



ESTADO E PROTEÇÃO SOCIAL EM SAÚDE EM UM CONTEXTO DE INIQUIDADE

Maria Helena M. Mendonça – Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (DAPS/ENSP/FIOCRUZ).

Autores da comunicação: Maria Helena Magalhães de Mendonça - ENSP/FIOCRUZ; Tatiana Wargas de Faria Baptista - ENSP/FIOCRUZ; Cristiani Vieira Machado - ENSP/FIOCRUZ; Luciana Dias de Lima - ENSP/FIOCRUZ; Ana Luiza d'Ávila Viana - DMP/FM/USP; Jorge Kayano - IS/SES-SP; Luiza S. Heimann - IS/SES-SP; Virgínia Junqueira - IS/SES-SP; Dário Frederico Pasche – SE/MS; Antonio Claret Campos Filho – Ministério do Desenvolvimento Social

A Proteção Social em Saúde no Brasil: o caso da Amazônia.

Introdução

O presente estudo caracteriza-se como um projeto interinstitucional que envolve um grupo amplo de pesquisadores de Instituições de Ensino e Pesquisa diversas e de projeção nacional – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Departamento de Medicina Preventiva da Universidade do Estado de São Paulo (DMP/USP) e Instituto da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (IS/SES-SP) - numa parceria com o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de avançar na análise sobre os desafios da proteção social em saúde no Brasil em contextos de grande desigualdade e identificar estratégias para a formulação de políticas de corte regional.

O projeto tem o apoio e financiamento da Organização Panamericana (OPAS/OMS), em parceria com o Centro Internacional de Investigações para o Desenvolvimento (IDRC) e insere-se no âmbito da Convocatória intitulada *Apoio para Planejamento de Pesquisas sobre Estratégias para Estender a Proteção Social em Saúde*, lançada no primeiro semestre de 2003.

Estudos recentes sobre o tema da proteção social em saúde evidenciam que as altas taxas de crescimento econômico (Holzmann & Jorgensen, 2000) e o desenvolvimento de fortes capacidades institucionais (*state capabilities*) para a gestão de sistemas e serviços de saúde (Esping-Andersen, 2002), apesar de influenciarem de forma decisiva à melhora das condições de saúde das populações nos países onde ocorreram tais fenômenos, não são suficientes para alterar os quadros de profunda desigualdade sanitária e para prover assistência adequada à cobertura dos infortúnios decorrentes da exposição das populações aos velhos e novos riscos sociais (Rosanvallon, 1995).

As desigualdades, de natureza social e econômica, se apresentam de maneira diversa e têm uma forte expressão territorial. Na saúde, elas se evidenciam nos indicadores de oferta e produção de ações e serviços de saúde, financiamento, acesso, qualidade da atenção e resultados sanitários. A geografia do Brasil mostra, por um lado, uma alta concentração das atividades econômicas e da população sobre uma parcela menor do espaço brasileiro e, por outro, uma distribuição das desigualdades socioeconômicas que comporta vastos territórios vazios e pouco desenvolvidos, ao lado de outros com grande concentração de pobreza. Em ambos os casos, são regiões com reduzida capacidade de competir com os territórios mais dinâmicos.

Nesse contexto, a discussão da extensão da proteção social em saúde no Brasil se traduz pela afirmação do papel do Estado na regulação das ações de provisão de bens e serviços sociais e na

busca por políticas mais equitativas e que compensem o quadro de altas desigualdades sociais. O estudo compreendido nesse projeto se encontra dentro desse marco teórico e tem como horizonte o acompanhamento de políticas mais integradas dentro de uma nova concepção de desenvolvimento regional.

A **dimensão regional** se destaca entre as diretrizes estratégicas para elaboração do Plano Plurianual (PPA) 2004-2007 do novo Governo Federal (Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, maio de 2003), com dupla conotação: (1) como um *princípio para a definição de prioridades* de modo a assegurar o máximo crescimento possível com redução das desigualdades sociais; (2) como uma *estratégia de desenvolvimento de longo prazo*, no desenho de uma nova política de desenvolvimento regional e o fortalecimento do planejamento territorial no setor público.

