



Rio de Janeiro (RJ), 18 de abril de 2017

Relatório do Seminário de Difusão do Projeto Brasil Saúde Amanhã: “Critérios para Investimentos em Saúde”

Local e data: evento realizado na Sala Multimídia da Biblioteca de Manguinhos, 2º andar do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz), Pavilhão Haity Moussatché / Av. Brasil, n. 4.365, Campus Fiocruz Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), no dia 18 de abril de 2017, das 9hs30 às 13h30, com transmissão on-line.

Dinâmica: os pesquisadores **Francisco Carlos Cardoso de Campos** (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais – NESCON/UFMG) e **Luiz Ricardo Pinto** (Faculdade de Engenharia da UFMG), apresentaram o estudo ***Prioridades de investimentos em saúde no Brasil: subsídios para elaboração de uma proposta metodológica***, desenvolvido no âmbito da rede Brasil Saúde Amanhã. O debate foi coordenado por Luciana Dias de Lima (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Ensp/Fiocruz) e tendo como debatedores Eduardo Levcovitz (Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IMS/UERJ), Isabela Soares Santos (Ensp/Fiocruz) e José Carvalho de Noronha (Icict/Fiocruz). O evento contou com a participação presencial de cerca de 30 pessoas e foi acompanhado remotamente por transmissão online. Ademais, tanto o estudo como o material de cobertura do evento estão sendo disponibilizados na página e nas redes sociais da iniciativa Brasil Saúde Amanhã.



O Coordenador Executivo da iniciativa Brasil Saúde Amanhã, Prof. Dr. José Carvalho de Noronha (Icict/Fiocruz), abriu o evento apresentando o escopo geral da iniciativa e situando o estudo realizado pelos pesquisadores da UFMG no âmbito do Brasil Saúde Amanhã e, mais especificamente, na série de estudos que vêm sendo realizados pela iniciativa na temática do planejamento e metodologias de alocação de recursos e serviços de saúde em escala nacional.

Ele destacou o escopo de atuação do Brasil Saúde Amanhã: a ampla e diversa rede de colaboradores (das unidades Fiocruz e de pesquisadores de outros órgãos e universidades); o marco teórico-conceitual dos cones de futuro de Voros (2003, *apud* HABEGGER, 2010) e seus três cenários (pessimista e plausível; inercial e provável; e desejável e possível); as duas principais metodologias utilizadas no projeto (análise de tendências, aplicável nos estudos de epidemiologia e demografia; e rastreamento de horizontes, de caráter mais especulativo e adequado aos estudos das demais áreas); o horizonte desejável e factível fundamentado na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e os 17 Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ONU, 2014) e a saúde como direito do cidadão e bem social conforme Artigo 196 da Constituição de 1988 - *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.* (BRASIL, 1988).

Considerando o quadro dos oito eixos temáticos do projeto – (i) Condicionantes Sociais da Saúde; (ii) População e Saúde; (iii) Desenvolvimento e Saúde; (iv) Saúde e Ambiente; (v) Financiamento Setorial; (vi) Complexo Econômico e Industrial da Saúde; (vii) Organização do Sistema de Saúde; e (viii) Prospecção Estratégica e Saúde – o Coordenador assinalou que o trabalho ora em debate integra o eixo Organização do Sistema de Saúde. Ele ainda elencou e discorreu brevemente sobre os conteúdos, abordagens, indicadores e resultados dos estudos já realizados na convergência dos eixos população e organização do sistema (SANTOS, et al, 2014; VIACAVA et al, 2014; OLIVEIRA e O'NEILL, 2015; MAGALHÃES et al, 2015; SANTOS, et al, 2016; OLIVEIRA,



O'NEILL e SILVA ,2017), ressaltando a importância e o papel fundamental de pesquisas desse tipo para o planejamento, para a busca por “taxas de uso” dos serviços de saúde e para a identificação dos polos de atendimento e dos vazios assistenciais. O Coordenador ainda destacou que outros estudos complementarão essa série, sendo que o trabalho ora em debate representa mais um importante passo na integração e complementaridade dos estudos que embasam uma proposta de metodologia para alocação de recursos e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no país.

