costuma igualar ou superar a despesa pública.

Caráter progressivo ou igualdade das despesas: Embora as alocações orçamentárias sejam adequadas, devido a que os pobres têm pouco acesso a essas atividades, os grupos mais abastados beneficiam-se mais dos recursos. A despesa pública em saúde chega aos pobres? Para avaliar a despesa pública em saúde para o DERP, é essencial fazer uma análise de incidência de benefícios.

Capacidade para custear a despesa: Embora um governo possa alocar somas consideráveis para custear serviços essenciais, estes talvez não sejam plenamente utilizados em virtude do efeito dissuasivo de pagamentos compartilhados ou de taxas de usuário mal concebidos ou mal aplicados. Às vezes não se aplicam ou não se fazem cumprir as disposições estabelecidas para assegurar que os pobres possam pagar os serviços, como por exemplo eximindo-os do pagamento do serviço ou de remédios. As pesquisas feitas para verificar a disposição de pagamento costumam avaliar inadequadamente a capacidade de custear o serviço porque: a) fazem perguntas destinadas a provocar a resposta desejada (por exemplo, “você pagaria mais por um serviço de melhor qualidade?”); ou b) as pesquisas são feitas entre os pacientes e não entre a população em geral. Os pobres podem custear as contribuições do usuário (taxas de usuário, pagamentos compartilhados, somas dedutíveis, prêmios, etc.)? Que proporção de pobres se beneficia de planos de compartilhamento de riscos ou de pagamentos prévios? Que proporção se beneficia de planos de isenção de taxas? Os recursos existentes são suficientes para proteger os pobres do custo de doenças catastróficas que os deixariam na miséria absoluta?

Figura 6: Perguntas a Fazer para Decidir as Intervenções a Serem Financiadas por Meio do Orçamento Público



A Figura 6, da autoria de Philip Musgrove, é uma árvore de decisão em que se resume esta subsecção sobre finanças. Começa com a questão mais transcendental da eficiência distributiva perguntando se a despesa proposta se destina a bens públicos e a serviços em geral dirigidos à população. Se a resposta for positiva, o passo seguinte é catalogar essa despesa em termos de custo-eficiência – ou melhor ainda, segundo uma análise de custo-benefício – para decidir que despesas serão financiadas. Se as despesas propostas não atenderem aos critérios do bem público, a árvore pergunta se há importantes fatores externos envolvidos, se foi levado em consideração o risco de custos catastróficos e se os beneficiários propostos são pobres. Assim, a eficiência distributiva, o risco, a igualdade e a eficiência do custo interagem para determinar as decisões de financiamento público da saúde. Há princípios econômicos que regem cada ponto de decisão, mas é preciso ponderar muitos outros fatores para determinar como se deverá proceder, de maneira que os resultados variem de um país a outro.

No Anexo 5B figura um esquema para uma revisão da despesa em saúde. O Anexo 5C inclui um conjunto de planilhas preparadas para transformar um orçamento administrativo num orçamento por programas e um exemplo de relatório sobre despesa pública procedente da Tanzânia. Esta ferramenta pode ser usada tanto em saúde como em educação. O Anexo 5D contém um contexto em forma de planilha que serve para analisar a carga da doença e a eficiência do custo vinculada à despesa pública. É complexo e bastante complicado de aplicar. O Anexo 5E oferece orientação sobre a análise de incidência-benefícios.

5.2.3 Desempenho de serviços não relacionados com a saúde:

As intervenções que se realizam em outros setores não relacionados com a saúde influenciam de modo significativo os resultados sanitários para os pobres. Entre elas figuram: educação básica, especialmente para meninas; políticas e programas alimentícios e agrários;

abastecimento de água e saneamento; cuidados e desenvolvimento da primeira infância; e crédito para microempresas. Também é provável que variem a facilidade de acesso, a qualidade técnica e a utilização desses serviços por parte dos pobres. Nos capítulos pertinentes do conjunto geral de recursos para o DERP oferecem-se sugestões para avaliar essas intervenções. Quando a coordenação intersetorial for particularmente benéfica, talvez convenha fazer avaliações conjuntas, por exemplo, combinando o abastecimento de água potável com a educação em saúde, fortalecendo os programas de saúde escolar, coordenando os investimentos em saúde com outros investimentos em infra-estrutura e as atividades de avaliação com pesquisas domiciliares para fins múltiplos.

5.3 Resumo

Nos pontos seguintes resumem-se brevemente esta seção e a coluna sobre “Sistemas de saúde e setores conexos” da Figura 1:

- Em que grau a interface entre o sistema de saúde e os clientes pobres é favorável aos pobres – real ou potencialmente pobres? É preciso investigar esta interface para determinar quais são os serviços, ações de informação pública, atividades de modificação da conduta e intervenções que abrange.
- Que características específicas desta interface necessitam a maior atenção? Se essas características sofrerem modificação, contribuiriam para o sistema alcançar os objetivos selecionados nas seções 2 e 3 deste capítulo?
- As mudanças propostas são viáveis? Fariam diferença no terreno e como seriam custeadas?
- Como se poderia monitorar a aplicação dessas mudanças?
- Como se desempenha o financiamento do setor da saúde com relação aos critérios de eficiência e igualdade? Que modificações poderiam ser introduzidas?
- Há coordenação ativa entre o setor da saúde e os outros setores que fornecem insumos importantes para a boa saúde dos domicílios?

6. A Interface entre o Governo e o Sistema de Saúde

Nesta seção faz-se um exame dos instrumentos de que dispõem os governos e que afetam o sistema de prestação de serviços – a interface entre as duas colunas da direita na Figura 1: “Sistema de saúde e setores conexos” e “Políticas e ações públicas”. A premissa desta seção é que o sistema de saúde é constituído por uma combinação de fornecedores públicos, privados e caritativos e uma mistura de financiamento público e privado. A questão é saber quais alavancas de políticas estão disponíveis e como podem ser usadas para melhorar o desempenho do sistema em benefício dos pobres. Esta análise também oferece orientação sobre as breves anotações que figuram na terceira coluna do Quadro 2.

