

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

VALDIR MOREIRA DA SILVA

Sistemas comparados Itália e Brasil: regionalização e municipalização
da Saúde na perspectiva de um sanitarista em formação

Porto Alegre
2013

Sistemas comparados Itália e Brasil: regionalização e municipalização
da Saúde na perspectiva de um sanitarista em formação

Trabalho de Conclusão do
Curso como parte dos
requisitos para obtenção de
grau no curso de Bacharelado
em Saúde Coletiva

VALDIR MOREIRA DA SILVA

Prof. Dr. Alcindo Antonio Ferla
Orientador

Me. Alessandra Xavier Bueno
Co-orientadora

Porto Alegre

2013

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
Justificativa	7
Metodologia	7
O ESTÁGIO EM TEXTO: AS ATIVIDADES E AS VISITAS	9
Diário de atividades.....	10
O ESTÁGIO EM IMAGENS: APRENDIZAGEM NO OLHAR	20
ARTIGO: SISTEMAS COMPARADOS ITÁLIA E BRASIL: REGIONALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DE UM SANITARISTA EM FORMAÇÃO.....	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57

APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem a finalidade de cumprir requisito parcial para a colação de grau do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Conforme a Comissão de Graduação em Saúde Coletiva em seu Regulamento Interno para Trabalhos de Conclusão de Curso, o Trabalho de Conclusão de Curso pode incluir um artigo científico, apresentando temas ou abordagens originais, que resultantes de pesquisa, estudos de caso, *relatos de experiência ou vivências*, comunicação ou nota prévia. O trabalho é composto por um dossiê com o registro de atividades desenvolvidas no campo de estágio, com um registro fotográfico de atividades realizadas e com a minuta de artigo desenvolvido no formato de análise comparada de sistemas de saúde onde, conforme Conill (2009) busca-se semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, para melhor compreendê-los. A opção por materializar uma modalidade que permitisse a divulgação responde à convicção de que essa experiência, realizada no interior do processo de formação, merece visibilidade ampliada, para a abertura de novas oportunidades. A análise comparada de sistemas de saúde ampliou a compreensão sobre os fatores que constituem desenhos para políticas e serviços de saúde, além de dilatar a compreensão do que compõe o sistema de saúde.

O trabalho originou-se a partir de uma vivência, proporcionada por um intercâmbio de estudos efetuado na Universidade de Bolonha, Região da Emilia-Romagna, Itália. O intercâmbio materializou um estágio do Bacharelado em Saúde Coletiva no eixo temático de Planejamento, Gestão e Avaliação da Saúde. A experiência com o campo temático da saúde internacional permite ampliar a compreensão dos modos de organização e funcionamento dos sistemas de saúde, por meio da identificação de semelhanças e diferenças, de relações com a história e a organização da sociedade, de articulações entre saúde e cultura, entre outras variáveis.

No seu conjunto, esse dossiê procura registrar, de forma analítica, uma oportunidade singular para a formação graduada e a aproximação com um campo temático emergente na Saúde Coletiva. Também um modo definido de aprender Saúde Coletiva:

“uma concepção da situação de aprendizagem contrária à chamada educação bancária, tão criticada por Paulo Freire. Desta forma, destaca o aspecto vivencial e transformador do processo em questão. Assim, o processo de ensino-aprendizagem é compreendido como instrumento da emancipação e libertação (FRANCO & VOLPE, 2011)”.

A aprendizagem como descoberta, com protagonismo ativo, mas também com mobilização de valores e afetos, não apenas um acúmulo de informações ou tomada de consciência, é o que trazem os autores da citação registrada acima.

Como oportunidade singular para a formação na graduação, este relatório procura registrar a realização de um estágio internacional nesse momento da formação, ou seja, a própria graduação; não somente nos estágios mais avançados, como atividades de doutorado e pós-doutorado. O Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, em sua prática de incentivar a singularização dos percursos de aprendizagem, possibilitou um campo de estágio no sistema local de saúde da Região da Emília-Romagna, no norte da Itália, em conjunto com o Centro de Saúde Internacional e Intercultural da Universidade de Bolonha¹. Essa universidade mantém um Protocolo de Cooperação com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e, por meio deste, foi possível a realização do estágio. Este estágio também se insere nos projetos de pesquisa mantidos pela Rede Governo Colaborativo em Saúde², no âmbito da atenção básica.

¹ O Centro para a Saúde Internacional, da Universidade de Bolonha foi criado em 2006 dentro do Departamento de Medicina e Saúde Pública. A principal área de interesse é a saúde global, abordado através de um quadro multidisciplinar - fundamentada na teoria dos determinantes sociais da saúde - que engloba as áreas de medicina, saúde pública, antropologia médica, ciências sociais e políticas, e da lei. Para maiores informações, ver <http://www.csiunibo.org/>.

² A Rede Governo Colaborativo em Saúde é um projeto de cooperação entre a UFRGS e o Ministério da Saúde e tem como proposta promover intercâmbio e ações em rede entre instituições de ensino e pesquisa, entre órgãos de gestão da saúde e entre movimentos de educação e cultura da saúde, do Brasil e de outros países. E, isso se dá por meio de missões técnicas, de estudos e pesquisas e de atividades em rede científica, além da promoção de eventos, simpósios, conferências e encontros sobre temas relacionados à Rede Governo Colaborativo. Outra característica está no desenvolvimento de atividades de divulgação científica e tecnológica, por meio de publicações em diferentes mídias e veículos de temas de interesse da cooperação.

A segunda dimensão registrada anteriormente como interesse do dossiê refere-se ao campo temático da saúde internacional, que inclui o estudo dos sistemas de saúde de outros países, a história e a análise das diferentes modelagens tecnoassistenciais, a ação das instituições de cooperação multilaterais, os efeitos da globalização na saúde e os desdobramentos do complexo produtivo da saúde nos sistemas nacionais dos diferentes países. Este campo temático, presente em diferentes atividades de ensino do Bacharelado em Saúde Coletiva, esteve particularmente presente na Unidade de Produção Pedagógica Políticas e Sistemas de Saúde IV. O estágio permitiu constituir significado de aprendizagem de vivências a esses temas e desenvolver capacidades profissionais também nesse campo.

Justificativa

Na escolha da atividade referida como base para o trabalho de conclusão de curso está presente a oportunidade de ampliar a compreensão do sanitarista sobre os sistemas de saúde como uma maneira de qualificar uma futura atuação profissional. Atuação comprometida com a defesa e a qualificação do sistema de saúde vigente compatível com a formação recebida no Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva. Como salientado acima, um dos resultados formais da vivência está registrado após essa primeira sequência, como artigo científico.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva onde o pesquisador busca:

“tentar compreender a totalidade do fenômeno, mais do que focalizar conceitos específicos; coleta dados sem instrumentos formais e estruturados; enfatiza o subjetivo como meio de compreender e interpretar as experiências; analisa as informações de uma forma organizada, mas intuitiva (GERAHRDT & SILVEIRA, 2009)”.

A coleta dos dados foi feita a partir da vivência do pesquisador, sendo, portanto única e pessoal, tendo a pesquisa bibliográfica como suporte para seus

entendimentos e observações. Mais do que totalidades, a pesquisa se ocupou de intensidades possíveis no campo de estágio, buscando fazer essas intensidades dialogar com conceitos da teoria, descrições da história e relatos de outros atores.

