



# Liderança e governo efectivo



*Os capítulos precedentes descreveram como os sistemas de saúde podem ser transformados para melhorar a saúde, realçando o que é valorizado pelas pessoas: equitativos, orientados para as pessoas, e garantindo que a administração das funções de saúde pública, pelas autoridades de saúde, tem por finalidade o bem-estar das comunidades. As reformas dos CSP exigem novas formas de liderança para a saúde. Este capítulo começa por clarificar porque é que o sector público precisa de ter um papel forte na condução das reformas dos cuidados públicos de saúde, e enfatiza o facto que esta função deve ser exercitada através de modelos colaborativos de diálogo político\* com todos os interessados envolvidos, porque é isto que as pessoas esperam e porque é o mais efectivo. Considera, então, estratégias para melhorar a efectividade dos processos de reforma e a gestão dos procedimentos políticos que as condicionam.*

## Capítulo 5

Os governos como mediadores das reformas dos CSP	88
Diálogo político efectivo	93
Controlo do processo político: do lançamento à implementação das reformas	99

\* Nota dos tradutores: "policy dialogue" é traduzido por diálogo político.

## Os governos como mediadores das reformas dos CSP

### Mediação do contrato social para a saúde

Os governos têm a responsabilidade final de formar os sistemas nacionais de saúde. Dar forma não insinua que os governos deveriam – ou mesmo poderiam – ambicionar a, sozinhos, reformar o sector da saúde na sua totalidade. Este processo tem de ser partilhado com muitos outros grupos: os políticos nacionais e os governos locais, as profissões da saúde, a comunidade científica, o sector privado e organizações da sociedade civil, assim como a comunidade de saúde global. Não obstante, a responsabilidade pela saúde que é confiada às agências governamentais é única e enraizada em políticas e princípios, assim como em expectativas comuns à maioria<sup>1</sup>.

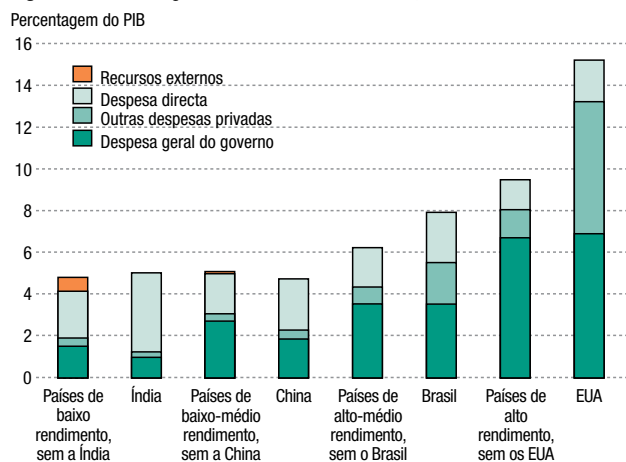
Politicamente, a legalidade dos governos e a sua base de apoio popular dependem da sua capacidade para proteger os seus cidadãos e de assumir um papel redistributivo. A governação da saúde está entre o núcleo de instrumentos de políticas públicas para protecção e redistribuição institucionalizadas. Nos estados modernos, espera-se que os governos protejam a saúde, garantam o acesso aos cuidados de saúde e salvaguardem as pessoas do empobrecimento que a doença possa trazer. Estas responsabilidades têm vindo a ser progressivamente alargadas, assumindo a correcção das deficiências das regras de mercado que caracterizam o sector da saúde<sup>2</sup>. Desde o início do século XX, a protecção da saúde e os cuidados de saúde têm, progressivamente, sido incorporados como bens que são garantidos pelos governos e são muito importantes para o contrato social entre o estado e os seus cidadãos. A importância dos sistemas da saúde como um elemento-chave do contrato social, em sociedades em modernização, torna-se particularmente evidente durante a reconstrução que se segue a períodos de guerra ou de desastres naturais: a reconstrução dos serviços de saúde está entre os primeiros sinais tangíveis de que a sociedade está a retornar ao normal<sup>3</sup>.