6.1 Prestação de serviços da saúde

Planos básicos de saúde: Muitos países desenvolvidos e de receitas médias organizaram “planos básicos”, que consistem em intervenções de saúde oferecidas no nível de aldeia (posto de saúde), comunidade (centro de saúde) e distrito (hospital do distrito). Estes planos levam em conta, de um modo eficiente em termos de custo, as necessidades das camadas mais pobres da população e representam atividades prioritárias para o financiamento público. Há planos específicos para grupos pobres que estejam em condições de suportar o peso das

doenças dos pobres (especialmente as contagiosas e o cuidado materno-infantil)? Esses planos incluem atividades de base comunitária, como apoio para práticas de cuidados e promoção da nutrição? Se houver recursos disponíveis, o plano para os pobres inclui serviços essenciais de referência hospitalar? A responsabilidade em cada nível de serviços está vinculada a mapas de pobreza para facilitar o enfoque geográfico?

Combinação de fornecedores públicos, privados e não-governamentais: A combinação de fornecedores – públicos, privados e não-governamentais (ou caritativos) – e as suas respectivas políticas influenciam o desempenho do setor para os pobres, os quais podem usar serviços privados, tradicionais ou caritativos tanto ou mais que os serviços públicos. A atual combinação de fornecedores públicos, privados e não-governamentais é eficaz para chegar aos pobres? Há uma boa coordenação ou cooperação entre os diversos tipos de fornecedores e os pobres se beneficiariam se melhorasse a coordenação? Há algo que se possa fazer para melhorar a eficácia do que devem gastar os pobres de seu próprio bolso, como, por exemplo, leis sobre medicamentos genéricos, campanhas de informação pública sobre modalidades eficazes de despesa, concentração de recursos e riscos por meio de fundos de seguro, e uso de normas de serviço mínimo como critérios de aceitabilidade para que os fornecedores se beneficiem do financiamento público?

Contratação e aquisição: Um aspecto específico da combinação de fornecedores públicos, privados e não-governamentais diz respeito à contratação. Não obstante, pouco é o que se sabe até agora sobre os efeitos da contratação de fornecedores de serviços de saúde, apoio ou gestão sobre a equidade e sobre os pobres. Seria uma boa idéia os autores dos diversos capítulos do DERP avaliarem a medida em que se está usando atualmente a contratação no setor da saúde e se estes contratos incluem cláusulas expressas de atendimento aos pobres ou incentivos para melhorar os serviços em favor deles. Há mecanismos atuais de contratação que possam ser ampliados ou modificados para atender melhor às populações pobres, por exemplo, contratar mais ONGs para prestarem serviços aos mais necessitados? Outros prestadores de serviços poderiam ser incorporados no processo do DERP, a fim de explorar opções para um uso mais eficaz de contratos, destacamento de funcionários, sistemas logísticos compartilhados e subsídios estatais para melhorar a prestação de serviços aos pobres.

Descentralização: O fato de a descentralização levar ou não a uma melhoria de serviço aos pobres pode depender da formulação e implementação do processo de descentralização. Ao avaliar o impacto da descentralização sobre os serviços de saúde para os mais necessitados, seria uma boa idéia que os autores do DERP considerem as seguintes perguntas: as autoridades locais podem arrecadar as próprias receitas de modo progressivo? A alocação nacional de recursos leva em conta o nível de pobreza e o peso da doença em diversas subdivisões geográficas ou políticas? Há mecanismos de subvenção recíproca entre as áreas mais ricas e as mais pobres? Nos níveis distrital e municipal são suficientes os recursos alocados aos serviços prioritários que beneficiam os pobres? Os pobres – incluindo as mulheres – podem opinar a respeito das decisões locais sobre destinação de recursos? O pessoal sanitário do distrito é suficientemente competente para planejar e executar intervenções prioritárias de saúde para os pobres?

Estruturas de participação responsável para os pobres: Há várias avenidas possíveis para que os mais necessitados participem e expressem as suas opiniões. A primeira é a gestão direta de serviços clínicos locais por meio de centros comunitários de saúde ou fundos rotativos de medicamentos, como comprova a experiência da Iniciativa de Bamako. Uma segunda avenida é a mobilização de comunidades para realizar atividades de promoção da

saúde, seja para prevenção da malária ou para um melhor abastecimento de água. Terceiro, os pobres poderiam monitorar o desempenho do sistema de saúde, seja dos próprios serviços ou dos fornecedores. Os autores dos capítulos podem examinar se, na percepção dos pobres, eles se sentem ou não representados pelas estruturas locais; o grau em que as estruturas locais de participação respeitam as tradições locais; a medida em que participam as mulheres; e se as comunidades recebem apoio suficiente para organizar e manter as suas atividades.

6.2 Mercados de insumos

Produtos farmacêuticos: A disponibilidade de medicamentos afeta a qualidade clínica dos serviços de saúde, os custos e a percepção dos clientes. As dificuldades de aquisição, o elevado custo do apoio à fabricação local de produtos farmacêuticos e a corrupção obrigam muitos países pobres a pagar várias vezes mais o valor de medicamentos, vacinas e anticoncepcionais do que pagariam se a aquisição fosse feita mediante licitação internacional. A prescrição excessiva de medicamentos e a gestão deficiente de estoques de medicamentos e vacinas são causas de desperdício, como também o é o inadequada manutenção de equipamentos e veículos. Entre os aspectos principais a serem avaliados figuram a seleção, aquisição, distribuição, preço e qualidade dos produtos. Há uma lista de medicamentos essenciais elaborada segundo as necessidades de saúde dos pobres? É apoiada por uma campanha de comunicação para clientes e vendedores locais de medicamentos? Poderia aumentar o seu impacto benéfico sobre os medicamentos distribuídos pelas empresas farmacêuticas privadas? Utiliza-se o marketing social como ferramenta para melhorar a qualidade e a disponibilidade de medicamentos essenciais e de provisões para planejamento da família no setor privado? Os procedimentos de aquisição pública baseiam-se numa lista de medicamentos, suprimentos e equipamentos essenciais, em licitações ou na transparência? Os sistemas logísticos utilizam os serviços competitivos privados ou das ONGs? É oneroso distribuir medicamentos a áreas em que residem populações pobres e foram tomadas medidas para compensar o custo? O padrão de uso de medicamentos entre os pobres é menos eficaz do que entre outras camadas da população e se está tomando alguma medida para melhorar essa situação?