Não se constitui em uma exaustiva revisão histórica da construção dos Sistemas de Saúde, mas sim de uma análise contemporânea, pois esta, no entendimento do autor é mais adequada para o propósito do trabalho. A expressão contemporânea da história sempre é visível nos fatos e nas instituições e isso atravessou a vivência e, por certo, as reflexões que são feitas aqui.

A vivência constitui-se em visitas a algumas unidades de saúde da Azienda Sanitarie Locali-Empresa Sanitaria Local, gestora da saúde da região acima referida, com a finalidade de conhecer o seu funcionamento e sua estrutura. As visitas constituíram-se de conversas com os gestores das unidades, havendo uma interação proveitosa com os mesmos que demonstraram uma generosa disponibilidade em falar sobre todos os aspectos do funcionamento das unidades, bem como fazer um roteiro para conhecer as instalações. No total foram onze cidades visitadas como descrito no item a seguir. As atividades foram relatadas conforme o relatório que segue.

O ESTÁGIO EM TEXTO: AS ATIVIDADES E AS VISITAS

A análise das atividades desenvolvidas demonstra a abrangência vivencial do estágio, que foi estruturado com visitas, vivências, leituras, rodas de conversa, observação, participação em eventos e oficinas e debates. O quadro abaixo sumariza os principais tópicos desenvolvidos no estágio.

Quadro 1 – Tópicos temáticos desenvolvidos no Estágio Internacional em Saúde Coletiva

<ul style="list-style-type: none">• Atenção primária em saúde na Europa: casos selecionados.• Ativismo social e saúde no contexto global• Casas de Saúde: a experiência italiana• Conflitos internacionais e os efeitos sobre a saúde• Globalização e saúde• Intercâmbio em saúde Itália/Brasil: práticas corporais, formação na saúde, atenção básica e redes regionalizadas• Interculturalidade e saúde• Interfaces das políticas de saúde e de assistência social na Itália	<ul style="list-style-type: none">• Mediação cultural e saúde• Migração e saúde• Organização e funcionamento de serviços de saúde que atendem migrantes e populações em situação de rua• Organização e funcionamento do Sistema de Saúde italiano• Participação social e saúde na Itália• Regionalização e saúde: a experiência da Itália• Saúde Global e sistemas locais de saúde• Saúde mental e cidadania: a experiência italiana
---	---

Fonte: sistematização do autor.

Diário de atividades

Como se registrou anteriormente, a base deste trabalho é o estágio curricular realizado na Itália, na Região da Emilia-Romana. A diversidade de atividades não seria bem representada apenas com a síntese apresentada no Quadro anterior. Para fazer uma apresentação mais detalhada, optou-se por uma descrição analítica em formato de diário, apresentando e comentado das principais atividades realizadas, que se apresenta a seguir.

- 16 de maio de 2013
 - Manhã. Conhecendo o CSI: fui apresentado a alguns componentes do Centro e conheci as instalações.
 - Tarde. Aula ministrada pelos professores Ardigò Martino e Brunella Tortoretto. O tema é um estudo de caso de um homem de 75 anos com febre alta, resistente a antibióticos. O diagnóstico, após 3 dias, foi HIV. Seguem-se discussões e considerações sobre população considerada fora de grupos de risco (atividade sexual e drogas) e entender como aconteceu, comunicação às instâncias sanitárias da enfermidade, campanhas de prevenção quanto a forma e público alvo e canal/meio de veiculação. Observações do estagiário: costura bem feita entre patologias/diagnóstico, educação em saúde, comunicação em saúde, legislação e comportamento social. Leituras sobre o Sistema de Saúde Italiano (apropriação de conhecimentos). Ouvinte em um encontro de um grupo de ativistas sociais em um espaço que abriga moradores de rua e imigrantes. Reunião trata de questões de saúde, trabalho, atividades em geral dos moradores, práticas saudáveis, visitas de profissionais de saúde, etc. Este espaço é mantido por uma cooperativa social em um prédio público e os moradores pagam um aluguel simbólico como condomínio. Observações do estagiário: a aproximação com os moradores é lenta, cuidadosa, sendo as reuniões de portas abertas para quem quiser participar.

- 17 de maio de 2013
 - Aulas ministradas por Ardigò Martino e Brunella Tortoretto (com a participação do Prof. Angelo Stefanini-Diretor do CSI) e oficina sobre

migrações e políticas públicas. O tema é sobre os imigrantes (legais e ilegais) que é um desafio para o Sistema Sanitário Nacional, quanto ao seu perfil epidemiológico, atendimento pelas estruturas da saúde, etc..

- 20 de maio de 2013
 - Tarde. Palestra: Desafios dos Sistemas de Saúde no Contexto de Conflitos- casos da Síria e Líbano. Palestrante Kasturi Sem, cientista em medicina comunitária pela Universidade de Liverpool, Reino Unido.
 - Noite. Assembleia da comunidade (ato público) contra o repasse de recursos públicos à escolas particulares. Ativista da UNIBO participando representando o CSI.

- 21 de maio de 2013
 - Tarde. Roda de conversa em Trieste sobre a experiência de implantação de uma micro área de saúde em um território, com as agentes de saúde responsáveis pelo território, e estudantes e pesquisadoras do CSI. Questões relatadas: processo de implementação e resultados obtidos até agora, os avanços e retrocessos por conta do atravessamento político. A ideia é enfrentar os problemas de saúde e sociais, com um trabalho integrado multidisciplinar, antes efetuado de maneira desagregada, em uma área menor dentro do território (500 a 2000 pessoas). As relações entre a população e os operadores da saúde ficaram mais ricas em contraponto a fragmentação anterior.

- 22 de maio de 2013
 - Manhã. Congresso Fare Salute Sul Territorio – 1ª. Parte
 - Tarde. Congresso Fare Salute Sul Territorio – 2ª. Parte.

- 23 de maio de 2013
 - Manhã. Ouvinte na reunião do grupo do CSI na montagem do programa geral do Summer School.
 - Tarde. Participante da reunião do grupo do CSI para elaboração da agenda de trabalho/atividades dos próximos 3 meses.

- 24 de maio de 2013
 - Manhã
 - Participante da reunião da Rete Italiana per l'insegnamento della Salute Globale. A RIISG, constituída em 2007, é uma rede nacional que compreende instituições acadêmicas, sociedade científica, ONG's, associações, grupos e pessoas empenhados na formação em Saúde Global, seja a nível universitário ou da sociedade civil. (Para mais informações acessar: <http://www.educationglobalhealth.eu/it/>).
 - Tarde. Continuação da reunião da RIISG.
- 27 de maio de 2013
 - Tarde. Seminário de encerramento do primeiro curso para Facilitadores Organizacionais (Casa da Saúde AUSL Bolonha). Além das falas dos responsáveis pela AUSL, houve apresentação de quatro casos baseados na metodologia BPL. Após a apresentação de cada um, era feita uma crítica da solução apresentada pelo grupo, por dois profissionais da saúde, que compunham a mesa, e alguém da plateia que se habilitasse. O público presente era composto por profissionais de todas as AUSL da região Emilia-Romagna.
 - Tarde. Reunião ordinária grupo CSI (agenda de trabalho, encaminhamentos, devolutivas, demandas, etc.).
- 28 de maio de 2013
 - Tarde. Reunião com Nadia Maranini, Martina Riccio e Erika Bribo, pesquisadoras do CSI, estabelecendo as primeiras definições para elaboração de um texto, em português, sobre o Sistema de Saúde italiano, a nível nacional, regional e local. Reunião ordinária do CSI: - agenda de atividades: acréscimos, complementos, supressões, combinações; devolutiva do seminário do dia 25/05.
- Dia 30 de maio de 2013
 - Tarde. Participando, junto com a equipe do CSI, da reunião do Comitê de Representantes dos Profissionais da Saúde de Ravenna, Cervia e Russi para pensar um projeto de formação para os profissionais da Casa da Saúde (hospital).