A legitimidade da intervenção do estado não é baseada somente em considerações sociais e políticas. Há, igualmente, actores económicos-chave – a indústria do equipamento médico, a indústria

farmacêutica e os profissionais – com interesse em que os governantes, que têm a responsabilidade pela saúde, assegurem um mercado de saúde viável: uma economia de saúde moderna e dispendiosa não pode ser sustentada sem partilha de risco e convergência de recursos. Certamente, os países que mais gastam com a saúde, são igualmente os que têm um maior financiamento público deste sector (Figura 5.1).

Mesmo nos Estados Unidos, a sua singu-

**Figura 5.1** Percentagem do PIB investida em saúde, 2005<sup>4</sup>



laridade resulta, não de um baixo investimento público – a 6,9% do PIB, não é mais baixo do que a média, de 6,7%, dos países de rendimento alto – mas da sua despesa privada adicional que é particularmente elevada. O persistente subdesempenho do seu sector da saúde, em domínios como os resultados em saúde<sup>5</sup>, a qualidade, o acesso, a eficiência e a equidade<sup>5</sup>, explica os inquéritos de opinião que mostram um consenso crescente da necessidade de intervenção governamental para se conseguir um acesso mais equitativo a cuidados de saúde essenciais<sup>6,7</sup>.

Uma supervisão mais efectiva do sector público da saúde, é assim justificada com base na melhoria da eficiência e da equidade. Este papel de supervisão é, frequentemente, mal interpretado como sendo um mandato para um planeamento e controlo administrativo centralizados do sector da saúde. Enquanto que alguns tipos de desafios, por exemplo, as emergências de saúde pública ou a erradicação de doenças, podem exigir uma



gestão autoritária, do tipo comando-e-controlo, uma supervisão efectiva do sector confia cada vez mais na mediação para dirigir os complexos desafios da saúde, os actuais e os futuros. Os interesses das autoridades públicas, do sector da saúde e do público estão estreitamente entrelaçados. Durante anos, isto tornou as instituições de cuidados de saúde, tais como as de formação, acreditação, financiamento, hospitais, etc., em objectos de intensa negociação para definir o estado de bem-estar e os bens colectivos que lhe estão associados<sup>8,9</sup>. Isto significa que as instituições públicas e quási-públicas têm que mediar o contrato social entre as instituições de medicina, da saúde e a sociedade<sup>10</sup>. Nos países de alto rendimento, actualmente, o sistema de cuidados de saúde e o estado surgem indissolivelmente associados. Nos países de baixo e médio rendimento, o estado tem, frequentemente, um papel mais visível, mas, paradoxalmente, menos efectivo, na gestão do sector da saúde, em particular quando, durante os anos 80 e 90, alguns destes países foram severamente castigados por conflitos e pela recessão económica. Isto conduziu a que os seus sistemas de saúde evoluíssem em sentidos muito diversos dos subjacentes às metas e aos valores do movimento dos CSP.

### Descompromisso e as suas consequências

Em muitos países socialistas e pós-socialistas, a atravessar períodos de reestruturação económica, o estado retirou-se, abruptamente, do seu papel, até então, dominante na saúde. A desregulação do sector da saúde na China, nos anos 80 e, subsequentemente, o aumento significativo de pagamentos directos pelos cuidados de saúde, é um exemplo e um aviso ao resto do mundo<sup>11</sup>. Uma deterioração espectacular na prestação dos cuidados médicos e da protecção social, particularmente nas áreas rurais, conduziu a um abrandamento profundo no aumento da esperança de vida<sup>11,12</sup>. Isto levou a China a reexaminar as suas políticas e a reafirmar a liderança do Governo – um processo que está longe de ter terminado (Caixa 5.1)<sup>13</sup>.

Um cenário semelhante, de descompromisso, foi observado em muitos dos países da Europa central e oriental e da Comunidade de Estados Independentes (CEI). No começo dos anos 90, as

despesas públicas da saúde declinaram para níveis que tornaram a administração de um sistema básico virtualmente impossível. Isto contribuiu para o declínio na esperança de vida<sup>17</sup>. A despesa catastrófica da saúde transformou-se na maior causa da pobreza<sup>18</sup>. Mais recentemente, os níveis de financiamento estabilizaram ou aumentaram mesmo, o que não foi acompanhado por melhorias significativas em resultados em saúde, e as desigualdades socioeconómicas no acesso à saúde e aos cuidados de saúde continuaram a alargar. A evidência e as tendências relativas a estes aumentos, assim como aos aumentos em mecanismos informais de pagamento dos cuidados de saúde, indicam que o actual nível de empenho é ainda insuficiente.