A Amazônia Legal (AL) é uma das regiões especialmente contempladas na nova política de desenvolvimento regional e de ordenamento territorial, em fase de elaboração pelo Governo Federal. Esta política propõe a construção de uma Amazônia modernizada e ambientalmente protegida, cujo desenvolvimento pode ser compartilhado com o país e com a população regional. Tal proposta implica numa nova definição do que se denomina região, extrapolando a classificação geográfica em vigor das macro-regiões do país e buscando argumentos para a composição de uma estratégia regional, que considere o perfil social, econômico, institucional e geográfico de uma dada localidade.

No contexto da proposta do Governo Federal, a estratégia de desenho de uma política regional para a AL tem como principal objetivo gerar um novo ciclo de desenvolvimento para a Amazônia, que combine diversificação da produção com incorporação de inovações tecnológicas e agregação de valor aos produtos regionais, possibilitando nova inserção no mercado nacional e internacional, ao mesmo tempo em que estimula a geração de empregos, a melhor distribuição de renda, e a redução dos impactos ambientais, favorecendo o desenvolvimento de seu capital natural, humano e social.

No que tange à política de proteção social, e em específico à política de saúde, a discussão sobre a estratégia regional lança um desafio na composição de novos arranjos institucionais e políticos no desenho das políticas setoriais.

Breve caracterização da Amazônia Legal

A Amazônia Legal brasileira compreende os sete estados da Região Norte (Acre, Rondônia, Amazonas, Roraima, Pará, Amapá e Tocantins), o estado de Mato Grosso, da Região Centro Oeste e parte ocidental do Estado do Maranhão, da Região Nordeste do país. Em 2000, constituía-se por 761 municípios, que abrangem uma área de 5.217.423 Km², equivalente à cerca de 61% de todo o território nacional. Sua densidade demográfica é a menor do país, residindo em seu espaço geográfico somente 12,4% da população brasileira, concentrada às margens dos rios, importantes vias de transporte e comunicação desta Região (Brasil, Ministério da Integração Nacional, 2003).

Caracteriza-se também enquanto um espaço internacional singular, pois concentra em seu território: maior diversidade social do planeta; complexa biodiversidade mundial; 30% do estoque genético da Terra; 1/3 das florestas do planeta; a maior bacia hidrográfica, com o maior rio em volume d'água e 1/5 das reservas hídricas de todo o planeta; e a maior e mais complexa província mineral mundial.

Recentemente, transformações sócio-ambientais importantes ocorreram na Amazônia Legal (Oliveira & Toledo, 2003). Entre 1970 e 1980, houve crescimento demográfico acelerado e ocupação desordenada de seus espaços, observados por uma importante expansão populacional no Norte (crescimento de 53,3%) e Centro-Oeste (+ 38,4%), e por migrações para as novas fronteiras agrícolas e extrativistas, incentivadas por grandes projetos econômicos na região. Atualmente observa-se uma forte redistribuição da população sobre seu território, com aceleradas tendências migratórias internas no sentido rural-urbano, não mais apenas para as capitais, mas também para as cidades médias do interior. Os resultados do último censo demográfico realizado no Brasil pela Fundação IBGE¹ demonstraram que, em 2000, cerca de 69% da população da Região Norte residiam em áreas urbanas, no Maranhão e Mato Grosso estas cifras atingiam 59,53 e 79,37, respectivamente.

Nesse quadro, quatro características são marcantes: de um lado, a mais baixa taxa de urbanização do país (57,8%, comparada a média nacional de 75,5%); de outro, uma taxa de

¹ Os dados referem-se ainda às macro-regiões do país. Para avançar na discussão regional da AL é importante considerar os dados referentes aos 761 municípios que compõem essa região. O projeto visa avançar na caracterização dos municípios e seus indicadores para melhor compreender a região em questão.

crescimento anual de 3,9% entre 1980 e 1991 e de 2,4% no período 1991/1996, os maiores índices nacionais registrados; uma composição por faixa etária em que se evidencia o maior percentual de população de crianças com menos de 14 anos do país e, em contrapartida o percentual mais baixo de idosos (metade da média nacional de envelhecimento); e finalmente, a maior concentração de população indígena no país (IBGE, 2000).

A taxa de mortalidade infantil (36,4 por 1000 nascidos vivos) da região está entre as mais altas do país e só é menor que a do Nordeste. A taxa de fecundidade é a mais elevada evidenciando padrão de sociedades em desenvolvimento (IBGE, 2000).