Desenvolvimento e gestão de recursos humanos: A qualidade, distribuição e capacidade de reação do pessoal de saúde influenciam a disponibilidade e qualidade das intervenções e o acesso dos pobres às mesmas. Os pontos a serem examinados incluem: número total e distribuição de diversos tipos de fornecedores (por área geográfica e nível de cuidado); capacidade do sistema para reter pessoal treinado; qualidade da educação e aptidões (tanto as aptidões técnicas como a sensibilidade ao cliente); e incentivos fundamentais para o desempenho dos fornecedores, especialmente quando se trata de clientes pobres. As normas da administração pública nacional reforçam a eficácia dos recursos humanos no setor da saúde e como poderiam melhorar?

6.3 Custódia pública do setor da saúde

Uma responsabilidade essencial do governo num sistema misto é exercer uma supervisão eficaz ou “custódia”. A custódia torna-se mais importante quando os governos passam da prestação direta de serviços para uma função regida por normas; intervenções dirigidas à comunidade; financiamento; regulamentação de entidades fornecedoras e seguradoras; e condução do sistema e sua forma de atuar mediante a pesquisa, fornecimento de informação, atividades de melhoria da qualidade e uso prudente dos subsídios financeiros.

- **Regulamentação:** Este aspecto abrange a criação e aplicação de leis adequadas para reger a ação dos setores público e privado. O governo monitora a qualidade e o preço dos medicamentos? Empreende alguma ação para melhorar a situação dos pobres? Há leis que apóiem a participação da sociedade civil e a comunidade em matéria de saúde? Há regulamentos e mecanismos de supervisão do trabalho dos fornecedores que melhorem a qualidade e a eficácia do serviço, contribuindo ao mesmo tempo para reduzir os custos para os pobres?
- **Coordenação:** É essencial que os Ministérios da Saúde coordenem as atividades filantrópicas de doadores externos, que coordenem a ação no âmbito do governo em diversos setores e que estabeleçam contextos normativos e instituições que se encarreguem da coordenação no âmbito nacional com as diversas entidades participantes do setor da saúde. A coordenação requer contar com políticas bem definidas, liderança e mecanismos institucionais. O capítulo respectivo do DERP poderia contribuir para identificar: a) prioridades e obstáculos a uma melhor coordenação com os doadores; b) intervenções mediante as quais uma melhor coordenação intersetorial daria lugar a melhores resultados sanitários para os pobres (como saúde escolar ou a combinação de abastecimento de água potável com educação para melhorar as práticas de higiene); e (c) opções para ampliar as atividades públicas mediante alianças, contribuições para o financiamento comunitário e incentivos a fim de aumentar o impacto dos serviços que as pessoas pagam do próprio bolso.
- **Monitoramento e avaliação:** Não há nada que substitua a despesa de fundos públicos para compreender o que ocorre no sistema de saúde e como funciona com relação às metas e às capacidades. Com que eficácia o sistema de saúde observa e avalia o seu próprio desempenho, especialmente no tocante aos pobres? O monitoramento permite a discriminação por renda, por área geográfica ou por outros indicadores socioeconômicos que meçam a pobreza? A informação necessária é colhida, analisada e usada para influenciar as decisões? Os aspectos gerenciais dos serviços públicos são bem monitorados? Internamente, o sistema público usa os contratos por tarefa, as normas de serviço e os simples planos de implementação para gerenciar e monitorar o progresso alcançado no sentido das metas estabelecidas?

6.4 Financiamento e concentração de riscos

Esta seção examina instrumentos para melhorar: a) a geração eqüitativa de recursos; b) a concentração de recursos para compartilhar os riscos entre os pobres e os não-pobres e entre os sadios e os doentes; e c) a “aquisição” de serviços favoráveis aos pobres.

6.4.1 Arrecadação de receitas e equanimidade

O financiamento do setor da saúde provém das seguintes fontes: receitas gerais, gasto direto das pessoas e planos de seguro (financiados mediante tributação ou de forma privada). Do ponto de vista da pobreza, as questões e perguntas importantes para a saúde são, entre outras, as seguintes:

- **Sustentabilidade financeira:** O nível geral de recursos alocados ao setor é suficiente para assegurar a prestação dos serviços mais essenciais aos pobres? Foram destinados recursos para continuar implementando o pacote escolhido de intervenções? Em caso negativo, foram determinadas as prioridades para reduzir esse pacote de intervenções a fim de ajustá-lo às limitações? A sustentabilidade não significa acesso ilimitado aos recursos, mas adotar decisões difíceis para que um sistema que funcione bem preste serviços da

mais alta qualidade de forma duradoura.