Alguns, com impactos ainda mais sensacionais, particularmente nos países de baixo rendimento e nos estados frágeis, a ausência ou a desvinculação do estado das suas responsabilidades para com a saúde reflecte uma estagnação económica, crises políticas e sociais e uma governação incompetente<sup>19</sup>. Em tais circunstâncias, a liderança pública tornou-se, muitas vezes, disfuncional e desinstitucionalizada<sup>20</sup>, reflectindo situações de fraqueza muitas vezes associadas a falta de capacidade financeira para dirigir o sector da saúde. As políticas globais de desenvolvimento não são, muitas vezes, mais que um fardo extra a ser assumido por governos já asserbados por muitas outras dificuldades. Isto por, pelo menos, duas razões:

- A agenda global do desenvolvimento dos anos 80 e 90, foi dominada pela preocupação com os problemas criados pela excessiva participação do estado<sup>21</sup>. O ajustamento estrutural e as fórmulas de redução da intervenção do estado nestas décadas limitam, ainda hoje, a reconstrução da capacidade de liderança. O financiamento público, nos países mais pobres, tornou-se imprevisível, não permitindo compromissos a médio prazo com o crescimento do sector da saúde. O planeamento da saúde com base em necessidades, tornou-se na excepção à regra, visto que as decisões fiscais eram tomadas com pouca compreensão das consequências potenciais para o sector da saúde e os ministérios de saúde não eram capazes de argumentar por um aumento efectivo do orçamento da saúde<sup>22</sup>.

### Caixa 5.1 Desinvestimento e re-investimento na China

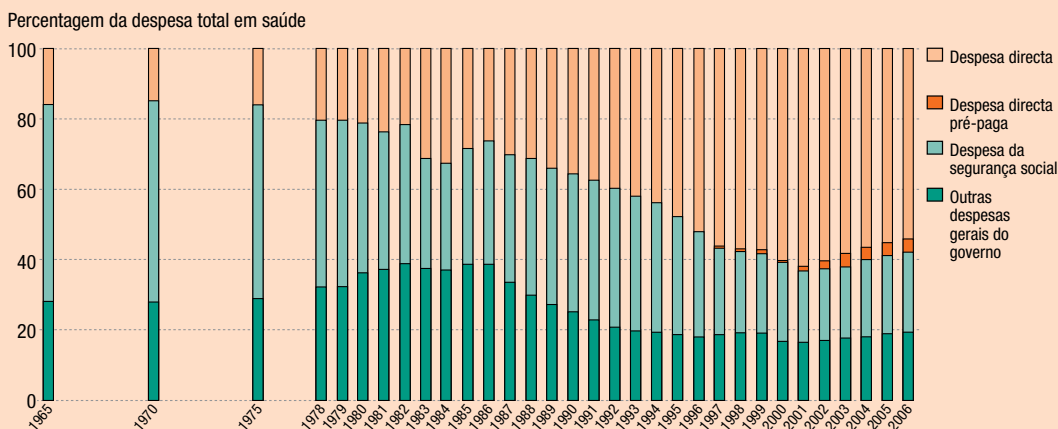
Durante os anos 80 e 90, a diminuição do compromisso do governo com o sector da saúde expôs números crescentes de agregados familiares chineses a despesas catastróficas com cuidados de saúde. Consequentemente, milhões de famílias, tanto em áreas rurais como em urbanas, ficaram incapazes de comportar os custos, não tendo, por isso, acesso efectivo aos cuidados de saúde. Nas cidades, o Esquema de Seguro do Governo (ESG) e o Esquema de Seguro do Trabalho (EST) cobriam já mais de metade da população com pacotes de seguro de saúde, compreensivos ou parciais. Contudo, as debilidades estruturais destes esquemas alcançaram níveis críticos sob o impacto do aceleramento, nos anos 90, da mudança económica. A percentagem da população urbana da China sem a cobertura de um seguro ou plano de saúde, aumentou de 27,3%, em 1993 para 44,1%, em 1998<sup>14</sup>. No fim do século, os pagamentos directos constituíam mais de 60% da despesa em saúde. Esta crise incitou esforços para inverter a tendência: esquemas de pré-pagamento foram encorajados em 1998 com a introdução do Seguro Médico Básico (SMB) para os funcionários urbanos.