Sua economia tem por base o extrativismo mineral (cassiterita, ouro, manganês e ferro) e vegetal (açai, castanha do Pará, látex e madeiras nobres), a agricultura comercial, onde se destacam a malva, a juta e a pimenta-do-reino, a pecuária (sobretudo o rebanho bubalino), além da agricultura de subsistência. É uma região de grande riqueza natural (biodiversidade) e com grande potencial para o desenvolvimento de pesquisas na área da ciência básica aplicada à saúde, o que pode ser um fator de sustentabilidade para a região (alavanca para o complexo produtivo da saúde).

A maioria da população urbana (51%) encontra-se no ramo de serviços e o rendimento médio mensal atinge o segundo pior desempenho nacional, com R\$ 236,00 (superando apenas o Nordeste). O quadro educacional é bastante insatisfatório (taxa de analfabetismo 32,7% na população de 10 anos ou mais (9,1% no Sul e 9,3% no Sudeste). Os Estados da região Norte possuem apenas 4% dos Doutores do Brasil e um em cada quatro habitantes tem escolaridade zero. Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (combinação de indicadores de renda, expectativa de vida e escolaridade) todos os estados estão abaixo da média nacional - 0,727 para 0,830, respectivamente.

A realidade regional, redundando em um quadro sanitário crítico, no qual recrudescem doenças como malária, tuberculose, hepatite B e hanseníase e outras tidas como controladas, como é o caso da febre amarela, dengue e leishmaniose. Além disso, a expansão da atividade mineraria implica no surgimento de doenças ocupacionais que tem na contaminação mercurial uma das suas mais graves manifestações. Inclui de forma bastante expressiva também os problemas relacionados com hábitos, comportamentos, tensões e a violência, próprias da complexidade do desenvolvimento urbano como: doenças circulatórias (proporção de óbitos segundo grupo de causas - 23,5% em 2001), neoplasias (proporção de óbitos segundo grupo de causas - 10,8% em

2001), causas externas (proporção de óbitos segundo grupo de causas -20,6 % em 2001), bem como os problemas decorrentes dos conflitos do campo (especialmente assassinatos de lideranças camponesas e de religiosos, além de apresentar a maior concentração de trabalho escravo do Brasil); e a intensificação da prática genocida no interior de nações indígenas, colocando em risco, por exemplo, a integridade dos Yanomamis.

A dinâmica regional, em que municípios com baixíssima densidade populacional, cortados por acidentes geográficos significativos e com capital humano concentrado nas grandes cidades da região, mediatiza as relações que são estabelecidas e exige um olhar diferenciado por parte dos governos para que se possa superar as dificuldades de consolidação das políticas sociais, em especial às relacionadas ao setor da saúde.

Em estudo recentemente realizado (NISIS, 2002), os municípios da região da Amazônia Legal se inserem nos grupos de municípios com piores condições de vida e saúde e apresentam as piores respostas do sistema de saúde aos problemas da população, medidos, respectivamente, pelos índices de condições de vida e saúde (ICVS) e respostas do sistema de saúde (IRSS), construídos para esse estudo a partir da combinação de indicadores sócio-econômicos e de saúde. É também a região que apresenta o pior desempenho em relação a informação e saúde motivo pelo qual grande parte de seus municípios foram excluídos do cálculo do IRSS.

O Saúde Amazônia

Motivados pelas diretrizes e propostas do novo Governo Federal empossado em 2003, o Ministério da Saúde decide elaborar uma política própria para a Amazônia Legal - o **Projeto Amazônia** (Brasil, Ministério da Saúde, 2003) ou mais recentemente intitulado **Plano para Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal (Saúde Amazônia)** -, com o objetivo de propiciar um planejamento integrado de saúde e uma proposta de investimentos estruturados para a Região. Para isso, cria um **Grupo de Integração Técnica** (GT), envolvendo setores diversos, órgãos e entidades do MS. Assume-se que os investimentos em saúde podem contribuir para dinamizar a economia local e que a organização da atenção à saúde, tendo como eixo norteador a regionalização, permite a construção de um sistema mais integrado de planejamento e orçamento, baseado em prioridades pactuadas na Região e em cada um dos estados que compõem a Amazônia Legal.