Após essa introdução, o Coordenador Executivo do projeto passou a palavra para a mediadora do seminário, Luciana Dias de Lima (Ensp/Fiocruz), que após breve apresentação dos participantes e da dinâmica do evento chamou o pesquisador Francisco Carlos Cardoso de Campos para apresentar o estudo *Prioridade de investimento em saúde no Brasil: subsídios para elaboração de uma proposta metodológica*.

Francisco Cardoso começou a apresentação destacando sua atuação em diversos Grupos de Pesquisa e na elaboração de propostas e projetos de planejamento e alocação de serviços de saúde junto à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). O pesquisador sublinhou o predomínio do caráter discursivo e irracionalista na ideia de “necessidades de saúde”. Destacando sua filiação e proposta de um viés mais racionalista para lidar com essa questão a partir de modelagens matemáticas, visando romper com a lógica histórica que tem orientado o Planejamento e a Programação em Saúde. Ele lembrou a atual normativa dada pela Portaria Nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que *Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS*, que revogou a Portaria Nº 1.101, de 12 de junho de 2002.

O estudo está dividido em duas vertentes. Uma primeira, de caráter exploratório, sistematiza um conjunto de metodologias e ferramentas acerca de alocação e distribuição espacial de recursos e serviços em saúde. Na segunda vertente, apresenta-se um estudo de caso prático, fundamentado em cenários prospectivos para 2030, a

partir da distribuição de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) Neonatal no estado do Mato Grosso. Esse recorte empírico foi definido em função da disponibilidade e facilidade para acesso aos dados.

O autor chamou a atenção para a necessária definição e conceituação da noção de “investimento em saúde”, entendida como inversão de capital, fixos e bens de capital, capacidade instalada, no estudo compreendido como “recurso físico” em saúde (SANTOS *et al*, 2016). O pesquisador também assinalou a necessidade de distinguir “investimentos” de “alocação equitativa de recursos”, lembrando que a garantia de recursos de custeio futuro pode induzir a mobilização de recursos de investimento. Ademais, a proposição de “alocação equitativa” tem se restringido à distribuição apenas dos recursos de custeio, desconsiderando os recursos físicos, o que num território de grande extensão e de tamanhas desigualdades territoriais como é o Brasil se torna uma perspectiva limitada e equivocada.

Por isso, o ponto de partida é uma distribuição e localização mais justa dos serviços de saúde no território para atender de forma mais isonômica a maior parte da população; o critério de “distribuição justa” visando equidade inter-regional.

Em um sistema universal, como é o caso do SUS, deve-se buscar uma revisão dos métodos de seleção de prioridade em saúde. A metodologia RAWP (*Resource Allocation Working Party*), por exemplo, proposta pelos ingleses nos anos 1970, após ser abandonada nos anos 1990, está sendo atualmente retomada. Ou os casos dos métodos CENDES-OPAS de 1965 (OPS-OMS, 1995), SPT/2000 ou de Carga de doenças e DALY (Disability Adjusted Life Years - Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) na seleção de “prioridades”, cujos critérios, avalia o pesquisador, são sempre focalizados.

Daí a necessidade de se pensar seleção de intervenções voltadas para todos os cidadãos e com distribuição equânime. Nesse sentido, o “princípio da diferença” proposto por John Rawls no livro “Uma teoria da justiça” (Brasília: Universidade de Brasília, 1981) é muito inspirador e de grande valia, enquanto critério de discriminação

positiva. Longe, portanto, de políticas focalizadas, os sistemas universais admitiriam exclusivamente diferenciação positiva sobre subpopulações específicas para compensar sua defasagem social historicamente acumulada e determinada pelo sistema econômico, naquilo que John Rawls formula como o “princípio da diferença”: um indivíduo somente poderia auferir uma maior quantidade de bens ou serviços se esses fossem destinados a suprir uma desvantagem ou uma posição desfavorável em relação aos demais. Trata-se, portanto, de incluir critérios de justiça distributiva na alocação dos recursos, não apenas econômicos e de custo-efetividade, e não mais na focalização em tecnologias ou ações sobre doenças ou conjuntos de doenças para as quais se acumulou evidências de custo benefício favorável na sua adoção em larga escala.