Financiado por contribuições obrigatórias dos trabalhadores e dos empregadores, o SMB pretende substituir o ESG e EST. O SMB aspira a uma cobertura abrangente com um pacote de benefícios limitados, e uma flexibilidade que lhe permite desenvolver pacotes diferentes, direccionados para as necessidades locais das populações dos municípios aderentes. Estruturalmente, o fundo do SMB está dividido em duas fracções: contas-poupança individuais e fundo de instituições sociais. Em geral, a contribuição financeira do salário ou dos salários de um empregado vão para a sua conta poupança-individual, enquanto a contribuição do empregador é distribuída entre as contas poupança-individual e o fundo de instituições sociais, recorrendo a percentagens diferentes de acordo com o grupo etário dos funcionários.

Os recursos financeiros sob o novo SMB estão agregados a nível de município ou de cidade, em vez de por empresas individuais, o que significativamente fortalece a capacidade de partilha do risco. Cada governo municipal desenvolveu os seus próprios regulamentos de utilização dos recursos das contas poupança-individuais e dos fundos de instituições sociais. As contas poupança-individuais cobrem os serviços de ambulatório, enquanto o fundo de instituições sociais está destinado para as despesas de internamento<sup>14</sup>

Existem dificuldades residuais significativas com o modelo SMB, em particular no que diz respeito à equidade. Por exemplo, vários estudos indicam que, em áreas urbanas, as populações mais favorecidas foram a que mais rapidamente beneficiaram do SMB, mais do que os agregados familiares com salários baixos, enquanto que os trabalhadores de sectores informais da economia continuam excluídos do esquema. Todavia, o SMB contribuiu para progressos significativos na expansão da cobertura do seguro de saúde e no acesso aos serviços entre a população urbana da China, e tem sido instrumental em inverter as tendências deletérias dos anos 80 e 90 e, ao mesmo tempo, em identificar um papel novo, de mediador, par as instituições do governo.

**Figura 5.2** Despesa em saúde na China: desinvestimento do estado, nos anos 80 e 90 e o re-compromisso recente



Fontes: 1965 a 1975<sup>15</sup>, 1978 a 1994<sup>16</sup>, 1995 a 2006<sup>4</sup>.



- Durante décadas, a agenda de saúde da comunidade internacional – incluindo a OMS – foi estruturada em torno das doenças e das intervenções, em detrimento dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde. Enquanto esta agenda tem, certamente, contribuído para uma melhor apreciação do peso das doenças que afectam os países pobres, tem, igualmente, influenciado profundamente a estrutura das instituições governamentais e quási-governamentais nos países de baixo e médio rendimento. A consequente fragmentação da governação do sector da saúde desviou a atenção de importantes questões, tais como, a organização dos cuidados primários, o controlo da comercialização do sector da saúde e as crises dos recursos humanos em saúde.

As consequências desfavoráveis desta tendência são mais marcantes nos países dependentes de ajuda externa, porque foi determinante dos mecanismos de canalização de fundos que se desenvolveram<sup>23</sup>. Nestes países, o investimento desproporcional num limitado número de programas de doenças considerados como prioridades globais desviou as energias, já exíguas, dos Ministérios da Saúde do seu papel primário de mediador, no planeamento compreensivo dos cuidados primários e da saúde pública.

Como consequência, várias vias de financiamento, fragmentadas, e a prestação segmentada dos serviços estão a conduzir à duplicação, às incapacidades e a uma competição contraproducente pelos recursos, entre os diferentes programas. Consequentemente, a mobilização massiva da solidariedade global não tem sido capaz de desbloquear uma alienação crescente entre as necessidades do país e o apoio global, e entre as expectativas das pessoas para cuidados considerados aceitáveis e o conjunto de prioridades dos gestores do sector da saúde. Além disso, a multiplicação dos mecanismos de fluxo da ajuda e de novas instituições de implementação, aumentaram o grau de complexidade enfrentado pelas burocracias de governos débeis nos países dependentes de ajuda externa, e os custos de transacção para os países que menos os podem suportar<sup>24</sup>. Tanto é o esforço exigido para responder às agendas, imediatistas, dos

parceiros internacionais que pouca energia fica para tratar com os múltiplos interessados nacionais – profissionais, organizações da sociedade civil, políticos, e outros – para quem, a longo prazo, a liderança nacional é da maior importância. Como tem sido argumentado nos últimos anos, uma melhor coordenação entre doadores não vai, só por si, resolver estas questões, sendo, também, uma necessidade urgente o reinvestimento na capacidade de governação.