A atual gestão do Ministério da Saúde tem como diretriz que é necessário mudar a lógica de condução da política com base em diagnóstico que aponta para alguns problemas-chaves como a desarticulação entre os agentes políticos, a fragmentação das diretrizes internas do Ministério e uma baixa capacidade de desenvolver novos modelos de gestão de serviços.

Portanto, vários são os desafios a serem enfrentados pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) na condução deste processo:

- O desafio da integração – Como conduzir o processo decisório sobre a política de saúde que tem por eixo as necessidades da população, respeitando os diversos interesses que se apresentam neste processo?
- O desafio da regionalização – Como reconstruir a diretriz da regionalização no SUS, de forma a avançar na nova perspectiva que se coloca para a dimensão regional, sendo a Amazônia Legal, um campo prioritário de experimentação de novas formas de condução da política?
- O desafio do desenvolvimento sustentável - Como articular as políticas setoriais de saúde com o desenvolvimento sustentável?
- O desafio da equidade – Em que medida um novo padrão de condução nacional possibilita a construção de uma política de saúde redistributiva e solidária?

Neste estudo, parte-se da hipótese de que as novas formas de articulação entre os vários entes, governamentais e não governamentais, na condução da política nacional de saúde e a integração de diretrizes - nacionais e regionais; setoriais e intersetoriais, envolvendo o escopo das políticas públicas - favorecem estratégias de enfrentamento das desigualdades em saúde. Ou seja, uma melhor articulação entre diferentes entes pode condicionar indicadores de mudança ou eficácia político-legal.

Políticas de corte regional e as implicações para a redução das desigualdades.

As posições da OMS e OPAS, de acordo com os trabalhos recentes sobre o tema da proteção social, defendem que a extensão da proteção social em saúde é uma medida importante para a redução da exclusão em saúde, tendo em vista que os esforços e recursos investidos para atingir melhores níveis de equidade na prestação, acesso e financiamento dos serviços de saúde, não fizeram diminuir os altos índices de exclusão da América Latina e que essa realidade se agrava com o crescimento da economia informal e a elevação da massa de pobres.

Segundo recente artigo publicado, dentre as estratégias para a redução das desigualdades em saúde empregadas por alguns países europeus, destacam-se as novas abordagens e o desenvolvimento de políticas com enfoque territorial (Mackenbach *et al*, 2003). No Canadá, as recomendações elaboradas como resultado dos estudos promovidos pela *Comission on the Future of Health Care in Canada* (Comissão Romanow) também apontam para a necessidade do desenvolvimento de políticas diferenciadas nos territórios mais isolados do país e em áreas indígenas, que garantam o acesso da população aos serviços de saúde e a adequação das tecnologias empregadas no cuidado dos pacientes à realidade cultural e sócio-econômica dessas regiões (Comission on the Future of Health Care in Canada, 2002).

O Relatório Final, elaborado pela Comissão Romanow, preconiza que recursos de origem federal e provincial sejam priorizados na criação de Fundos Públicos específicos, assim como a maior participação da comunidade e da população beneficiária dos serviços no desenvolvimento e acompanhamento de políticas regionais e no destino e uso desses recursos. As recomendações contidas no referido Relatório têm como principal objetivo a redução das desigualdades regionais em saúde e a sustentabilidade dos princípios que regem o próprio sistema nacional de saúde canadense (administração pública, integralidade, universalidade, acessibilidade e portabilidade), com ampliação de sua cobertura e aumento da provisão de recursos.

No Brasil, a questão da sustentabilidade também assume caráter de especial importância nos projetos de desenvolvimento regional. No entanto, para o setor da saúde, assume conotação específica ao trazer à tona os problemas relacionados à própria desintegração social e econômica do país e não somente aqueles relacionados ao funcionamento e fortalecimento de seu sistema de saúde. Segundo afirma, corretamente, Araújo (1999): “... preocupado em abordar a realidade nas suas múltiplas dimensões, com destaque para a solidariedade intergeração (sustentabilidade ambiental), esse conceito, ao se aplicar no Brasil, tem destacado também a preocupação com a dimensão social e com a integração físico-territorial do País.