Dia 31 de maio de 2013

- Tarde. Início da elaboração do texto sobre o sistema de saúde italiano. Observações do estagiário: a dinâmica do grupo do CSI é intensa de atividades de contato com diferentes expressões das políticas sociais, de estudos e debates e de produção intelectual. A formação aqui movimentava o tempo e o corpo dos participantes.
- Dia 03 de junho de 2013
 - Tarde. Continuando a elaboração do texto sobre o Sistema de Saúde Italiano. Participação/ouvinte reunião ordinária CSI. Observações do estagiário: a reunião opera como espaço de intercâmbio, mas também como colegiado de condução. Aprendendo novas expressões para o debate da gestão participativa e da democracia institucional.
- Dia 04 de junho de 2013
 - Manhã. Palestra de Alexandre Medeiros (UFParaíba), sobre o PMAQ e APS. Observações do estagiário: identificando outras expressões de uma rede de cooperação brasileira com a Itália e novas dimensões da cooperação da UFRGS com instituições brasileiras.
 - Tarde. Aula sobre o sistema de saúde italiano. Participação ouvinte reunião ordinária Grupo CSI
- Dia 05 de junho de 2013
 - Manhã. Continuação da elaboração do texto sobre o Sistema de Saúde Italiano. Reunião com equipe do CSI, Angelo Stefanini (Dir. do CSI) e Maria Chiara Tassinari (Diretora do Distrito Centro-Norte AUSL de Ferrara), iniciando as tratativas para uma inserção nos serviços. Próxima reunião dia 20 de junho para prosseguimento das tratativas.
 - Tarde: Continuação da elaboração do texto sobre o Sistema de Saúde Italiano.
- Dia 06 de junho de 2013
 - Manhã. Elaboração de um pré-texto sobre os SUS, ESF, UBS e ACS, cujo texto final será elaborado com Filippo Santini a ser entregue a Maria Chiara Tassinari que o apresentará em uma reunião da Casa de Saúde, como uma aproximação para implementar as sugestões no

território. Observações do estagiário: as políticas de saúde do Brasil despertando interesse na cooperação e também as iniciativas no âmbito da atenção básica e da formação em serviço.

- Tarde. Continuação da elaboração do texto sobre o Sistema de Saúde Italiano.

- Dia 7 de junho de 2013
 - Tarde. Continuação da elaboração do texto sobre o Sistema de Saúde Italiano.

- Dia 10 de junho de 2013
 - Tarde. Reunião com Mauro Palazzi, Direttore e Francesca Castoldi, Psicologa do U.O. Epidemiologia e Comunicazione Ausl Cesena. Fala de ambos sobre os Projetos/atividades: Prevenção de doenças, Epidemiologia, Desigualdades sociais, Promoção de vida saudável. Conversa sobre o projeto “Promoção de vida saudável”, baseado em conceitos não usuais no cotidiano dos serviços, ainda marcados pela lógica assistencial. Outros projetos relatados e discutidos “Grupos de caminhada”; “AFA - Atividade Física Adaptada”, para quem sofre de lombalgia, Mal de Parkinson, etc., ou seja, para pessoas onde o tratamento padrão esgotou-se; “EFA - Exercícios Físicos Adaptados”, para quem sofre de diabetes, problemas cardíacos, etc. (são encaminhados pelo médico); “Corrida no Estádio”, acompanhados por profissionais; “Cozinha Salutar”, preparação adequada da alimentação com alimentos mais adequados seguindo uma receita que valoriza alimentos mais saudáveis (peixe, verduras), com a participação de psicólogo; “Desigualdades Sociais - AAA (analisar, advogar, agir). Observações do estagiário: similaridade entre as abordagens vistas no curso de graduação, em particular na UPP de Promoção e Educação em Saúde. Riqueza da análise a partir de experiências desenvolvidas no cotidiano dos serviços. Percepção de que as atividades de promoção da saúde tem menor adesão por parte dos serviços.

- Dia 12 de junho de 2013
 - Tarde. Continuação da elaboração do texto sobre o Sistema de Saúde Italiano.

- Dia 13 de junho de 2013
 - Tarde. Palestra de Wienke G.W. Boerma, pesquisador do NIVEL-Netherlands institute for health services research, sobre a evolução dos sistemas de cuidados primários com a saúde na Europa.

- Dia 14 de junho de 2013
 - Tarde. Continuação da elaboração do texto sobre o Sistema de Saúde Italiano.

- Dia 17 de junho de 2013
 - Manhã. Visita a Casa della Saúde de Colorno, recepcionados pelo Dr. Carlo Percundi (Gestor) e Enf. Piziana Rizolo (Assessora). Dr. Carlo fez um relato contando um pouco da história da casa de saúde. No local nos anos 90, funcionava um hospital dia. Espaço transformado em casa de saúde, atendendo uma população local de 16.000 e na região 36.000, sendo considerada de porte grande. Conta inclusive com serviços de um ambulatório cirúrgico. Visita guiada para conhecer as instalações.

- Dia 18 de junho de 2013
 - Manhã e tarde. Visita a Casa da Saúde de Russi. Coordenadora da AB Antonella Cerchiarini relatou a experiência de implantar a Casa de Saúde como projeto regional, dentro de um novo paradigma de fazer saúde. A ideia é mudar o método de aproximação dos problemas de saúde: medicina proativa, com um ponto único de acesso aos serviços-PUA. Um detalhe: a educação permanente responsabiliza o paciente. Estrutura física está em um antigo hospital. Os pequenos hospitais da região foram fechados, sendo mantidas a área ambulatorial e as enfermarias. As especialidades estão agora na AuSL. Especificou os serviços disponíveis. Peculiaridade: 35% da população acima de 75 anos, morando em diferentes ambientes: litoral, meio rural e montanhas. Observações do estagiário: dificuldade de mudar a lógica

assistencial similar àquela percebida no Brasil para a implantação da Saúde da Família. Situação italiana incipiente se comparada com o Brasil. Iniciativas na Itália mais integradas com outras esferas de atenção e com outras políticas.

- Dia 19 de junho de 2013
 - Manhã. Visita a Lugo, Faenza, Ravenna, Casa da Saúde de Bagnacavallo e Brisighella. Lugo, Faenza e Ravenna eram três distritos diferentes e três departamentos. A partir de 1º Janeiro de 2013, os três departamentos passaram a ser um só, com um único diretor. Ravenna é um departamento com muitos recursos. Após o fechamento dos pequenos hospitais periféricos, a área de enfermagem aumentou de 30 enfermeiras em 1992 para em torno de 100 atualmente. Coord. AB Antonella Cerchiarini e o gestor Dr. Espada insistem que, mesmo que alguns princípios dos serviços sociais e de saúde tenham as características estruturais das Casas de Saúde, o que se quer mudar é a abordagem e o método de trabalho, com uma atitude pró-ativa e avaliação das necessidades do território. As Casas de Saúde estão sendo implantadas e organizadas dentro da lógica da região. Como curiosidade, ver o Projeto Brisighella, pesquisa realizada sobre os hábitos alimentares da população, que demonstrou a influência dos mesmos nas doenças cardíacas e distúrbios cardiovasculares, acessando os links abaixo:
(<http://brisighellaierieoggi.blogspot.it/2012/04/40-anni-di-progetto-brisighella-1972.html> e <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2073912>).
- Dia 20 de junho de 2013
 - Manhã e tarde. Visita ao hospital de G. Marconi de Cesenático. Dra. Campidelli, responsável pelo setor de Medicina Geral fez um relato: o hospital está adstrito a AuSL de Cesena, mantendo a mesma estrutura e em processo de aderir a agenda da mesma. Os principais serviços são medicina interna, cuidados a longo prazo, medicina de reabilitação, um poliambulatorio de especialidades, um centro de diálise, medicina geral e atendimento a turistas pois é uma cidade balneária turística, um ponto de intervenção precoce, e é um pólo de diagnóstico por imagem.