### Participação e negociação

O reinvestimento necessário em instituições governamentais ou quási-governamentais não pode significar um regresso a uma governação da saúde tipo comando-e-controlo. Os sistemas da saúde são muito complexos: os domínios do estado moderno e da sociedade civil estão interligados, com fronteiras em constante movimento<sup>25</sup>. As profissões têm um papel cada vez maior na forma como a saúde é governada<sup>26</sup>, enquanto que, como mencionado no Capítulo 2, os movimentos sociais e as instituições quási-governamentais, autónomas, se têm vindo a transformar em actores complexos e politicamente influentes<sup>27</sup>. Os doentes, os profissionais, os interesses comerciais e outros grupos estão a organizar-se de forma a melhorarem as suas posições negociais e a protegerem seus interesses. Os Ministérios da Saúde estão, também, muito longe de serem homogéneos: os indivíduos e os programas competem por influências e recursos, complicando, ainda mais, o já complexo processo de promover a mudança. A mediação efectiva na saúde deve substituir a gestão baseada em modelos do passado, demasiadamente simplistas e abraçar os novos mecanismos de diálogo político pluralista, a fim de se chegar a um consenso sobre as orientações estratégicas para as reformas dos CSP<sup>28</sup>.

No centro do diálogo político está a possibilidade de participação de todos os interessados. À medida que os países se modernizam, os seus cidadãos vão atribuindo cada vez mais valor à responsabilização social e à participação. Pelo mundo, uma prosperidade crescente, as competências intelectuais e a conectividade social estão associadas com um aumento de expectativas por parte dos cidadãos numa maior participação<sup>29</sup> nas decisões sobre o que acontece nos

## Caixa 5.2 Definição de políticas, com recurso ao diálogo político: experiências de três países

No Canadá, uma Comissão debruçada sobre o futuro dos cuidados de saúde seleccionou *inputs* de discussões de grupos focais e de audiências públicas. Diversos interessados e grupos da sociedade civil ilustraram o valor que os canadianos colocam no acesso equitativo aos cuidados de alta qualidade, baseado na necessidade e independentemente da capacidade de pagar. Concomitantemente, a Comissão teve de garantir que o debate também beneficiava da evidência, testemunhada por peritos reputados, existente sobre o sistema nacional de saúde do país. De importância crítica, foi a evidência do que se consegue com base no financiamento público dos cuidados de saúde, não só em metas de equidade mas, igualmente, de eficiência. A discussão sobre valores e as evidências relevantes foram então consolidadas num relatório de políticas de saúde, em 2002, que delineia um caminho para se alcançar um sistema de saúde mais sensível às necessidades, sustentável e com financiamento público, orientado para os CSP, que passou a ser considerado como “o expoente mais elevado da entejuda entre os canadianos”<sup>37</sup>. A grande aceitação por parte dos dirigentes das recomendações da Comissão reflecte a robustez da análise, baseada na evidência, e o comprometimento público.

No Brasil, as sete primeiras Conferências Nacionais de Saúde, as plataformas para o diálogo político nacional no sector da saúde entre 1941 e 1977, tiveram, distintamente, uma abordagem de cima-para-baixo e para funcionários públicos, com uma progressão clássica de planos nacionais para programas, com a expansão da rede de serviços de saúde básicos. O marco decisivo veio com a 8ª conferência, em 1980: o número de participantes aumentou de algumas centenas para 4 000 participantes, dos eleitorados mais diversos. Esta e todas as conferências subsequentes prosseguiram agendas que, mais do que nunca, eram orientadas por valores de democracia na saúde, de acesso, de qualidade, de humanização dos cuidados e de controlo social. A 12ª conferência nacional, em 2003, anunciou uma terceira fase de consolidação: 3 000 delegados, 80% deles eleitos; a saúde como um direito para todos; e como um dever do Estado<sup>38</sup>.