Objetivos e metodologia da pesquisa

O objetivo geral da pesquisa é identificar e analisar as mudanças na condução da política nacional de saúde visando a redução de desigualdades em saúde, a partir do início do Governo Lula no ano de 2003, tendo como objeto de análise o Plano de Qualificação da

Atenção à Saúde na Amazônia Legal. São objetivos específicos estudar as relações entre os diversos entes governamentais e não-governamentais e as formas de construção da agenda política de saúde, bem como os resultados das mudanças na condução da política.

Trata-se de um estudo sobre o processo de formulação e implementação de uma política regional no bojo de uma política nacional de saúde - o Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal.

Parte-se da definição de política pública como um conjunto de decisões de diferentes níveis jurídicos e produtores de ações, coerentes e dirigidas para objetivos (re) desenhados por atores privados, corporativos ou governamentais com intuito de resolver um problema social (Bussmann *et al*, 1998). Essa investigação examina as formas de integração entre os diferentes atores governamentais e não governamentais presentes na política de desenvolvimento regional da Amazônia.

A metodologia adotada na investigação é de natureza qualitativa e parte do pressuposto de que os grupos e indivíduos atuam em contextos culturais, sociais, políticos e econômicos específicos, interpretados pelos atores segundo suas situações particulares e formas de interações. Trata-se de uma avaliação interativa que é definida por um conjunto de procedimentos interativos e um processo de negociação permanente (Bussmann *et al*, 1998). Esse modelo de avaliação introduz uma visão construtivista da realidade entendida como resultado da interação entre observador e observado. A avaliação, nessa proposta, é vista de diferentes formas: como um processo social e político; como um processo de aprendizado para os atores participantes; como método para identificar como cada grupo específico apreende a realidade e constrói objetivos; e, finalmente, como um processo no qual diferentes objetivos são confrontados em um processo de negociação, onde o investigador configura-se como mediador.

Outra contribuição teórica importante para o estudo é o conceito de redes sociais, na perspectiva de explicar e compreender os fenômenos sociais mais pelo ponto de vista das relações sociais e menos pelo das categorias sociais ou atributos. O estudo das estruturas das redes, posições na rede, forma como as redes constroem os movimentos, alteram preferências, restringem e moldam a realidade, auxiliam na construção de identidades e, ao

mesmo tempo, são transformadas continuamente pelos atores e pelos fenômenos sociais, são os eixos centrais que orientam a construção de variáveis e indicadores nessa pesquisa.

O material da pesquisa é composto de dados secundários e primários. As fontes de dados são: documentos oficiais do executivo - setor saúde e demais setores; base documental do legislativo; atas dos fóruns intergestores e participativos do SUS; e demais documentos pertinentes ao estudo das variáveis selecionadas. A pesquisa também busca através de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas, com diferentes atores e “informantes-chaves”, apreender as especificidades e meandros do processo decisório na AL. Ao se tratar de uma pesquisa de natureza qualitativa, a técnica de processamento e análise dos dados utilizada é de análise de conteúdo.

Resultados preliminares da investigação

O estudo está iniciando a segunda fase, que é o desenvolvimento da pesquisa propriamente dita. Neste sentido, a análise aqui apresentada tem caráter preliminar, expressando a sistematização de algumas impressões e questões colocadas desde a elaboração. No estágio atual de levantamento documental e observação de campo os pesquisadores se valem especialmente do material coletado para a primeira fase que compreendeu a elaboração, revisão e adequação do projeto à Convocatória que lhe deu origem. Utiliza-se também da observação participante dos pesquisadores em alguns eventos chave para o processo de planejamento de saúde para a Amazônia Legal.

O processo de formulação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem revelado um conjunto de desafios para os gestores de sistemas e serviços de saúde no sentido de avançar na garantia do direito universal e integral à saúde. No cerne desses desafios está a questão da descentralização e da necessidade de se definir estratégias capazes de apreender as especificidades das regiões/localidades e enfrentar suas desigualdades.

O debate sobre o Plano de Saúde para a Amazônia Legal coloca em destaque a dimensão regional e há uma possibilidade de inovação na condução desse processo no sentido de fortalecer as alianças/redes que conformam/fortalecem uma determinada região,

e não mais necessariamente aquela delimitada como macro-região do país, que reúne diferentes Estados pela sua localização geográfica.