Francisco Cardoso destacou que organização dos serviços de sistemas universais em Redes de Atenção à Saúde (RAS) introduz uma mudança significativa na definição de “prioridades” em saúde. Sendo que essa definição passa a ser pensada a partir do conceito de “serviços de saúde” no quadro de uma “carteira de serviços”, portanto, mais complexa e integrada devendo pensar a maneira pela qual tais “carteiras de serviços” serão distribuídas pelo território de modo equânime.

Ele também chamou a atenção para a necessidade de introduzir critérios e raciocínios econômicos, sociais e culturais na linha dos “focos multicritérios” (Rob Baltussen, 2006) para fomentar maior racionalidade nas escolhas. Como também aponta outras vertentes, por exemplo, o método AHP (*Analytic Hierarchy Process*) ou ações do NHS (*National Health System*) fundamentadas em pesquisas de opinião, participação e avaliação da população usuária. Logo, cada vez mais vem sendo incluídos critérios culturais.

Para o pesquisador não devemos continuar insistindo na pluralidade de serviços que caracteriza o sistema brasileiro, nem tampouco no padrão autonomista da descentralização marcado pelas decisões próprias, isoladas e fragmentadas dos entes federativos. Mas, pensar um mínimo consenso para desenhar uma tipologia de



serviços, um mínimo de uniformidade dos serviços para a escala nacional. Tipologia de serviços de saúde que seria a condição para a definição das prioridades.

Ancorando no tema da alocação de recursos físicos em saúde, o pesquisador apontou a *reconversão das unidade de saúde conforme as demandas estimadas em longo prazo* como caminho para essa priorização. O que fazer com a plethora de pequenas unidades hospitalares que caracteriza o território nacional? Daí a necessária reconversão ou “retecnificação” dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e das Unidades Básicas de saúde, considerando a possibilidade aberta pelo barateamento e massificação de boa parte das novas tecnologias. Além de uma localização e integração das unidades hospitalares segundo tipologia: seleção de hospitais passíveis de sediarem UPAs (Unidades de Pronto Atendimento), a partir de critério de “tempo máximo de deslocamento” para acesso (no caso, máximo de 1 hora); sistema integrado de hospitais locais com plantão 24hs para primeiro atendimento e hospitais polos (macrorregionais) para atendimentos segundo atendimento, cobrindo os “vazios assistenciais”. Outra área para aplicação dessa metodologia, sublinha o autor, é a de “transporte sanitários” (como é o caso do transporte móvel de urgência e emergência).

Francisco Cardoso propôs a adoção da Pesquisa Operacional – PO como metodologia adequada para superar a tomada de decisão baseada em “sentimentos”, “bom senso” e “experiências anteriores”, predominante hoje na gestão da área da saúde, rumo a um método mais matemático racional que garanta “soluções ótimas”. Trazendo critérios e elementos da logística e da engenharia aplicados à saúde, a PO envolve: distribuição / alocação de recurso escassos em ambientes de alta demanda; determinação do comportamento dinâmico de um sistema para verificação de adequabilidade de configurações e/ou identificação de gargalos; e construção de modelos que representem a lógica que preside o funcionamento do sistema estudado. Portanto, a PO é um modelo que reduz as variáveis através de modelagem matemática, uma redução da realidade própria a métodos heurísticos (aproximação,



simulação, reposta próxima ao ótimo, reduzindo tempo para solução viável, mas sem garantia de ser a melhor solução).