Os médicos generalistas atendem na forma de Medicina de Grupo, com um contrato específico e sendo pago por paciente, tendo em média 1500 cada em sua carteira. Comentários do estagiário: fui confundido como médico brasileiro conhecendo o sistema italiano de saúde e assisti a 13 consultas. Engano desfeito mais tarde. A escuta da expressão “saúde coletiva” para os italianos parece ser deslocada para a experiência da medicina social italiana, com forte protagonismo dos profissionais da medicina e com a politização do “social” como “coletivo”. Coordenadora administrativa Lorena falou sobre a sua atividade que é a de fazer uma ligação entre os diversos serviços do local, mostrando um conceito de rede que não é apenas a soma de serviços de diferentes perfis, mas inclui os fluxos e as articulações entre eles.

- Dia 24 de junho de 2013
 - Manhã e tarde. Encontro no CSI com Túlio Franco (UFF), Luciano Gomes (UFP), Márcio Belloc (ESP-RS), Károl Veiga (SES-RS) e grupo do CSI. Apresentações gerais. Discussão sobre como montar um Curso de Formação de Profissionais da Saúde da AuSL Ravenna, que os capacite a trabalhar dentro de uma lógica diferente, o novo paradigma de atenção à saúde proposta pela Região. Pesquisadoras do CSI fizeram uma exposição síntese sobre as visitas ao território de Ravenna, como uma reflexão sobre a experiência visando a montagem do curso. Foi construída a fala para o encontro do dia 25 em Ravenna com o Diretor da AuSL e sua equipe. Comentários do estagiário: novamente impressionado com a dimensão da rede de cooperação entre a UFRGS e a UNIBO, que parece constituir novas conexões como parte da tecnologia de sua organização.

- Dia 25 de junho de 2013
 - Manhã e tarde. Viagem a Ravenna. Reunião com o gestor Ricardo Varielo e sua equipe conduzida por Ardigò Martino. Fala do gestor explicando as necessidades em termos de formação dos profissionais da saúde que os capacite para um trabalho em equipe multiprofissional e sobre a experiência de implantar 06 Casas de Saúde mudando o

paradigam hospitalocêntrico. Fala de Túlio de Franco sobre o que é a AB. Fala de Luciano Gomes sobre a organização dos serviços e o seu funcionamento. Fala de Márcio Belloc sobre os cursos de formação na ESP-RS com a lógica e especificidade do local de trabalho dos profissionais usando casos reais. Devolutiva do encontro em Ravenna, cada um expondo seu entendimento e percepção sobre a validade/êxito do encontro. Comentários do estagiário: compreendendo mais a tecnologia das “devolutivas”, como informação, como síntese e como análise coletiva do que foi realizado. Aprendizagem coletiva e planejamento compartilhado.

- Dia 26 de junho de 2013
 - Manhã. Acompanhando Márcio Belloc na reunião com Augusta Nicoli para tratar do estabelecimento de um intercâmbio de cooperação entre a Região da Emilia-Romagna e a ESP-RS para pesquisa e formação.
- Dia 27 de junho de 2013
 - Manhã e tarde. Viagem a Cesenatico, complementando a 1ª. visita e conhecendo os demais serviços da Casa da Saúde em vias de implantação e agregação dos serviços já existentes. Roteiro conduzido pela Dra. Campidelli.
- Dia 28 de junho de 2013
 - Manhã e tarde. Participação no Secondo Laboratorio: Cartografia Sociale.
- Dia 01 de julho de 2013
 - Tarde. Reunião ordinária grupo CSI.
- Dia 02 de julho de 2013
 - Manhã e tarde. Viagem a Copparo para conhecer a Casa della Salute do território. As atividades iniciaram com a apresentação da Casa della Salute Terre e Fiumi e seu projeto pelo Diretor do Distrito Alberto Tinarelli enfatizando a que o mesmo busca a responder as demandas atuais da saúde da população. Tal projeto consiste em desenvolver um novo paradigma de atuação e dar uma resposta adequada aos

cidadãos do território, que são em torno de 35.0000. Seguiu-se uma apresentação mais detalhada pela Diretora do Departamento de Cura Primária Chiara Benvenuti, seguida de uma caminhada para conhecer as instalações. Como as outras casas, esta está instalada em um hospital (San Giuseppe). Reunião ordinária no CSI, com devolutivas da viagem a Copparo.

- Dia 03 de julho de 2013
 - Dia dedicado à sistematização de textos das atividades.
- Dia 04 de julho de 2013
 - Dia dedicado à sistematização de textos das atividades.

O roteiro de visitas e atividades foi intercalado com períodos de leitura e estudos sobre o Sistema de Saúde Italiano e outros textos pertinentes, tendo a participação constante do Prof. Ardigò Martino e dos pesquisadores e professores do CSI.

O ESTÁGIO EM IMAGENS: APRENDIZAGEM NO OLHAR

A aprendizagem também é deslocamento. O Estágio em Saúde Coletiva percorreu um longo percurso. A Figura 1 descreve este percurso, mostrando uma construção que incluiu novos territórios com histórias diferentes e estéticas distintas.

Figura 01 – Deslocamentos e territórios de vivência no estágio.



Fonte: Projeções no aplicativo do Google Maps a partir dos registros do autor.

Na sequência, algumas fotos dos locais visitados, como registro visual das

atividades desenvolvidas, servindo de encerramento deste relato.

Imagens de Bolonha. Na ordem: Porta Viale, uma das entradas da cidade antiga, as duas torres símbolo do centro histórico, Piazza Maggiore a principal e construção típica do centro histórico.





Bolonha - sede do CSI (à esquerda, térreo), Via San Giacomo onde está localizada e Via Zamboni, início do reduto estudantil.





Participando do Congresso Fare Salute Sul Territorio em Trieste, Itália, dia 22/05/2013.





Registro parcial (segundo) de um roteiro de aprendizagem: conhecendo a AuSL de Colorno. Na sequencia: o prédio da AuSL, quadro geral de informações, serviços segundo andar.





Registro parcial (terceiro) de um roteiro de aprendizagem: conhecendo a AuSL de Russi: a Casa de Saúde, a entrada, novas instalações no aguardo dos usuários, para o desconforto, saúde pós-guerra.