Contudo, pensar regionalmente rompendo com a classificação geográfica das macro-regiões do país não é fácil, implica em um processo político de construção de uma nova identidade que busca atribuir valor social a dada diferença. É um novo recorte político, que se distingue pela revisão da sua história, pela busca de um sentido e projeto novos e próprios, pelo reconhecimento de sua diversidade e complexidade.

Tem-se na marca Amazônia Legal esta nova configuração de uma região, que se conforma na conjugação de municípios e estados, que guardada suas diferenças, buscam um interesse em comum para seu desenvolvimento econômico e social. A Amazônia Legal é a expressão dessa conjugação, uma região constituída por estados das macro-regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste cujo objetivo é fortalecer as iniciativas e estratégias que promovam o seu desenvolvimento ao mesmo tempo que a sua proteção, entendida como uma ação pública intersetorial que visa resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos: doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão (por renda, raça, gênero, etnia, cultura, etc.).

Se seus representantes consideram que no passado a baixa integração das ações não favoreceu a implementação de planos e projetos sociais, esperam hoje que a lógica do desenvolvimento sustentável da região, torne os investimentos em saúde um fator dinamizador da economia local.

Propõem-se, então, um sistema mais integrado de planejamento e orçamento que possam efetivar um plano regional de investimento, baseado em prioridades pactuadas na região e em cada estado, para estimular uma industrialização capaz de aproveitar a rica biodiversidade da Amazônia, e desenvolver na região estruturas produtivas amparadas em indústrias leves e com a exploração sustentável dos recursos naturais.

No âmbito da saúde, um plano diretor de investimento regional pode contribuir para a criação de empregos e geração de renda nas comunidades, dentro do princípio de complementaridade das ações em saúde entre iniciativas públicas e privadas, que atendam as necessidades dos diversos grupos sociais aos quais o sistema deve garantir acesso na produção de insumos, promoção à saúde e prestação do serviço.

A valorização da Amazônia Legal não apaga outras formas de identificação anteriores dos entes que a compõem, criando tensões, e exige um esforço daqueles que são seus porta-vozes para firmar essa identidade através da definição de estratégias de articulação e integração regional, das bases de condução do processo decisório e ainda da construção de redes sociais. São em torno dessas variáveis que se tece abaixo breves comentários.

Sobre as estratégias de articulação

A proposta de um planejamento global para a Região Amazônia Legal que a legitime surge como prioridade do Governo Federal, no âmbito de um projeto mais amplo sob a coordenação do Ministério da Integração Nacional, em 2003. É, portanto, resultado de uma demanda externa ao Ministério da Saúde, indicando que o desafio da integração regional e o atendimento prioritário da Amazônia é parte do programa de Governo. Ainda, destaca-se o caráter intersetorial da resposta governamental, ao reunir na formulação do plano de Desenvolvimento Sustentável da Amazônia, diversos ministérios e secretarias especiais ligadas diretamente à Presidência da República.

Em resposta ao desafio, o Ministério da Saúde constitui um Grupo Técnico para mediar as suas articulações interna e externa na implementação do Plano. O GT é coordenado por membros da Secretaria Executiva do Ministério, que prestam apoio ao processo de descentralização do SUS e respondem pela política de investimento e projetos estratégicos para o SUS, e conta com um Colegiado Técnico com membros de diversas áreas do Ministério da Saúde.

Em agosto de 2003 realizou-se a I Oficina de Trabalho para a Região da Amazônia com o tema Construindo uma agenda de saúde para a Amazônia Legal. Este momento político histórico, marca o início do processo de planejamento estratégico de uma nova gestão sobre a qual se tem grande expectativas quanto a mudanças mais radicais no modo de olhar a região e atender suas demandas.

A Oficina buscou atuar junto aos atores sociais regionais, integrar as ações de saúde em curso na região, formulando propostas que viabilizassem a adequação do SUS na Amazônia Legal e explorassem as potencialidades do SUS no desenvolvimento econômico sustentável da região, bem como definir prioridades para cada um dos seis eixo de

intervenção propostos (educação e trabalho em saúde, saúde indígena, gestão descentralizada, atenção à saúde, ciência, tecnologia e inovação, vigilância em saúde), através de consensos.