O autor apresentou um conjunto de metodologias e modelos de localização e alocação de recursos em saúde: acessibilidade espacial aos serviços, oferta – serviço / demanda – população; o HPSA (*Health Professional Shortage Area*) muito utilizado nos EUA; métodos gravitacionais; razão oferta / demanda; captação flutuante em duas etapas; razão área alcançada / razão médico / habitantes; métodos de variáveis não-espaciais que afetam a acessibilidade espacial; métodos heurísticos. Destacando modelo de otimização alocação/localização que ao localizar aloca recursos: arquitetura da rede de tipo “hub-and-spoke”, ou eixo-raio; modelos de otimização (Modelo de Cobertura, *Set Covering Location Problem* – SCLP; Problema dos p -centros, *p -Center Problem* – PCP; Problema de Localização de Máxima Cobertura – PLMC; Modelo de cobertura Extra; e, sobretudo, o modelo das “P-medianas” para localização e alocação de médicos especialistas segundo níveis de hierarquia e considerando tempo de deslocamento, distância e carteira de serviços, metodologia adotada pelos autores para o exercício realizado, estudo de caso das UTIs Neonatal no estado do Mato Grosso).

Segundo o pesquisador, na elaboração de metodologias e critérios para a priorização dos investimentos, a localização espacial das unidades de saúde é uma das dimensões mais importantes para as estimativas do número e porte das unidades assistenciais, principalmente em nosso país, dadas as enormes dimensões do território e a marcante desigualdade na distribuição das estruturas assistenciais e da população. Ademais, a organização descentralizada do sistema de saúde, com a definição de Regiões de Saúde, tem sido uma estratégia para melhorar o acesso e otimizar a utilização dos serviços, além de buscar integração e a coordenação regional das políticas de saúde. A escolha dos locais para a instalação de unidades ambulatoriais e hospitalares no SUS tem sido feita apenas com base na experiência dos gestores e técnicos acerca da capacidade instalada e da demanda estimada por esses serviços,



além de *benchmarking* (comparação com outros países, relações de taxas de uso, *ratios*) e do componente normativo.

De acordo com o autor, a utilização de modelos para a proposição da localização espacial de recursos físicos de saúde vem sendo progressivamente utilizada, uma vez dados determinados critérios de demanda (população ou subpopulação com determinada condição de saúde), distâncias/tempos máximos tolerados de deslocamento; capacidade de produção do serviço e outras variáveis.

Francisco Cardoso apresentou a “sala de situação em saúde”, ferramenta *online* (*website*) na qual tem trabalhado: ferramenta para classificar tipologia hospitalar do SUS em Minas Gerais (referências 1 e 2, hospitais locais e macrorregionais).

Por fim, o pesquisador apresentou os resultados da aplicação, no estudo de caso realizado para as UTIs Neonatal no estado do Mato Grosso. Cenários prospectivos: exemplo da aplicação de metodologia de otimização espacial - Estimativa da localização de leitos de UTI Neonatal no estado de Mato Grosso: aplicação de um modelo de localização e alocação, cujos critérios utilizados foram:

- Distância Máxima de qualquer sede municipal à UTI Neonatal mais próxima: 300 Km. Foi utilizada, primeiramente, uma distância menor, de 200 km, mas o modelo não mostrou solução viável, optando-se pela distância de 300 km que, pelas enormes distâncias entre os municípios do MT, mostra-se como uma escolha mais factível;
- Número mínimo de leitos para instalação de uma UTI Neonatal: 10 Leitos.
- Pesos atribuídos aos municípios:
 - Pop < 20.000 Zero (não é candidato),
 - 20.000 <= Pop < 60.000: peso 1X
 - 60.000 <= Pop < 100.000: peso 2X;



- Pop \geq 100.000: peso 3X
- Peso das distâncias: apenas para distâncias maiores de 300km e funciona como uma “penalidade”, que inibe a escolha dessas cidades para localização das UTI, uma vez que ela tende a aumentar a função objetivo. Para cada trecho superior a 300 Km de distância, o modelo multiplica o número de quilômetros excedentes pela demanda a ser encaminhada, gerando o valor do “peso da distância”.