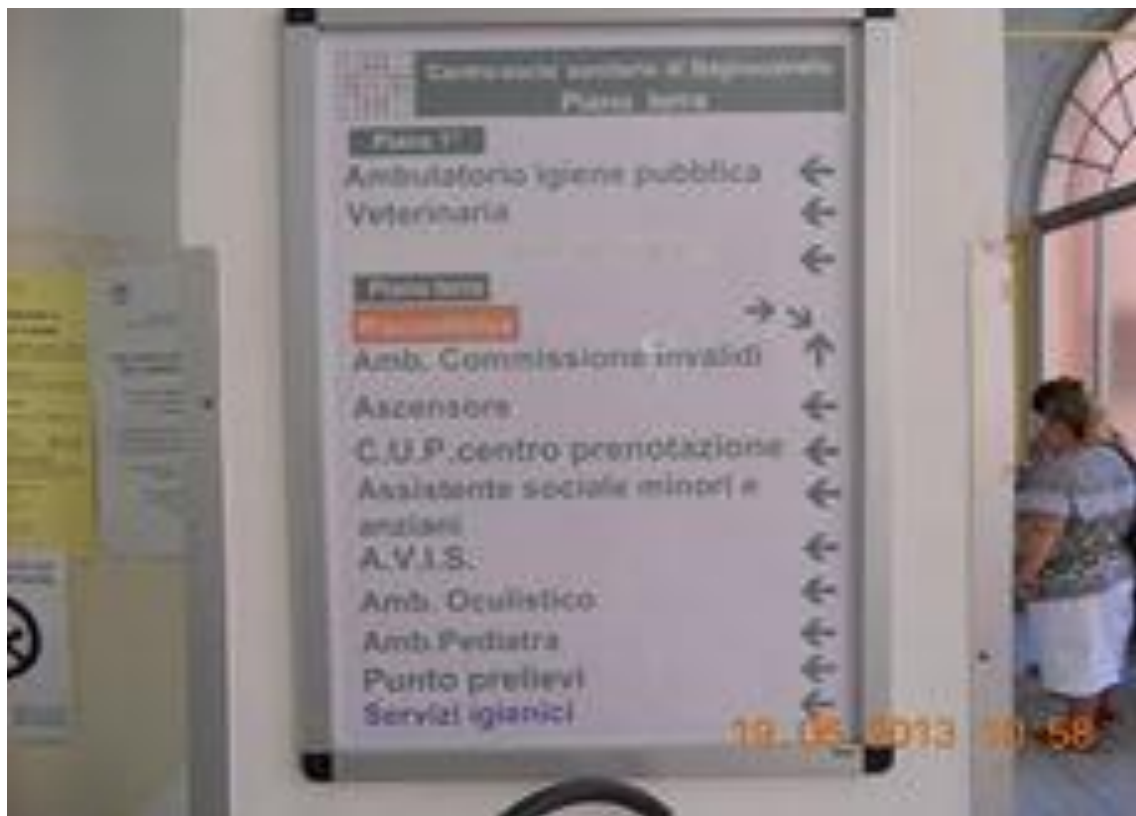






Registro parcial (quarto) de um roteiro de aprendizagem: conhecendo as AuSL's de Ravenna, Lugo, Bagnacavallo e Brisighella. No caminho (sempre), Distrito de Lugo (detalhe data da construção do prédio), Centro Sanitário de Bagnacavallo-serviços 1 e 2, serviços da AuSL Brisighella. Gestor da Casa de Saúde de Brisighella, seu discurso sobre a saúde é = determinantes sociais, a Torre do relógio domina a paisagem em Brisighella, AuSL de Ravenna, serviços da AuSL de Ravenna e antes do retorno à base ... lanche cfe. oferta do menu.











Registro parcial (quinto) de um roteiro de aprendizagem: reunião com o staff da AuSL de Ravenna sobre o projeto de um curso de formação para os profissionais da saúde.



Registro parcial (sexto) de um roteiro de aprendizagem: A sede administrativa técnica da Agência Sanitária e Social da Emilia Romagna, o mapa do Distrito Sanitário e da associação das cidades para efeitos administrativos, auto-explicativo.





Registro parcial (sétimo) de um roteiro de aprendizagem: viagem a Cesenático. Na estrada, o hospital futura sede da AuSL, hall de entrada, ponto de acesso a AB, agendamento de consultas, consultório de especialistas, acesso aos consultórios, indicativo de serviços 1, indicativo de serviços 2, dispensação de remédios. Curiosidade: na primeira visita fui confundido como médico e acompanhei como observador 13 consultas (medicina geral).











Registro parcial (oitavo) de um roteiro de aprendizagem: viagem a Copparo. Na estrada, a Casa de Saúde, um dos acessos, a recepção, a oferta de serviços, pediatria, consultório pediátrico (lúdico), saúde da mulher.









Observação: todos os registros fotográficos foram realizados pelo autor.

ARTIGO: SISTEMAS COMPARADOS ITÁLIA E BRASIL: REGIONALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DE UM SANITARISTA EM FORMAÇÃO.

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de fazer o relato de uma vivência realizada com a finalidade de conhecer o Sistema de Saúde da Itália em uma Região específica. Esta vivência oportunizou recolher elementos para, na forma de um artigo, compara-lo com o do Brasil, buscando entender suas diferenças de implementação, embora os mesmos princípios inspiradores que nortearam sua criação. Trata-se da visão de um sanitaria em formação, sujeita, portanto a futuras inserções que venham a complementá-la. Originou-se a partir de um intercâmbio de estudos, no período de maio a julho de 2013, realizado no Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural – CSI, da Universidade de Bolonha, Itália.

Palavras-chave: regionalização, empresarialização, municipalização, sistemas de saúde.

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem o objetivo de conhecer os Sistemas de Saúde do Brasil e da Itália, buscando entender suas diferenças de implementação, embora os mesmos princípios inspiradores que nortearam sua criação. Trata-se de uma visão preliminar sujeita, portanto, a futuras observações que venham a complementá-la. Originou-se a partir de um intercâmbio de estudos, no período de maio a julho de 2013, realizado no Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural – CSI, da Universidade de Bolonha, Itália.

Comparar é buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, para melhor compreendê-los (Conill, 2009).

Em 1948, a criação no Reino Unido de um Serviço Nacional de Saúde (o National Health Service-NHS) como garantia de acesso universal a cuidados gratuitos e integrais, com financiamento a partir de impostos, inaugurou um novo marco na organização dos sistemas de saúde contemporâneos. O direito a saúde foi, então, dissociado do nível de renda ou do vínculo de trabalho passando a ser considerado um direito da cidadania (Conill, 2009).

A Itália é um Estado unitário, conformado por vinte regiões que são a primeira subdivisão do país, tendo sido instituídas com o objetivo de reconhecer, proteger e promover a autonomia local (Constituição Italiana, 1948, Art.5, Art. 114 a 119 e 131). As demais subdivisões que conformam o território são as províncias e os municípios, cada uma com suas leis e prerrogativas.

O Brasil por sua vez é um Estado federativo composto por entidades territoriais autônomas, os estados e os municípios, com governo e leis próprias em consonância com a Constituição Federal, tendo as competências repartidas entre a União e as unidades federadas. Os municípios brasileiros são entes federados com todas as prerrogativas e autonomia para efetuar a sua gestão administrativa, financeira e política (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, Art. 18).

A Constituição Italiana estabelece que saúde é um direito fundamental do indivíduo e tutelada pela República (Constituição Italiana, 1948, Art. 32).

Por sua vez a Constituição Brasileira estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, Art. 196).

CONTEXTUALIZAÇÃO - AS REFORMAS

Conforme Berlinguer e colaboradores (1988), em dezembro de 1978 eclodiu uma ampla mobilização social por uma reforma sanitária motivada por uma grave crise hospitalar fruto de uma Reforma Hospitalar de 1968 que oportunizou a entrada dos hospitais autônomos em substituição às instituições públicas de assistência e beneficência. Esta mobilização contou com a participação da sociedade civil,

principalmente trabalhadores, como resultado de um processo de lutas ideológicas e políticas (Berlinguer e col., 1988).