O encontro reuniu cerca de duzentas pessoas onde observou-se a forte representação de atores governamentais e a presença marcante de atores sociais do estado do Amazonas, indicando a dificuldade de atrair pessoas de outros estados pelas grandes distâncias que separam os estados, municípios e comunidades amazônicas. Contudo, a reunião experimentou via Embratel manter em cada estado da região um local de transmissão das reuniões plenárias para sistematização das proposições.

Com esse processo buscou-se desenvolver um modo de planejar, acompanhar e avaliar de forma cooperativa e participativa, conforme o que determina o termo de cooperação do governo federal com os estados da região, para definição de políticas públicas e prioridades de investimentos.

Do encontro resultou a proposta de criação do Núcleo de Integração e Desenvolvimento da Saúde Amazônia (NAID) com representantes de diversas áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), das Instituições de Ciência e Tecnologia, da Plenária Nacional de saúde na Região Norte.

O NAID Amazônia viabiliza a formulação e implementação do Plano de Saúde para a Amazônia Legal (PSAL), em uma perspectiva de participação ampliada e pretende se reunir com periodicidade no mínimo mensal. Organiza suas discussões a partir da agilização da agenda regional, pautando os temas a serem focados em cada reunião e da composição de Quadro de Ações propostas para acompanhamento da execução do Plano de Saúde.

Com essas estratégias o Ministério avança na construção de uma articulação dos diversos segmentos de interesse na AL e busca maior institucionalidade ao projeto proposto para a região. Nesse sentido, é uma iniciativa ímpar de construção de uma política para a Amazônia, buscando atender e apreender suas especificidades.

O processo de articulação regional em torno ao Plano de Saúde exige também um esforço do MS na articulação com variados grupos e representações externos ao setor da saúde. Essa articulação do MS com grupos externos inclui as instituições de ensino e

pesquisa da região, outras áreas do governo (Ministérios e Secretarias Especiais da Presidência) e representações da população local (índios, população ribeirinha, quilombolas, ONGs nacionais e internacionais).

O MS está numa fase inicial na articulação desses grupos e formação de uma rede específica em torno ao projeto. Ainda é incipiente qualquer análise sobre a construção dessa rede mas já é possível identificar alguns grupos que se destacam, com acúmulo de conhecimento da região, dos problemas e atuando na solução dos mesmos, mas não necessariamente articulados ao aparelho de Estado. As ONGs são um exemplo dessa forma de atuar e que trabalham na perspectiva da solidariedade e construção de redes sociais.

No atual estágio da pesquisa, realiza-se um mapeamento desses grupos sobre os quais se tem pouca compreensão.

Processo decisório

A participação do grupo de pesquisa nas Oficinas e Encontros de trabalho sobre o projeto da AL possibilita uma compreensão mais específica sobre o processo decisório e o papel que o Plano de Saúde da AL ocupa no Ministério da Saúde.

Percebe-se que o PSAL não se constitui em uma prioridade do Ministro da Saúde e do primeiro escalão, especialmente a Secretaria Executiva aonde ele foi elaborado, apesar da prioridade enunciada pela Presidência da República. De fato, há o envolvimento de dirigentes de segundo escalão da SE no lançamento da proposta e em momentos pontuais (oficinas), onde disseminam as diretrizes que devem sustentar o processo de planejamento. Há uma maior participação dos dirigentes do terceiro escalão e gerências técnicas com afinidade com a temática, porém com limitado poder decisório.

Alguns fatores podem explicar a dificuldade dessa política se tornar efetivamente prioritária na agenda federal tais como a baixa tradição do MS na formulação de políticas de corte regional e o peso das demandas encaminhadas, especialmente, pelos gestores da Amazônia, no processo de mudança proposto pela atual gestão.

Também se observa pouca institucionalidade do PSAL, e sua continuidade enquanto processo depende de técnicos, que não respondem exclusivamente pelo projeto, que não

tem uma tradição de operar políticas de corte regional, e estão ocupando cargos no nível da gestão há pouco tempo. Essa fragilidade se reflete nas instâncias criadas para o Saúde Amazônia, cujos coordenadores acumulam atribuições e demonstram ter pouco poder de decisão e interferência nas propostas governamentais. Acresce a este fator a insuficiência de regras claras, instrumentos e recursos de poder que garantam a institucionalidade do projeto. Os recursos financeiros que estão em jogo para a implementação das propostas também são geridos de forma fragmentada e sente-se que há não há necessariamente novos recursos.