- **Caráter progressivo das contribuições:** Há mecanismos de financiamento da saúde – mediante tributação geral, pagamentos prévios, prêmios de seguro ou outras taxas de usuário – cujas contribuições sejam proporcionais às receitas ou progressivas (favoráveis aos pobres)? Quanto aos benefícios, a pergunta é simples: os benefícios são progressivos? A estrutura de subvenções estatais gerais para os seguros é progressiva? Nos países membros da OCDE, os pagamentos que as pessoas fazem do próprio bolso são regressivos, ou seja, os pobres pagam uma fração maior da sua renda do que as pessoas mais abastadas. Há menos evidência disponível sobre o caráter progressivo dos pagamentos que as pessoas fazem do próprio bolso nos países de receitas baixas e médias. Em alguns países, como na China, os pagamentos são aparentemente regressivos, ao passo que em outros, como no Egito e em Zâmbia, na realidade parecem ser progressivos. Depende dos padrões de uso dos domicílios, da forma como estão estruturados e das opções disponíveis aos pobres.
- **Mecanismos de pagamento prévio:** Ao contrário das taxas de usuário, o pagamento prévio permite reduzir a carga financeira representada pela doença. Este tipo de proteção costuma ser especialmente importante para a população de baixa renda. Vários países de baixa renda começaram a testar tais planos, seja para os empregados de alguns setores ou no âmbito da comunidade (como fundos mútuos). Se houver planos de pagamento prévio, permitem que os pobres usem mais os serviços quando precisam de ajuda? Se não houver, há campo para desenvolvê-los no âmbito das atuais estruturas, por exemplo, sob a forma de sistemas de crédito rural, cooperativas agrícolas, associações de irrigação, associações de mães e outros agrupamentos cooperativos? Os custos administrativos são baixos, de modo que a maior parte dos recursos seja realmente aplicada aos serviços médicos?
- **Gestão responsável de receitas recebidas:** Quando se cobram taxas no setor público, é preciso estabelecer uma gestão compartilhada dos serviços envolvendo a comunidade e os usuários. Estudos realizados no Níger e em Camarões demonstraram que a introdução de contribuições dos usuários pode aumentar o impacto dos serviços sobre a equidade geral, se estes começarem a funcionar melhor quando os fundos forem reinvestidos em melhorias da qualidade de atividades favoráveis aos pobres e forem administrados pela comunidade.

Há vários instrumentos para avaliar a igualdade, a sustentabilidade e a responsabilidade do financiamento da saúde, como, por exemplo, pesquisas domiciliares e no serviço, análise da despesa pública e técnicas mais complexas, como a análise da incidência de benefícios, disponível nos anexos da seção 5.

6.4.2 Concentração de riscos

Outro ponto chave é determinar se os mecanismos de pagamento prévio e de seguro, quando combinados com subsídios públicos, conseguem criar um fundo comum para pessoas pobres e não-pobres, contrabalançando assim o maior risco de saúde para os pobres com o menor risco para as pessoas mais abastadas.

Freqüentemente os planos de concentração de riscos são intencionalmente divididos em vários segmentos, a fim de evitar os subsídios recíprocos, mas uma questão importante para os governos que procuram oferecer acesso universal a serviços básicos e conseguir a separação entre financiamento e prestação de serviços é o modo como esses mecanismos de concentração de riscos podem facilitar a inclusão de todos os grupos de renda. De modo geral, para alcançar esta meta é preciso recorrer a incentivos, subsídios e coação. Quais são os

mecanismos atuais e potenciais para concentrar as receitas procedentes de diversos grupos socioeconômicos? Há suficiente capacidade para administrar e regular estes planos de seguros e de pagamentos prévios? Nunca é demasiado cedo para começar a desenvolver esta capacidade, mas a criação de planos de concentração de riscos que incluam os pobres tende a formar parte de uma estratégia de reforma a longo prazo que faça uma separação entre o financiamento e a prestação de serviços e que confira aos estabelecimentos a autonomia necessária para administrar as suas atividades.

6.5 Resumo

Os pontos seguintes resumem brevemente as interações entre as colunas de “Sistemas de saúde e setores conexos” e de “Políticas e ações públicas” da Figura 1:

- Como os diversos níveis estatais podem influenciar a prestação de serviços de saúde nos setores público, privado e caritativo para melhorar os resultados sanitários para os pobres?
- Os mercados de insumos de produtos farmacêuticos e recursos humanos são notoriamente deficientes, embora os governos costumem ter considerável poder sobre ambos. Essa autoridade é usada para aumentar o valor do que se entrega aos pobres, como preços razoáveis, boa disponibilidade e qualidade satisfatória?
- Nos sistemas públicos, privados e caritativos de prestação de serviços e financiamento, atualmente combinados, o governo desempenha um papel central no uso de mandatos, regulamentações, incentivos, subsídios e informação para influenciar a conduta dos fornecedores e consumidores com vistas a melhorar os resultados sanitários. Nos casos em que a prestação de serviços públicos tem sido historicamente a função principal do setor público, essas ferramentas poderosas têm sido mais ou menos ignoradas no passado. Há hoje oportunidades para começar a usá-las para melhorar os resultados para os pobres?
- Em todas as partes os governos subvencionam os serviços de saúde e em todas as partes os pacientes também pagam diretamente os serviços que recebem. O impacto das taxas de usuário sobre a pobreza foi levado em conta na estruturação do sistema público? Foram examinados outros métodos alternativos, por exemplo, pagamento prévio? Os serviços públicos foram responsabilizados perante os pobres, que custeiam parte da despesa?
- Em definitiva, com exceção do financiamento de bens públicos, a função central do financiamento público no setor da saúde talvez seja assegurar que todos os cidadãos tenham acesso a um seguro básico mediante mecanismos de concentração de riscos. Para os pobres, isso requererá subsídios e mandatos ou não se transformará em realidade. Para o sistema de saúde, significará passar dos subsídios de suprimentos para subsídios comprovados de seguro e pagamento prévio. Há planos de longo prazo em elaboração para este propósito e como se vê a transição?

7. Ações Viáveis: Políticas Estatais para Melhorar os Resultados Sanitários

Da esquerda para a direita da Figura 1, acompanhamos a trajetória, os instrumentos e as medições que formam a base de causas e efeitos na adoção de políticas no setor da saúde. Esta seção faz um resumo focalizando algumas áreas-chave de ação.

O Quadro 3, abaixo, inclui os principais determinantes dos resultados sanitários nas filas

listadas no lado esquerdo. As colunas contêm as seis áreas principais da política pública, a saber, despesa e alocações em saúde; financiamento e arrecadação de receitas; prestação, insumos e entrega de serviços; monitoramento e avaliação; custódia (contexto normativo e políticas conexas); e políticas alheias ao Ministério da Saúde. Quanto à prestação e entrega de serviços, o governo pode optar pela *participação direta* (prestação e financiamento de serviços como parte de seus próprios programas) ou pode optar pela *participação indireta*, que inclui a contratação ou parceria com outros fornecedores, mas também com maior atenção a certos aspectos da *custódia*. Em cada coluna destacam-se as três células de mais alta prioridade e mais abaixo discutem-se as ações específicas.