A Reforma Sanitária, que constituiu-se na primeira reforma do sistema de saúde italiano, resultou na criação do “Servizio Sanitario Nazionale-SSN”, regulamentado por meio da Lei 833/78, comprometido com uma moderna consciência sanitária, com base em um ideário democrático social. Sua proposta de universalizar o acesso e descentralizar a atenção à saúde representava um avanço para os setores mais frágeis da sociedade italiana (Berlinguer e col., 1988), com os princípios de: universalidade, integralidade, equidade, gratuidade e com financiamento público (através da tributação geral, tributação progressiva).

A criação do SSN ocorreu dentro do que podemos chamar Era dos Direitos (1945 a 1980), que tem como marcos o Relatório Beveridge, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Declaração de Alma Ata. Suas características são: os serviços sanitários e os hospitais são reunidos em um único sistema público (nacionalização), o país é dividido em áreas geográficas administradas por comissões designadas pelos municípios. Estas comissões, as Unidades Sanitárias Locais-USL, são instituições públicas sem autonomia e personalidade jurídica, responsável pela gestão operacional dos serviços de saúde (abolição da autonomia jurídica e financeira dos hospitais), com responsabilidade de gestão integral da saúde. Os recursos financeiros necessários são aportados a um Fundo Nacional de Saúde, arrecadados através dos impostos.

No início da década de 1990, a atenção em saúde na Europa podia ser dividida em três grandes modelos: o modelo de seguro social de saúde “sistemas de Bismarck”, os modelos de impostos “sistemas de Beveridge”, e o modelo soviético “sistema Semashko”, sem, no entanto, ser uma réplica exata de qualquer modelo específico, sendo que cada país tem sua própria variação, em que o modelo básico é ajustado às particularidades nacionais (Boerma e Dubois *apud* Marree e Groenewegen, 1997).

A segunda reforma, ocorrida em 1992, constituiu-se na chamada empresarialização da Saúde, motivada por: problemas econômicos (crise dos anos '70-80'), transformações epidemiológicas e demográficas, evolução das biotecnologias e aumento dos custos; problemas de gestão caracterizados por baixa eficiência dos gestores políticos dos serviços de saúde, baixa capacidade de programação e altos gastos; tendências internacionais de reformas sanitárias dos

anos '90.

Ocorrida na chamada Era do Mercado dos anos '80-95', representada pelos governos Reagan/Thatcher, hegemonia do neoliberalismo, políticas do Banco Mundial e FMI, reformas dos sistema de Saúde e privatizações, a segunda reforma estabeleceu que o planejamento será feito a nível federal, representado pelo Plano Sanitário Nacional e pela definição dos Níveis Essenciais de Cuidado (LEA), através de critérios de evidência científica, aceitabilidade e compatibilidade financeira, garantidos uniformemente no território nacional. A nível regional concedeu autonomia para organização dos serviços através de um Plano Sanitário Regional (Testo aggiornato del decreto legislativo de 30 dicembre 1992).

Caracterizou-se pela criação das Empresa Sanitária Local, as Aziende Sanitarie Locali-ASL e das Empresa Hospitalar, as Aziende Ospedaliere. Conforme o Ato de criação da Azienda, a missão da empresa é:

“Promover e proteger a saúde, tanto individual e coletiva, da população residente e, em qualquer caso, no seu território de abrangência, para permitir a melhor qualidade de vida possível, garantindo níveis de assistência essencial, conforme exigido pela legislação nacional e a nível regional (Atto Aziendale Dell’Azienda USL di Cesena, 2007).”

Como afirma Mendes (1999) “Empresas privadas não lucrativas assumiram a gestão sanitária, diminuindo o papel até então protagonizado pelos municípios”.

A gestão passou a ser tecnocrática e as despesas passaram então a ser geridas pelas Azienda Sanitarie Locali-ASL – Empresas Sanitárias Locais – representadas pelos seus diretores gerais regionais.

O Decreto Legislativo 502 de 30 de dicembre de 1992 estabelece que as empresas tem completa responsabilidade financeira, sendo que os recursos financeiros são repartidos levando em conta as características demográficas e epidemiológicas da população e dos serviços prestados, havendo uma distinção entre o campo da saúde, responsabilidade das Regiões, e o campo socio-assistencial de responsabilidade dos municípios. A acreditação de serviços de saúde privados e públicos, permitindo que o cidadão escolha qual vai usar, é uma forma de estabelecer uma concorrência nos tradicionais moldes de mercado, com uma estreita vigilância sobre eficiência, eficácia e qualidade.

Conforme Tasca e Benevides (2011) as novas disposições previam realocação drástica dos recursos financeiros, redistribuição de funções entre municípios e regiões, redução significativa do número das USL e transformação das remanescentes em empresas públicas. Nos novos arranjos institucionais após 1992, o nível local (município) não atua diretamente na gestão, mas participa na condução política e estratégica, mediante instrumentos específicos (Conferências dos Serviços e Colegiados de Saúde dos Prefeitos). As regiões precisam garantir um nível básico de cuidados aos cidadãos, a partir de uma quantia fixa de recursos destinados pela União. A pactuação entre o nível estadual (Regioni) e o estado central é realizada mediante a Conferência Estado-Regiões.

Os pontos principais da empresarialização definidas são:

- ao Estado compete o planejamento através do Plano Nacional de Saúde, definido a cada três anos;
- o Estado estabelece os "níveis uniformes de cuidado" que deve ser garantido pelo SNS, e define anualmente, o montante total de recursos alocados ao financiamento das ações de saúde, outros serviços de saúde não previstos pelos níveis uniformes de serviço e de financiamento concedido. Despesas além do previsto devem ser suportadas com recursos das regiões;
- estabelece uma forte regionalização da saúde: às regiões são atribuídas tarefas relevantes na área de planejamento de saúde, do financiamento e do monitoramento das ações de saúde gerida pelas empresas;
- as Unidade Sanitárias Locais -USL's não são mais ferramentas operacionais dos profissionais da saúde, de maneira individual ou associada, mas empresas regionais, com personalidade jurídica própria e autonomia organizacional, administrativa e financeira;
- o novo sistema de financiamento dos cuidados de saúde é baseado na remuneração pelos serviços prestados, de acordo com as taxas pré-determinadas pelas regiões;
- prevê a separação, contábil e financeira, de intervenções de saúde e dos serviços de cuidado: funções de saúde são de responsabilidade da Saúde, enquanto os serviços de cuidados são da responsabilidade das autoridades locais.

Assim, as ações de racionalização organizacional, administrativa e financeira, antes atribuídas ao Médico (dividido em unidades de saúde locais - agora ASL - Azienda Sanitaria Locale - e ASO - Azienda Sanitaria Ospedaliere), são agora

atribuições de uma equipe dirigida por um Gestor nomeado pelo Conselho Regional. O mandato do Diretor Geral é de cinco anos, mediante um contrato com a administração regional no qual se compromete a buscar atingir os objetivos definidos pelo Plano Regional de Saúde atribuída à ASL.

Porém, dificuldades como a necessidade de contensão de despesas frente à contínua evolução das exigências sociais levou o Estado a buscar uma solução. Perseguindo o enfrentamento dessa questão, e paralelamente eficiência, eficácia e equidade, o governo italiano decidiu, em 1999, por uma terceira reforma que determinou as Normas para a Racionalização do SSN (Repubblica Italiana, 1999).