Com isto, a integração interna para a construção da política regional perde o potencial coletivo indicando um estilo decisório fragmentado, concentrado em secretarias de maior porte político e institucional como a Secretaria Executiva e da Atenção à Saúde frente a pressão do gestor local. Outra secretaria de peso é a de Gestão de Recursos Humanos com duas frentes de trabalho – capacitação de novos e antigos profissionais de saúde, para a qual se articula com as Universidades, Fiocruz e etc., com recursos de organismos internacionais (OPAS e BIRD), e política de regulação e fixação profissional, com forte ênfase na cooperação internacional. Um problema que tem sido destacado é a presença ilegal de médicos de família cubanos em áreas isoladas da Amazônia.

No processo de formulação do plano um eixo que se consolida é o de Ciência e Tecnologia, com a instituição de rede social, que articula as Universidades (federais e estaduais) e diversos institutos de pesquisa funcionando na região para definir prioridades para pesquisa e desenvolvimento tecnológico e destinar recursos específicos para seu fomento. Uma nova dimensão que vem sendo trabalhada em separado pela área de investimentos e projetos estratégicos é a possibilidade de criar incubadoras de empresas de base tecnológica em parceria com as universidades visando investir na produção farmacêutica de base em produtos naturais da região.

Assim, o processo decisório está comprometido numa lógica institucional que não promove a construção coletiva entre as áreas do MS e muito menos a construção de propostas especificamente direcionadas à AL. O que se apreende é um esforço de compilação das iniciativas das várias áreas e incentivo para que as mesmas adaptem suas ações para a AL, priorizando a região na implantação de políticas, sem um esforço para a construção efetiva de uma política regional – ponto central no debate deste Plano.

Referências Bibliográficas

- Araújo TB. Por uma nova política nacional de desenvolvimento regional. *Revista Econômica do Nordeste* 1999 Abril/Junho; 30 (2): 144-61.
- Brasil, Ministério da Integração Nacional, Agência de Desenvolvimento da Amazônia. *Amazônia Legal*. Disponível em <http://www.ada.gov.br/amazonia/index.asp>. Acesso em agosto 2003.
- Brasil, Ministério da Integração Nacional, Ministério do Meio Ambiente. *Amazônia Sustentável. Proposta metodológica e subsídios para a elaboração do Programa de Desenvolvimento Sustentável para a Amazônia*. Brasília: Brasil, Ministérios da Integração Nacional e do Meio Ambiente, junho de 2003.
- Brasil, Ministério da Saúde. *Projeto Amazônia. Construindo a integração das ações de saúde com investimentos estruturadores na região*. Brasília: Brasil, Ministério da Saúde, junho de 2003.
- Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Plano Brasil de Todos. Participação e Inclusão. Orientação estratégica de Governo: crescimento sustentável, emprego e inclusão social. Plano Plurianual 2004-2007*. Brasília: Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, maio de 2003.
- Bussman W, Klöti U, Kneppefel P. *Politiques publiques. Évaluation*, Paris : Economica, 1998.
- Comission on The Future of Health Care in Canada. Romanow, Roy J. Comissioner. *Building on Values: The Future of Health Care in Canada. Final Report*, novembro de 2002.
- Esping-Andersen G. *Why we need a new Welfare State*. Oxford: Oxford Press, 2002.
- IBGE. *Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000.
- Mackenbach, JP, Bakker, MJ, *The European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences*. *Lancet*, outubro de 2003; 362: 1409-14.

Marques E. Estado e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revan/Fapesp, 2000.

Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS). Heimann LS, Pessoto UC, Junqueira V, Castro IEN, Kayano J, Nascimento PR, Ibanhes LC, Rocha JL, Boaretto RC, Sícoli JL, Rodriguez ST, Cortizo CT, organizadores. Quantos Brasis? Equidade para Alocação de Recursos no SUS. CD-ROM. São Paulo: Instituto de Saúde da SES-SP/Ministério da Saúde/IDRC/RISS/POLIS, 2002.

Oliveira PTR, Lucena R, Pasche D. Plano de Saúde para a Amazônia Legal. Ministério da Saúde. Brasília, novembro de 2003.

Rosanvallon P. La nouvelle question social. Paris: Seuil, 1995.