Quadro 3: O Governo e os Serviços de Saúde

Determinantes da conduta e resultados sanitários nos níveis do sistema de saúde, domicílio e comunidade	Políticas públicas					
	Contexto da despesa em saúde	Financiamento e arrecadação de receitas	Prestação e entrega de serviços	Custódia	Monitoramento e avaliação	Políticas alheias ao Ministério da Saúde
Disponibilidade e facilidade de acesso a serviços de saúde	A		C	A	C	
Qualidade dos serviços	B		B		B	
Preço dos serviços		A				
Renda familiar	C	B				
Educação geral						A
Conhecimentos específicos sobre saúde				B		
Desigualdade de acesso por razões de gênero			A		A	
Preço, disponibilidade, facilidade de acesso e qualidade dos alimentos						C
Preço, disponibilidade, facilidade de acesso e qualidade da água e saneamento						B
Capital comunitário e social						D

7.1 Contexto da despesa em saúde

A lista seguinte observa os tipos de temas que poderiam ser abordados no DERP, levando em conta apenas as células principais da coluna sobre alocação para a “despesa em saúde” do Quadro 3.

- **A. Disponibilidade e facilidade de acesso aos serviços de saúde:** A amplitude e a gama de atividades a serem financiadas pelo setor público terão de conformar-se à disponibilidade de recursos, razão pela qual é imprescindível fixar prioridades claras dentro das restrições orçamentárias. Seguindo em linhas gerais a Figura 6, as prioridades seriam:

1. saúde pública e serviços preventivos; 2. serviços clínicos básicos para mães e filhos; e 3. maior proteção contra riscos para os pobres. Isso implica, na prática, equilibrar o gasto no seguinte: a) intervenções específicas em saúde pública e preventiva; b) nível primário versus outros níveis de cuidados; e c) melhor acesso dos pobres a serviços de custo elevado quando necessário.

O orçamento público deve ser visto como uma contribuição para o custo dos serviços, porque o governo não pode financiar todos os insumos. É preciso considerar expressamente o custo completo de um sistema público que funcione bem, abrangendo saúde pública, serviços preventivos, pesquisa e informação; serviços hospitalares e clínicos, inclusive contratos com outros fornecedores; e subsídios de seguros. Como o orçamento público não está em condições de absorver todos estes custos, deverão ser tomadas medidas para preencher as lacunas, sendo esse custo recuperado das seguradoras e do pagamento direto feito pelos clientes. Tais estratégias de preenchimento de lacunas devem incidir mais sobre os ricos do que sobre os pobres.

- **B. Qualidade dos serviços de saúde:** A qualidade é determinada, em parte, pelo nível global da despesa, mas também pela sua combinação. A qualidade da mão-de-obra, capital, equipe e bens de consumo depende de alocações equilibradas para o seguinte: a) mão-de-obra versus equipe e bens de consumo; b) despesas de capital versus despesas ordinárias; e c) manutenção. Despesas de mão-de-obra, por exemplo, de 45% a 60% da despesa ordinária são indício aproximado de que se dispõe do conjunto completo de insumos no lugar de serviço.
- **C. Renda familiar:** O orçamento público deveria destinar subvenções adicionais às áreas mais necessitadas para atividades de saúde pública e aos domicílios mais pobres para serviços prioritários de saúde (ou para subsidiar a sua participação em mecanismos de concentração de riscos). Deve-se contar com critérios explícitos de destinação de recursos quando as receitas forem compartilhadas com os níveis públicos inferiores, de maneira que os governos de lugares com maior incidência de pobreza recebam mais recursos centrais per capita.

7.2 Financiamento e arrecadação de receitas

Como no setor da saúde a receita e a despesa devem ser consideradas de forma conjunta, esta seção deve ser estudada juntamente com a seção anterior sobre despesas.

- **A. Preço dos serviços de saúde:** Todos os serviços públicos de saúde, educação sanitária, atenção preventiva e promoção devem ser subvencionados, tanto quanto possível, dentro das restrições orçamentárias públicas. Se não puderem ser totalmente subsidiados, devem-se adotar políticas que incentivem as atividades caritativas nessas áreas. Dadas as restrições de recursos de que normalmente sofre o orçamento público, as taxas de usuário serão necessárias para financiar os serviços de cuidados de casos graves. Entretanto, é preciso evitar que, ao se configurar esses pagamentos, sejam criadas barreiras para o paciente pobre no ponto de uso, para o que se podem usar dispensas, pagamentos prévios, créditos ou outras opções.
- **B. Renda familiar:** O trabalho de arrecadação de receitas deve concentrar-se nos serviços de saúde de natureza pessoal (casos graves), com baixo impacto sobre a saúde da população em geral, e em serviços para as populações seguradas e de renda elevada.

7.3 Prestação e entrega de serviços

- **A. Conhecimento específico sobre saúde:** Deve-se atribuir a mais alta prioridade à provisão de conhecimentos específicos sobre saúde usando financiamento estatal para ajudar os pobres a prevenir e gerenciar problemas de saúde. É crítico que os consumidores adquiram os conhecimentos necessários para fazer uma melhor seleção de fornecedores e serviços adequados, dada a importância do comportamento doméstico na determinação dos resultados.
- **B. Qualidade dos serviços de saúde:** Trata-se de um importante aspecto de preocupação nas atividades de reforma do setor da saúde. O sistema atual funciona adequadamente e por quê? A capacitação é um dos elementos determinantes, mas a melhoria da estrutura de incentivos, a gestão, o uso de mecanismos de contratação adequados e a prestação de contas dos fornecedores aos clientes são questões que afetam todo o sistema e que devem ser abordadas. Podem também ser tratadas mediante a abertura de espaços para a realização de atividades piloto dentro do sistema atual.
- **C. Disponibilidade de serviços e facilidade de acesso:** A proximidade física dos clientes potenciais, especialmente dos pobres, pode ser melhorada mediante decisões cuidadosas de investimento. Mas esses investimentos devem ser sensíveis às oportunidades de consolidação possibilitadas por uma boa infra-estrutura. A facilidade de acesso pode ser aumentada a um custo menor se não forem duplicados os serviços existentes no setor privado e filantrópico mas aumentarem as opções dos clientes de pontos de serviço mediante contratos com ONGs e fornecedores privados, bem como melhorando a eficiência técnica e os incentivos entre os prestadores de serviços públicos.