Esta reforma estabelece a plena autonomia das Regiões na organização e gestão da saúde dentro dos limites dos níveis essenciais de assistência e a autonomia financeira a partir do 2013. A sua implementação definitiva equivale a uma federalização regional, significando que as regiões tem plena autonomia, dentro dos princípios constitucionais, de gerir as questões de saúde da população dentro do seu território . Ela tem como princípios gerais:

- a confirmação da importância do SNS como proteção constitucional da saúde, reafirmando os princípios e objetivos da primeira reforma;
- a conclusão do processo de empresarialização e regionalização do sistema e serviços de saúde;
- o fortalecimento do papel dos municípios.

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, acontecimento político-sanitário mais relevante da época, constituiu-se em um marco na história das políticas de saúde. De caráter democrático, com maciça adesão de diferentes setores da sociedade (Mendes, 1999), o tema saúde como dever do Estado e direito do cidadão foi incluído na pauta dessa conferência, bem como a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial, priorizando as relações entre saúde e cidadania (Finkelman, 2002).

A luta do movimento sanitário se refletiu na aprovação do capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que configura um fato inédito no país (Escorel, 1998). A Saúde Pública, até então submetida à lógica de privatização neoliberal centralizada no complexo médico-industrial, vislumbrava uma nova realidade.

Iniciava-se assim, por meio do SUS, um processo de construção social com vistas a edificar um novo espaço de construção de saúde. Sua concepção pública e

única para todo território nacional, elegeu como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a igualdade de assistência (equidade), e como princípios organizacionais a regionalização, a hierarquização, a descentralização e a participação da comunidade.

No Brasil a regionalização dos serviços em saúde, um dos princípios do SUS, implica na delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país. Contempla também a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo (Teixeira, 2011)

A municipalização da saúde, princípio da descentralização da gestão do sistema, implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (Ministério da Saúde - MS), para os estados (Secretaria Estadual da Saúde - SES) e municípios (Secretaria Municipal da Saúde - SMS). Isto ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), com a transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes (Teixeira, 2011).

Este processo trouxe para inúmeros municípios brasileiros compromissos difíceis de cumprir dada a carência de estruturas adequadas e recursos financeiros, fazendo com que os gestores busquem alternativas através de pactuações ou consorciamentos com outros entes, não raro esbarrando em questões políticas e práticas de gestão.

“... assiste-se no país a escassez de recursos financeiros na área da saúde e de critérios técnicos para sua alocação; a privatização e a mercantilização da saúde e da vida das pessoas ao furor normativo e disciplinador sobre os gestores municipais e estaduais na implementação das normas e modelos verticais, quase sempre inadequados à realidade concreta da maioria das localidades, ao descaso e a refratariedade da gestão em relação ao controle social (Santos, N. M., 2010)”.

O princípio da regionalização refere-se ao atendimento realizado mais próximo do cidadão, preferencialmente pelo município (Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde, 2002).

No Brasil, tomando o caso do Estado do Rio Grande do Sul, a partir de 1999 foram instituídas as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), anteriormente denominadas Delegacias Regionais. O Estado está dividido, político-

administrativamente, em 19 CRS, que contém pessoal técnico e administrativo responsável pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde.

As equipes regionais atuam em cooperação técnica, financeira e organizacional com os gestores municipais e com os prestadores de serviços com o objetivo de organizar os sistemas locais e regionais de saúde (Plano Diretor de Regionalização, 2002). Elas são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde. Suas ações tem o propósito de manter uma relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço, com objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS (Plano Diretor de Regionalização, 2002).

As principais atribuições das Coordenadorias Regionais de Saúde são:

- coordenar o Sistema de Saúde no âmbito regional através de ações desenvolvidas pela CRS's;
- participar e assessorar as instâncias colegiadas gestoras do Sistema de Saúde no âmbito regional;
- promover o desenvolvimento de recursos humanos, em função das necessidades loco-regionais, em conjunto com os Departamentos, Assessorias e Escola de Saúde Pública da SES.
- participar na formulação de programas, projetos e atividades de saúde no âmbito regional e na programação orçamentária anual da Secretaria da Saúde. (Decreto n.º 36.502 de 11/03/96 que aprova o Regimento Interno da Secretaria da Saúde - www.saude.rs.gov.br- modificado).

A Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB/RS), instituída através da Portaria SES nº 09/93, publicada no Diário Oficial do Estado de 21/06/1993, e o Conselho Estadual de Saúde (CES /RS) instância de deliberação e de fiscalização do SUS, conforme a Lei 8142/90, aprovaram a criação das macrorregiões de atenção integral à saúde visando garantir à população, usuários do SUS, uma nova organização para ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Nessas macrorregiões estão inseridos hospitais de referência macrorregional, com capacidade de atender os casos mais complexos, hospital de referência regional e hospitais de referência microrregional e as unidades locais de saúde que são os pequenos hospitais. (PDR, 2002, p.35).

CONCLUSÃO

A formação do Estado italiano ocorreu a partir da unificação de vários reinos que eram Estados independentes, com suas próprias leis, moeda, língua e sistema político, sendo que este processo não foi pacífico. Com a anexação de Roma, que era a capital do Estado da Igreja Católica, transformando-a na capital do Itália, a unificação foi concluída na segunda metade do século XIX.

Há, assim, um forte componente político de centralização do poder para assegurar e consolidar o Estado recém-criado. Posteriormente, com a promulgação da Constituição Italiana em 1948, foram criadas as Regiões com a finalidade de reconhecer, proteger e promover a autonomia local (Constituição Italiana, 1948, Art.5, Art. 114 a 119 e 131).

O Brasil como Estado e com território delimitado, foi construído a partir de diversos movimentos emancipatórios, a partir das chamadas Capitânicas Hereditárias, num total de treze, que era um sistema de administração territorial criado pelo rei de Portugal, D. João III, em 1534. Este sistema consistia em dividir o território brasileiro em grandes faixas e entregar a administração para particulares. Na história do Brasil, temos três períodos de formação do Estado. O primeiro período é o da colonização, quando o território era governado por Portugal. O segundo período é o que leva à independência do país em relação ao controle português, em 1822. O terceiro diz respeito à formação da República, em 1889.

Assim, houve vários movimentos que, embora por interesses e razões diversas de seus protagonistas, sempre tinham como finalidade construir uma nação e delimitar seu território.

A regionalização na Itália, significa que cada Região é responsável por implementar o seu próprio modelo de gestão da saúde através das Aziendas, resguardando todavia o que preceitua os níveis essenciais de cuidado. Este modelo implicou, no nosso entendimento, na fragmentação do sistema e perda de sua identidade motivada por questões econômicas (redução de custos) e de gerenciamento (lógica de quase mercado-empresarialização).

“O período italiano entre 1978 e 1992, marcado não por escolhas políticas capazes de conferir ao campo do real a materialização da concepção ideológica do movimento sanitário, mas por um grande vazio cultural oriundo do argumento construído de que a saúde está na dependência exclusivamente da política econômica e, conseqüentemente, de recursos

financeiros, deságua em pesados danos sociais e éticos. A opção por escolhas políticas conservadoras de racionamento e contenção de despesas feriu a dignidade do cidadão italiano, já que submeteu o seu direito à saúde, por ele e para ele conquistado, à redução de custos e busca de eficácia. (Lima et al, 2009)”

Se na Itália a regionalização configura a gestão da saúde pelas aziende, no Brasil ela tem a finalidade de organizar as ações de saúde de acordo com as características demográficas e epidemiológicas dos territórios. A característica principal do sistema de saúde brasileiro é que as ações são desenvolvidas pelos municípios (princípio da descentralização) locus dos problemas a serem enfrentados.