Seguem os principais resultados da aplicação desse modelo:

- Foram construídos três cenários utilizando os critérios de *pesos para distâncias* e *para municípios*, sendo que os resultados foram tabulados.
- A distância percorrida aproximada (foram calculada as distâncias esféricas entre todos os municípios) está registrada ao lado de cada cidade de origem das demandas de UTI Neonatal. Os municípios que teriam um deslocamento maior que 300 Km estão marcados na cor verde.
- Um quarto cenário foi elaborado sem a utilização dos pesos, sendo que o objetivo é apenas minimizar o número de UTIs, considerando uma distância máxima rígida de 300 km e um número mínimo de internações anuais de 200 internações, sem pesos para as cidades. Nesse caso, o peso das distâncias não faria sentido já que todos os deslocamentos não poderiam ultrapassar os 300 km. Nesse caso, o modelo indicou um número mínimo de sete cidades.

Apontamentos e considerações dos debatedores

Após a apresentação do estudo, a coordenadora Luciana Dias de Lima fez breve apreciação da apresentação e do estudo chamando os debatedores para compor a mesa.

Eduardo Levcovitz (IMS/UERJ) - Sublinhou alguns pontos: o tema da existência de acessos e barreiras de outra natureza. Embora a dimensão continental do Brasil seja importante, e que a questão da extensão e diversidade territorial sejam relevantes, os

lugares críticos têm sido as Regiões Metropolitanas (RMs). Sendo que o exercício apresentado se caracterizou como um modelo evolutivo “fora” das RMs e próprio às áreas mais distantes e isoladas do país. Portanto, é indispensável pensar outros tipos de barreiras como, por exemplo, os tempos na metrópole (tanto de deslocamento quanto para acesso aos serviços como do horário de funcionamento dos mesmos). Ademais, a questão de localização e alocação deve ser tratada a partir das Redes e não faz sentido considerar um recurso ou procedimento isolado. Porque assim se carrega e se considera toda a complexidade do sistema necessária e própria ao seu funcionamento. Sem se esquecer do binômio diagnóstico-procedimento. Porque unidades de saúde não são autônomas, estão em relações complexas e têm uma vida sistêmica. O pesquisador sublinhou que devemos voltar às “velhas denominações” para nortear nossas ações e método, como a questão das desigualdades e da busca pela igualdade. A seleção de prioridades deveria se amparar em painéis de *experts* ou em comitês de peritos, e não se utilizando medições e critérios normativos de outros países. Ele concordou com a necessidade de especificar “carteira de serviços”, mas indagou “quem” definiria isso. Comitês de gestores apenas? A partir das referências a experiências internacionais que conheceu, ele salientou que deveríamos definir previamente qual o objetivo social que queremos alcançar, qual é o projeto. Porque a questão central é o planejamento. Nesse sentido, avaliar as possibilidades reais, as metodologias que têm factibilidade e aplicabilidade. Levcovitz destacou que a ideologia do neoliberalismo foi profundamente internalizada pela população, o discurso da liberdade individual, do mérito próprio, do “cada um faz o quer”. Portanto, considerando que a visão de mundo hoje é outra, somada à perda de quadros para o planejamento que já existiram, faz com que o padrão de intervenção do Estado no Brasil seja atualmente muito baixo, senão nulo. Ademais, ele chamou a atenção para o fato de que novas fronteiras de expansão da acumulação do capital foram abertas e de que estamos entrando nesse processo sem conhecimento, sem ter as ferramentas para lidar com isso. Por exemplo, questionou, “Quem” oferta tomógrafo hoje no Brasil? Porque nos próximos anos serão os aparelhos de ressonância magnética e PET-



Scan que terão a atratividade e lucratividade para o capital. Eduardo Levcovitz finalizou assinalando que o estudo é um exercício importantíssimo para “não deixar o planejamento morrer”, sobretudo, considerando os próximos anos, para não perder o que temos enquanto aguardamos momentos mais propícios.