7.4 Custódia

- **A. Disponibilidade de serviços de saúde e facilidade de acesso:** Incentivar a criação de organizações comunitárias dedicadas a melhorar a saúde da comunidade mediante atividades de promoção e prevenção. Promover a criação de organizações caritativas que assistam às famílias pobres não seguradas que devam enfrentar serviços de alto custo por doenças catastróficas. Preparar e manter listas de medicamentos essenciais e de políticas para promover a disponibilidade de medicamentos genéricos de baixo custo e alta qualidade em todo o país. Formular políticas claras, normas de procedimento para fornecedores caritativos e privados e conceitos claros sobre o papel que desempenha o setor público na prestação de serviços de saúde ao público em geral.
- **B. Conhecimentos específicos sobre saúde:** Rotulagem de produtos para o consumidor, especialmente de produtos farmacêuticos e substâncias perigosas (por exemplo, fumo). Ampla divulgação de conhecimentos sobre produtos perigosos e condutas nocivas.

7.5 Monitoramento e avaliação

- **A. Desigualdade de gênero no controle dos recursos:** Avaliação e ajustamento regular de serviços para atender melhor às necessidades de saúde da mulher, melhorar os seus conhecimentos e modificar o seu comportamento para fortalecer a saúde.
- **B. Qualidade do serviço de saúde:** Monitoramento da qualidade mediante programas

realizados com esse propósito e que compreendam estruturas harmonizadas de responsabilidade e incentivos com vistas a melhorar constantemente a qualidade do serviço. Avaliação do impacto da qualidade sobre o uso do serviço e sobre os resultados sanitários .

- **C. Disponibilidade de serviços de saúde e facilidade de acesso aos mesmos.** Monitoramento da disponibilidade de serviços no âmbito nacional e por áreas utilizando mapas de pobreza. Avaliação do impacto da disponibilidade sobre o uso do serviço. As definições da disponibilidade devem levar em conta as condições locais e as variações na infra-estrutura. Avaliação da facilidade de acesso baseada parcialmente em pesquisas de consumidores e características do serviço consideradas importantes. Modificação dos critérios de prestação de serviços com base na informação sobre grupos beneficiários – uso de instrumentos de ferramentas de marketing para superar os obstáculos ao uso.

7.6 Políticas alheias ao Ministério da Saúde

- **A. Educação geral:** A educação – especialmente da mulher – é essencial para todos os resultados sobre saúde, nutrição e população. As mulheres com nível de instrução mais alto e com uma renda familiar constante tendem a adotar condutas que são, em média, melhores para estes resultados do que as mulheres com um nível de instrução mais baixo. Em Cebu, Filipinas, por exemplo, calculou-se que um ano adicional de educação materna *reduziu* a probabilidade de lactância materna exclusiva em 36% e a probabilidade de todo tipo de lactância materna em 5%. No entanto, *aumentou* o número de calorias em 7%, o uso de serviços de saúde preventiva em 4% e o uso de sabão em 2%. *Reduziu* a probabilidade de descarte inadequado de fezes em 9%. De modo geral, calculou-se que estas variações produzam uma redução de 3,2% na probabilidade de diarreia aos seis meses de idade – 15,2% de redução devido ao aumento de calorias, uso de atenção preventiva e melhor descarte de fezes, compensado com 2% de aumento devido à menor proporção de lactância materna (Equipe de Estudo de Cebu, 1991). Uma coordenação muito mais fluida entre os Ministérios da Saúde e da Educação para melhorar os programas educativos sobre saúde em geral e para crianças em idade escolar pode traduzir-se em benefícios substanciais.
- **B. Preço, disponibilidade, facilidade de acesso e qualidade da água e saneamento:** Em vários estudos conclui-se que a melhoria de serviços de água e saneamento são determinantes importantes dos resultados em matéria de saúde, nutrição e população (SNP). Uma conclusão fundamental destes estudos é que as obras tendentes a oferecer um melhor abastecimento de água e saneamento têm um impacto muito maior se essa ampliação da infra-estrutura for acompanhada de uma campanha de promoção da saúde. Percebe-se cada vez mais que, apesar de a instalação de serviços de saneamento produzir melhor SNP, a melhoria será muito maior se essa instalação for acompanhada de um programa de educação sobre higiene que permita assegurar que os serviços sejam usados e mantidos de forma correta. O Banco Mundial publicou recentemente um estudo sobre este campo, do qual constam diretrizes práticas para aumentar o impacto dos investimentos em água e saneamento sobre os resultados de SNP (Klees *et al*, 1999).
- **C. Preço, disponibilidade, facilidade de acesso e qualidade dos alimentos:** Este capítulo mencionou, em vários contextos diversos, a importância dos programas comunitários de nutrição e de educação sobre nutrição como parte do pacote básico de intervenções para a saúde. O capítulo sobre desenvolvimento rural oferece uma orientação muito mais substancial quanto à elevação do nível global de receitas rurais e de acesso aos alimentos.
- **D. Capital comunitário e social:** Este capítulo também abordou a importância do capital

social como parte do ambiente que afeta a facilidade de aceitação e o impacto dos serviços de saúde. De modo geral, muitas atividades públicas diferentes (desenvolvimento comunitário, fundos sociais), das ONGs e de doadores internacionais (UNICEF), orientaram-se para as comunidades pobres e atendimento das suas necessidades. A coordenação entre estas entidades e o Ministério da Saúde beneficiará todas as partes envolvidas.

8. Sugestões sobre o Processo de Preparação do DERP em Matéria de Saúde

Conforme observado na Introdução e resumido no Quadro 1, os sistemas de saúde tendem a sofrer problemas nos níveis macro, de sistema e de intervenção. Todos os países compartilham esses problemas de uma forma ou de outra; nos países mais pobres a margem de erro é menor e os benefícios potenciais representados pela correção dos problemas são mais amplos, uma vez que os recursos disponíveis são sumamente limitados.