Um projeto de cooperação técnico-financeira do Gestor Estadual denominado Municipalização Solidária procura “fortalecer as condições para a gestão e a capacidade de oferta de ações e serviços no âmbito municipal, conforme determina a Constituição Federal (art. 30, inciso VII)”, através do repasse de recursos do tesouro estadual aos municípios, para a melhoria do sistema de saúde. A maior parte do recurso, denominada fração principal, tem sua utilização totalmente definida pelo município, a partir das prioridades locais, através de Planos de Aplicação, devidamente aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde-CMS, podendo ser aplicada em custeio ou investimento, desde que seja na função saúde. O cálculo dos valores, transferidos trimestralmente de fundo a fundo, se baseia em critérios técnicos (demográficos, epidemiológicos, de capacidade instalada e financeiros).

As ações são discutidas e avaliadas pelos conselhos locais (participação social formal, inexistente na Itália) com o objetivo de fortalecer a expressão e a legitimidade política das demandas, necessidades e problemas da população em relação à Saúde.

A descentralização da gestão e a regionalização da atenção à saúde têm como objetivo garantir a atenção necessária à saúde, com a qualidade suficiente. Vêm significando a opção pela criação e pelo fortalecimento das instâncias de pactuação entre os gestores das microrregiões, das regiões e macrorregiões (Plano Diretor de Regionalização, 2002).

Referências

- ATTO AZIENDALE DELL'AZIENDA USL DI CESENA. Delibera di Giunta Regionale n. 1877 del 03/12/2007. Documenti di istituzione dell'azienda e atto aziendale.
- BERLINGUER, G.; Teixeira, S. F.; Campos, G. W. S. Reforma sanitária Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec, 1988.
- BOERMA, W.G.W.; Dubois, C.; Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde. Mapeamento da Atenção Primária em toda a Europa. Open University Press.UK 2006.
- CAMERA dei DEPUTATI,It Decreti Legislativi 502/92 e 517/93.
- CONILL, E.M.; Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2009.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988.
- ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro;Fiocruz, 1998.
- FINKEEMAN, J. (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- FRANCO, E.M.; VOLPE, A.J.; Sentidos para a formação em um grupo de reflexão. Psicol. Ensino & Form. vol.2 no.1 Brasília, 2011.
- GESTÃO FINANCEIRA DO SISTEMA ÚNICO de SAÚDE, 2002, p.12.
- GERHARDT,T.E.; SILVEIRA, D.T. (org); Métodos de Pesquisa; Porto Alegre: Editora da UFRGS;2009.
- LIMA,R. C. G. S.;SEVERO, D.O.;VERDI,M.I.M.;Da ROS,M.A.; A Construção do Direito à Saúde na Itália e no Brasil na Perspectiva da Bioética Cotidiana. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.118-130, 2009.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2002.
- REPUBBLICA ITALIANA. (Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitária-Testo aggiornato del decreto legislativo de 30 dicembre de 1992). Disponível em www.universita.cisl.it/carlo/.../dlgs502-92.pdf.

REPUBBLICA ITALIANA. Decreto Legislativo n. 229, del 19 giugno 1999. Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. Gazzetta Ufficiale, Roma, 16luglio1999.

Disponível em: <<http://www.parlamento.it/leggi/deleghe/99229dl.htm>>. Acesso em: 12 set. 2013.

REPUBBLICA ITALIANA. La Costituzione dela Repubblica Italiana. Roma, 1947.

Disponível em: <<http://www.quirinale.it/costituzione/costituzione.htm>>. Acesso em: 14 ago. 2013.

SANTOS, N. M. A Organização da Saúde no Rio Grande do Sul. Revista Gestão & Saúde, Curitiba, v. 1, n. 3, p1-10. 2010.

TEIXEIRA, C.; Os Princípios do Sistema Único de Saúde; Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde.

Salvador, Bahia. Junho de 2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modo de fazer do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva incentiva seus graduandos a expressarem de formas diferentes seu aprendizado e impressões no final da graduação. Prática que rompe com alguns paradigmas cristalizados e mantidos como forma de validar o conteúdo dos currículos.

No caso deste graduando, com uma trajetória profissional pautada pela técnica, em que a lógica sempre se sobrepôs a subjetividade, onde dois mais dois são sempre quatro, que veio a perceber que em saúde dois mais dois pode ser três, talvez cinco ... Minhas experiências com a saúde, em particular com os episódios de adoecimento já apontavam nessa direção: as mesmas doenças afetam de diferentes formas as pessoas e cada uma, em diferentes momentos. Com ingresso um tanto tardio na academia, dei-me conta que esta assertiva foi-me sendo desmentida também com o passar do tempo no contato com ideias e conceitos. Fui incentivado a me reconstruir como pessoa detentora de algumas verdades tidas até então como sólidas e que dimensionavam meu modo de viver, de estabelecer relações e de vivenciar a realidade. Não, é verdade, sem alguma resistência, fruto de concepções naturalizadas ao longo da vida. Mais do que conhecimentos adquiridos, o curso me proporcionou a entender que a realidade é construída e que a teoria serve para entendermos esta realidade e que podemos interagir e modificar práticas tidas como verdadeiras e únicas. Também que aprender é se reinventar, continuamente.

A oportunidade que me foi propiciada de conhecer outros lugares, culturas diferentes, sociedades diferentes, outras formas de fazer saúde, no caso o estágio em Bolonha, Itália, me mobilizou e me afetou de uma maneira profunda e singular. Profunda porque mexeu com meus conceitos e singular porque única e jamais imaginada, que operou com valores, afetos e ideias.

Como escrevi em um post da Rádio Web Saúde Coletiva da UFRGS: “Ao aterrissar na cidade de Bolonha um sentimento de alegria misturado com um aperto no coração tomou conta de mim. O vento frio que soprava deu-me um choque de realidade. Eu estava ali sim, e como disse em outra postagem, acordando-me de um

sonho que poucas vezes me atrevi a ter. O percurso que fiz para, sem imaginar, me trazer até aqui mostrou que valeu a pena. Não somente pela viagem apenas, que por si só é fantástica, mas muito mais pela certeza que estou contribuindo para a construção de algo importante que servirá de caminho para tantos outros. E por isso sou grato”.

Sinto-me preparado para iniciar mais uma etapa, seja nos serviços ou na academia. O Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva me fez outro. Nas percepções, no olhar a realidade e principalmente em uma nova concepção de vida, comprometida com todos aqueles que de alguma forma, mesmo sem o saberem, esperam o olhar atento, a decisão firme e serena do Sanitarista que agora sou, no sentido de contribuir para melhorar as condições de vida das populações, sem distinção alguma.

Além de conhecer outra realidade, outro sistema de saúde, outras culturas e, sobretudo, um conjunto novo de sujeitos militantes por uma saúde mais generosa e por uma sociedade melhor, também pertenço, de certa forma, a outras histórias, outras redes e a um conjunto novo de amigos. O olhar do sanitário agora vê também com essa experiência.

Sobretudo, agora convencido que ser sanitário é deixar a experiência da formação buscar sentidos no olhar, mas também estar aberto à aprendizagem o tempo inteiro. O contexto da saúde se refaz, com a organização da atenção, da gestão, da formação e da participação em movimento o tempo todo. Como aprendi nas aulas, é uma mandala. O estágio final do curso permitiu, com os parceiros italianos, tornar-me ainda mais um sanitário com “olhar mandala”. Pronto agora para a nova etapa da vida: o trabalho no cotidiano do SUS.