Enquanto membro da rede Brasil Saúde Amanhã e coautora de alguns estudos no âmbito da iniciativa, **Isabela Soares Santos (Ensp/Fiocruz)** sublinhou a importância em articular, integrar e sobrepor os estudos e metodologias desenvolvidos na rede Saúde Amanhã na temática da alocação equitativa de serviços e recursos em saúde enquanto interseção dos eixos População e Saúde / Organização do Sistema. Discussão fundamental para formular políticas numa perspectiva do direito universal à saúde e não na de uma cobertura focalizada. A pesquisadora destacou que a Estratégia Saúde da Família, embora tenha alcançado resultados excelentes, acabou sendo uma estratégia focalizada, deixando as classes médias de fora do programa, por exemplo, reforçando um modelo de SUS focalizado. Ponderou ser importante incorporar a relação público-privado, porque caso contrário a aplicação do estudo não dá conta da realidade por desconsiderar a relação público-privado característica do sistema. Isabela também destacou a importância em também pensarmos e definirmos metodologias de “realocação” e não apenas de “alocação” de novos recursos, para colocar em uso o que está ocioso, transferir, compartilhar. Sobretudo considerando contextos de contenção de recursos. Além de garantias de recursos de custeio para poder dar manutenção e continuidade aos investimentos realizados. A pesquisadora criticou ainda o fato dos estudos serem muito abstratos, acadêmicos e feitos a partir da perspectiva e olhar dos gestores, desconsiderando o que os usuários pensam e querem. Outra questão levantada por Isabela foi a respeito das cidades médias. Quais são e quais serão as cidades médias em 2030? Indagou, ao abordar um novo e interessante redesenho do Brasil elogiando os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e a importância dos mesmos nessa nova configuração do país, sobretudo considerando que os mesmos: fixam médicos; e por sua capilaridade no território têm a capacidade de diminuir o tempo / distância de acesso ao sistema de saúde. Ademais, até que

ponto vale investir em HPPs no Brasil? Considerando as mudanças no modelo de atenção à saúde. Isso exigirá outros recortes, pois a assistência, hoje, já é de outra natureza. De que assistência precisamos hoje? Para daí pensar nos recursos físicos que ampararão essa assistência. Isabela também assinalou a importância em discutir “carteira de serviços” no sistema público, porque o sistema privado o faz (rol de procedimentos dos planos de saúde). Portanto, finalizou Isabela, a relação público-privado e a questão da perspectiva limitada à visão dos gestores têm que ser incorporadas de modo mais estrutural nos estudos e metodologias.

O pesquisador **José Carvalho de Noronha (Icict/Fiocruz)** ressaltou a tradição do planejamento trazida ao Brasil por nomes importantes na temática do Planejamento e da Programação em Saúde, como Mario Testa e Adolfo Chorny. O pesquisador destacou três pontos no início de sua intervenção. Primeiro, as camadas, os acúmulos que vêm sendo feitos no âmbito dos estudos da rede Brasil Saúde Amanhã e o esforço empreendido por essa iniciativa em integrá-los. Lembrando que o projeto tem caminhado e avançado muito nesse sentido. Segundo, José Noronha destacou que o critério distância / tempo de acesso numa possível estratégia de reconversão das unidades de saúde deve considerar a enorme distinção e diferenciações conforme os agravos e procedimentos de atenção necessários (citou, por exemplo, os casos de câncer e de infarto). O pesquisador lembrou que é importante em função do subfinanciamento setorial crônico e simultaneamente da necessidade de alocação de novo investimentos, tratar dos recursos para a recuperação das capacidades degradadas já existentes.

Ressaltou, ainda, a necessidade de pensarmos no nosso “Plano Marshall”, após passar a “hecatombe” que estamos vivendo atualmente, daí a importância de metodologias de alocação e da recuperação da cultura do planejamento para aplicação em um futuro mais promissor. O pesquisador assinalou ainda que em função do atual padrão de morbimortalidade no país a atenção primária deixou de ser resolutiva, aumentando a demanda por acesso à média e alta complexidade na atenção à saúde



no sistema. Mais do que estabelecer níveis de atenção, devemos pensar e investir em um “modelo dinâmico”.