- **Nível macro:** Nos países mais pobres, o total da despesa pública destinado à saúde geralmente não supera US\$3 a US\$5 per capita e a despesa privada acrescenta aproximadamente a mesma soma, atingindo-se um total de US\$6 a US\$10 per capita. Administrar esta restrição significa utilizar os recursos disponíveis ao máximo possível e buscar mecanismos que permitam destinar a despesa aos que são menos capazes de se protegerem por si sós. No caso dos países altamente endividados, é possível que o perdão da dívida abra certo espaço para acrescentar talvez outros 20% à despesa em saúde pública. Um desafio para a equipe do DERP é fazer uma análise da despesa em saúde, nutrição e população e propor um futuro curso de ação que gradualmente torne o programa de despesa pública mais focalizado na pobreza e mais eficaz. Ao mesmo tempo, a equipe deve propor o destino a ser dado ao aumento na despesa atual e como justificar a nova despesa em termos dos resultados comensuráveis que se conseguiriam para os pobres.
- **Nível de sistema:** Os aspectos relativos ao desempenho do sistema de saúde nos setores público e privado são afetados parcialmente pelas políticas de despesa pública, mas também dependem de políticas que incidem na estrutura de incentivos e na qualidade do pessoal; na forma e no uso que se faz no sistema dos contratos para entrega de serviços; no ambiente institucional; na qualidade da gestão e no regime normativo. A adoção de melhorias requer a introdução de reformas no setor e modificação nas iniciativas.
- **Nível de intervenção:** Os projetos são ferramentas usadas em todos os países e organizações para alcançar metas específicas a curto prazos. No campo da saúde, oferecem um meio para desenvolver intervenções que permitam atender aos pobres ou para abordar problemas específicos de saúde e demonstrar que as intervenções foram bem-sucedidas a um custo razoável. Podem ser usadas para implementar certas reformas piloto no sistema. Diferentes parceiros no sistema de saúde apóiam muitos desses projetos. Os governos têm a capacidade de gerenciar e focalizar essas atividades (geralmente em parceria com doadores e organizações da sociedade civil) e de insistir, em todos os casos, em que as atividades do projeto sejam coordenadas, bem observadas, discutidas livremente e avaliadas.

Todas as três áreas devem ser consideradas na preparação do DERP. O fato de aperfeiçoar o contexto da despesa não melhorará, por si só, o funcionamento do sistema, mas pode propiciar um ambiente em que o sistema poderia funcionar melhor. A formulação de um programa de reforma setorial que permita analisar os sistemas-chave e procurar soluções para os problemas de organização, institucionais ou de incentivos é um complemento importante para o

programa de despesas, porque serão aumentados assim a eficiência, a eficácia e o impacto. Não obstante, o fato de retificar o sistema não ajuda a identificar e testar intervenções bem definidas, seja para abordar temas específicos de saúde ou para destinar aos pobres os insumos necessários. Devem ser formuladas, financiadas, implementadas, avaliadas e absorvidas como atividades normais quando se comprovar que funcionam bem. Inclusive podem substituir a atual forma de trabalho.

8.1 A equipe

O primeiro passo é contar com um funcionário de nível superior que lidere, em regime integral, o trabalho de preparação de um DERP sobre saúde, nutrição e população. Faz sentido o fato de esta pessoa provir do Ministério da Saúde, mas deve ser alguém a quem sejam confiados muitos interesses diversos e que se comprometa a adotar soluções e inovações, bem como a assumir a responsabilidade dos resultados multissetoriais. Um pequeno livro publicado em 1990, intitulado *Adocracy* (Waterman, 1990), é leitura obrigatória quando se trata de formar uma equipe básica. O autor do livro define o termo *adocracia* como “qualquer forma de organização que transcenda as linhas burocráticas normais para captar oportunidades, resolver problemas e obter resultados” e sugere que a equipe básica para realizar este trabalho seja formada, no máximo, por seis pessoas. Sugeriríamos quatro: o chefe, mais uma pessoa que dirija o trabalho em cada nível: macro, de sistemas e de intervenção. Provavelmente estes funcionários devem comprometer-se com o projeto do DERP em regime integral durante um mínimo de seis meses e, por sua vez, organizariam equipes em tempo parcial constituídas por seis pessoas cada uma. Estas equipes provavelmente incluiriam uma pessoa dos níveis inferiores de governo, um representante dos doadores e um representante da sociedade civil, juntamente com um profissional em saúde, um especialista institucional ou gerencial e um economista. Deve haver constante interação entre as equipes mas deveriam cumprir também tarefas especializadas.

8.2 Projeção cronológica e orçamento

O segundo passo é preparar um plano de trabalho para completar o exercício, do princípio ao fim, no período em que a equipe estiver atuando. O trabalho consistiria em coligir informação e dados, fazer diagnósticos, consultar e celebrar um acordo sobre prioridades, elaborar uma proposta, divulgar informação e propor um mecanismo apto para monitorar a implementação. A última tarefa a ser cumprida nos meses finais do período seria propor o que deveria ocorrer a seguir. A equipe necessita de recursos para realizar o seu trabalho, sendo, portanto, preciso preparar um orçamento juntamente com o programa de trabalho. Para o exercício ter êxito no ritmo sugerido, é imprescindível contar desde o princípio com o compromisso de que o projeto terá financiamento.

É provável que o processo do DERP leve vários anos; de fato, a atividade da equipe do DERP pode servir de base para modificar fundamentalmente a nossa forma de proceder no setor da saúde. No entanto, a ação de desenvolver e retificar uma primeira proposta deve ser realizada com bastante rapidez. Um prazo de seis meses poderia ser um luxo em alguns países, uma vez que a oportunidade de uma iniciativa reforçada para reduzir a dívida exerceria pressão sobre o setor da saúde para atuar com rapidez a fim de obter um lugar na mesa de negociações.

8.3 O uso do contexto lógico

O DERP é tanto um processo como um produto. Mas pouco se conseguirá com a simples elaboração de um documento que diga tudo de forma correta e acertada, se não houver apoio de muitas instituições e pessoas. O contexto lógico é um veículo excelente para organizar uma proposta e como base de consulta; além disso, facilmente se podem conseguir documentação e capacitação para usá-lo. As chaves do êxito ao usá-lo são: a) obter o consenso sobre as metas últimas (que presumivelmente seriam metas relativas aos resultados sanitários, com base na informação obtida da etapa de coleta e diagnóstico de dados); b) entender – levando em conta que essas medidas dos resultados não são plenamente determinadas no setor da saúde e são relativamente lentas para mudar – quais são as mudanças a serem introduzidas no nível domiciliar e comunitário e se seriam suficientes para proporcionar a contribuição a ser feita pelo setor da saúde; c) que grupo de ações deveria ser empreendido pelo governo em cada uma das três áreas (macro, sistemas e intervenções) que fossem necessárias e suficientes para conseguir as modificações desejadas nos níveis domiciliar e comunitário para os pobres; e finalmente d) que insumos e custos específicos se relacionariam com essas ações.

O processo é iterativo porque é útil desenvolver primeiro a coluna “Resumo narrativo” de alto a baixo e depois examiná-lo de baixo para cima, fazendo a pergunta: “o que estamos propondo é necessário e suficiente para conseguir o que se propõe na fila imediatamente acima?” O conceito de necessário e suficiente ao avançar de baixo para cima é essencial para usar com êxito este contexto. Depois, o melhor é preencher em conjunto as colunas “Principais indicadores de desempenho” e “Planos de monitoramento e avaliação” para cada fila. Se isso não for possível, o resumo narrativo não será suficientemente claro, porque se não puder ser medido, como será defendido? Finalmente, deve-se preencher a coluna sobre riscos de falha ou “premissas críticas.” Começar em baixo ajuda a esclarecer os riscos desde o nível de insumos até o de metas. Trata-se de premissas críticas sobre o ambiente, vitais para o êxito do enfoque proposto, uma vez que, se não forem realizadas, todo o plano correrá perigo. A gestão dos riscos implícitos será uma parte importante da implementação.

O contexto lógico deve ser o mais simples possível, para ser explicado e discutido com facilidade. Muitas idéias, ações e números complexos podem estar nele integrados, mas é necessário que sejam bem entendidos e apresentados de maneira simples, direta e provavelmente separada do contexto lógico como tal.

Quadro 4: Contexto Lógico do DERP

Resumo narrativo	Principais indicadores de desempenho	Vigilância e avaliação	Premissas críticas (gestão de riscos)
Meta (modificações propostas em resultados sanitários ; por ex., “Resultados sanitários ” na Figura 1):			(Meta a missão do setor de saúde)
Objetivo (metas intermediárias muito relacionadas com resultados propostos, por ex., o que se conseguiria para a coluna “Famílias e comunidades” da Figura 1):			(Objetivo a meta)
Produtos (projetos específicos nas colunas “Sistemas de saúde e setores conexos” e “Políticas e ações públicas” da Figura 1) <u>Nível macro</u> <u>Nível de sistema</u> <u>Nível de intervenção</u>			(Produtos a objetivo)
Componentes e subcomponentes: (o que se pode fazer especificamente num nível em que se possam estimar os custos das tarefas) <u>Nível macro</u> <u>Nível de sistema</u> <u>Nível de intervenção</u>	Insumos: (orçamento para cada componente)		(Componentes a produtos)

8.4 Um exemplo de fixação de prioridades na Bolívia

Na Bolívia, como em muitos outros países, já começou o processo de elaboração do DERP. O enfoque tem sido semelhante ao que se propõe aqui, mas realizado sem este documento. Os passos seguidos foram:

- **Diagnóstico:** Como em outros países, já foram realizados diagnósticos consideráveis dos problemas. Muitas iniciativas foram implementadas; de fato, a fase de diagnóstico identificou 65 projetos em execução e um total de US\$300 milhões em recursos externos comprometidos para o setor da saúde. No passo correspondente ao diagnóstico, decidiu-se estabelecer quatro áreas amplas de ação: a) implementação do seguro básico (distribuição de serviços básicos por pessoa); b) implementação de um programa ampliado de imunização; c) modernização do seguro de saúde baseado no sistema de seguridade

- social; e d) descentralização e fortalecimento institucional.
- **Liderança:** Em cada uma destas áreas, um funcionário público específico e uma contraparte de uma entidade do doador são responsáveis pela direção da atividade.
 - **Propostas sobre engarrafamentos:** Em março e abril de 2000, cada uma destas equipes deverá desenvolver estratégias para romper o engarrafamento em cada uma das quatro áreas mencionadas.
 - **Prioridades e consolidação:** Subseqüentemente – provavelmente em maio e sob a coordenação da Organização Pan-Americana da Saúde – essas quatro equipes se reunirão para discutir suas propostas, consolidá-las, ordená-las segundo a prioridade e traduzi-las em ações concretas, com indicadores-chave de desempenho e um contexto de monitoramento e avaliação.
 - **Ação:** Inicia-se a implementação.

No Anexo 8A figura uma apresentação mais geral sobre o processo realizado na Bolívia.

9. Bibliografia

Cantril, Hadley (1965), *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

Equipe de estudo de Cebu (1991), *Underlying and proximate determinants of child health: The Cebu longitudinal health and nutrition study*. *American Journal of Epidemiology*, 133 (2): pág. 185-201.

Klees R., J. Godinho e M. Lawson-Doe (1999), *Health, Sanitation and Hygiene in Rural Water Supply and Sanitation Projects and Other World-Bank Financed Projects*, Programa de Estudos Regionais de ECA, Banco Mundial.

Leighton C. e F. Diop (1999), *Protection of the poor under cost recovery*. Mimeo, Abt Associates Inc., Bethesda, MD, USA.

Waterman, Robert H. (1990), *Adocracy*, Nova York: W.W. Norton