Ao abordar a importância e a necessidade da Programação em Saúde, José Noronha comentou que dada a impossibilidade de estabelecer um parâmetro normativo, devemos trabalhar com algo mais ou menos parecido com o método RAWP, girando em torno de uma “média Brasil” para grupos de complexidade distintos, porque essa base de raciocínio é válida e útil para pensar em alocação em saúde. Lembrou ainda que, se não houver garantia de custeio nessa alocação, de nada adianta investimentos em saúde. O pesquisador apontou ainda que no horizonte dos próximos 20 anos a priorização e escolhas serão cada vez mais políticas e quanto mais explicitação da base racional e científica que fundamenta essa escolha, melhor será.

Aberto os debates, **Mônica ‘O’neill** do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), elogiou o estudo e se demonstrou estimulada pela integração e diálogo entre as pesquisas realizadas no âmbito do Saúde Amanhã, assinalando que devemos trabalhar conjuntamente as categorias para “pensar o território”. Daí a importância dos modelos, que não são a realidade em si, mas que permitem pensar e agir sobre ela. Como é o caso da pesquisa sobre “Arranjos Populacionais e Concentrações Urbanas” desenvolvida a partir do critério de deslocamentos da população para estudo e trabalho. Para essa pesquisadora o estudo apresentado por Francisco Cardoso e Luiz Pinto trouxe uma discussão ética importante, que é a dimensão da “justiça distributiva”. **Antônio Tadeu de Oliveira (IBGE)** também ressaltou o diálogo e complementaridade entre os estudos, destacando a importância em pensar de forma conjunta as dinâmicas demográficas mais a alocação de recursos segundo dinâmicas regionais. **Carlos Gadelha (Fiocruz)** assinalou a importância da reconstrução da base do Estado e do planejamento. Ao discutir a questão da heurística do método para avaliar os investimentos, o pesquisador lembrou a tradição Keynesiana em contraposição à tradição neoclássica e pobre que domina a economia da saúde, ao afirmar que numa perspectiva de intervenção do Estado em ambientes de incerteza substantiva, não reduzida a cálculos probabilísticos, os modelos que

supõem a existência de um ótimo econômico e mais ainda na intervenção do Estado são precários e não se adequam para pensar os investimentos em saúde. O método heurístico baseado em convenções sociais (por exemplo, a busca de universalidade), que envolve as formas institucionais de conformação do campo da saúde, se mostra muito superior ao adotar regras de conduta assentadas em convenções e análises histórias e prospectivas. Carlos Gadelha também chamou a atenção para a importante contribuição da utilização de *big data* nesses estudos e metodologias, para transformar uma ampla base de dados disponíveis em informações úteis para as decisões de investimento. Ele também apontou a necessidade de numa segunda rodada dos estudos buscar um aprofundamento do modelo, incorporando a definição de políticas para a construção do SUS no Brasil e no território, na perspectiva da universalidade, equidade e integralidade. A metodologia precisa incorporar as instituições e a visão política para o sistema de saúde pretendido. Como agenda para a proposta de reconversão das RAS e unidades, o pesquisador sublinhou a abordagem sistêmica para se pensar em blocos de investimento que têm que estar associados a variáveis críticas que devem acompanhar os investimentos, a exemplo dos recursos humanos, da capacidade científica e tecnológica e das formas de implementação e operação dos investimentos nas realidades nacionais e regionais concretas. O investimento é uma variável crítica do sistema, mas para puxar o desenvolvimento em saúde tem que se associar a outras ações para ter potencial de dinamizar o sistema e de gerar resultados sociais concretos (ao contrário serão redes de infraestrutura física com baixo impacto social). O pesquisador lembrou ainda que há necessidade de orientar e regular o investimento privado para que não fique apenas sob a lógica privada da acumulação do capital.

Após os comentários e considerações dos debatedores e demais participantes, os apresentadores do estudo agradeceram as intervenções e afirmaram que farão na versão final do estudo os ajustes e melhorias observados e apontados. **Luiz Ricardo Pinto** destacou que é possível uma adaptação da metodologia apresentada para captar comportamentos dinâmicos do modelo como, por exemplo, o caso das Regiões

Metropolitanas. **Francisco Cardoso** discorreu sobre o fato de que os ciclos econômicos no Brasil historicamente impõem destruições, mas depois vêm outros períodos, situações emergem com melhores oportunidades. O pesquisador reiterou que o autonomismo federativo tem levado ao esgarçamento da rede, do sistema de saúde. Para Francisco Cardoso os arranjos loco-regionais têm que pensar e se ancorar na escala nacional. O pesquisador afirmou ainda que temos hoje muito mais recursos e capacidade para investimento do que se tinha há 20 anos. Ele criticou ainda o fato das emendas parlamentares ao orçamento de saúde serem, hoje, impositivas. No planejamento, avaliou, houve uma supervalorização do “estratégico” em detrimento do “normativo”, desacreditando muito a questão da “norma” e do “normativo”. Francisco Cardoso destacou ainda o preconceito existente contra os HPPs, como a afirmativa de que tais unidades têm uma taxa baixa de ocupação de leitos, lembrando que quanto menor a unidade, menor o número de leitos, mais ociosa deve ser a unidade para poder comportar momentos cíclicos, flutuações, variações e sazonalidades.

Bibliografia

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

MAGALHÃES, Mônica de Avelar Figueiredo Mafra; XAVIER, Diego Ricardo; MATOS, Vanderlei. *Definição de áreas de abrangência e denominador populacional para polos de atendimento municipal segundo fluxo de pacientes*. Rio de Janeiro: Projeto Brasil Saúde Amanhã / Fundação Oswaldo Cruz, 2015, 85 p. – (Relatórios de Pesquisa; n. 04).

OLIVEIRA, Antônio Tadeu Ribeiro de; O’NEILL, Maria Monica Vieira Caetano. *Dinâmica demográfica e distribuição espacial da população: o acesso aos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Projeto Brasil Saúde Amanhã / Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 14 p. – (Textos para discussão; n. 1).

OLIVEIRA, Antônio Tadeu Ribeiro de; O’NEILL, Maria Monica Vieira Caetano; SILVA, Maurício Gonçalves. *Distribuição espacial da população e dos serviços de saúde: as*



Regiões de Articulação Urbana. Rio de Janeiro: Projeto Brasil Saúde Amanhã / Fundação Oswaldo Cruz, 2017. 90 p. – (Relatório de Pesquisa; n. 6).

ONU, Organização das Nações Unidas. *Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2014*. Nova Iorque: Organização das Nações Unidas, 2014, 56 p. Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/publicacao/596/relatorio-sobre-os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio-2014>

SANTOS, Isabela Soares; MACHADO, Juliana Pires; PESSÔA, Luisa Regina; MARTINS, Ana Cristina Marques; LIMA, Claudia Riso de Araujo. *Os recursos físicos de saúde do Brasil: um olhar para o futuro*. Rio de Janeiro: Projeto Brasil Saúde Amanhã / Fundação Oswaldo Cruz, 2016. 20 p.– (Textos para Discussão; n. 18).

SANTOS, Isabela Soares; MARTINS, Ana Cristina Marques; LIMA, Claudia Riso de Araújo; MACHADO, Juliana Pires; PESSÔA, Luisa Regina. *Relatório de Pesquisa sobre os recursos físicos de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Projeto Brasil Saúde Amanhã / Fundação Oswaldo Cruz, 2014, 176 p. – (Relatórios de Pesquisa; n. 01).

VIACAVA, Francisco; XAVIER, Diego Ricardo; BELLIDO, Jaime Gregório; MATOS, Vanderlei Pascoal de; MAGALHÃES, Mônica de Avelar Figueiredo Mafra; VELASCO, Wisley. *Relatório de Pesquisa sobre internações na esfera municipal*. Rio de Janeiro: Projeto Brasil Saúde Amanhã / Fundação Oswaldo Cruz, 2014, 168 p. – (Relatórios de Pesquisa; n. 02).

VOROS, J. A generic foresight process framework. *Foresight*, v. 5, n. 3, p. 10-21, 2003, citado por HABEGGER, B. Strategic foresight in public policy: reviewing the experiences of the UK, Singapore and the Netherlands. *Futures*, v. 42, p. 49-58, 2010.