A Tailândia atravessou fases similares. A extensão da cobertura de cuidados de saúde básicos por um Ministério de Saúde dinâmico e pró-activo, encorajado pelo lóbi da Associação dos Médicos Rurais, conduziu, em 1992, ao lançamento da Década de Desenvolvimento de Centros de Saúde. Após a crise económica de 1994, os dirigentes do Ministério começaram a mobilizar a sociedade civil e a academia em torno de uma agenda de cobertura universal, reunindo alguns mil delegados no Primeiro Fórum de Reforma dos Cuidados de Saúde, em 1997. Em breve ficou estabelecida uma ligação com os movimentos políticos que levou a políticas de acesso universal e protecção social por 30 Bahts<sup>39</sup>. Com o Acto Nacional de Saúde, de 2007, a participação de todos os interessados foi institucionalizada através de uma Comissão Nacional de Saúde que inclui profissionais de saúde, membros da sociedade civil e políticos.

seus locais de trabalho e nas suas comunidades – daqui a importância da orientação para as pessoas e da participação das comunidades – e nas decisões mais importantes do governo, que afectam as suas vidas – daqui a importância de envolver a sociedade civil no debate social sobre políticas de saúde<sup>30</sup>.

Uma outra razão, pela qual o diálogo político é importante, é que as reformas dos CSP exigem um diálogo político amplo, para dar perspectiva às expectativas das várias partes interessadas, para ponderar as necessidades, a procura e os desafios futuros e para dispersar as confrontações inevitáveis que estas reformas implicam<sup>31</sup>. As autoridades e os Ministérios da Saúde, com o seu papel indutor, têm que fazer convergir o poder de decisão das autoridades políticas, a racionalidade da comunidade científica, o compromisso dos profissionais, e os valores e os recursos da sociedade civil<sup>32</sup>. Este é um processo que exige tempo e esforço (Caixa 5.2). Seria uma

ilusão, dado existirem demasiados conflitos de interesses, esperar que o desenvolvimento de políticas de CSP seria completamente consensual. Entretanto, a experiência mostra que a legitimidade das escolhas de políticas depende menos do consenso total do que da imparcialidade processual e da transparência<sup>33,34,35</sup>.

Sem um diálogo político estruturado e participado, as escolhas de políticas ficam vulneráveis à apropriação por grupos de interesses, às mudanças das individualidades políticas ou à inconstância dos doadores. Sem um consenso social, é igualmente muito mais difícil conseguir-se uma articulação efectiva com todos os envolvidos cujos interesses divergem das opções assumidas pelas reformas dos CSP, incluindo outros sectores que competem, também, pelos recursos da sociedade; para “o complexo médico-industrial”<sup>36</sup>, para quem as reformas dos CSP podem implicar um realinhamento da sua estratégia industrial e para outros interesses instalados, tais como



os das indústrias do tabaco ou do álcool, para quem reformas efectivas dos CSP constituem uma ameaça directa.

### Diálogo político efectivo

As capacidades institucionais conducentes a um diálogo político produtivo não são um dado adquirido. Elas são tipicamente fracas nos países onde, por escolha ou por defeito, o *laissez-faire* domina as abordagens de desenvolvimento das políticas em saúde. Mesmo nos países com sistemas de saúde amadurecidos e bem equipados, há espaço para e necessidade de abordagens mais sistemáticas e institucionalizadas: os mecanismos de negociação entre as autoridades de saúde e as instituições profissionais estão, frequentemente, bem estabelecidos, o que já não acontece com a mesma frequência com outros parceiros, e quando acontece estão geralmente limitados à atribuição de recursos à prestação de serviços. O diálogo político deve ser construído. Como o fazer, depende muito do contexto e do *background*\* em cada país. A experiência dos países que conseguiram acelerar as reformas dos CSP sugere três elementos comuns aos diálogos políticos efectivos:

- a importância de instrumentalizar os sistemas de informação de forma a colocá-los ao serviço das reformas dos CSP;
- sistematicamente aproveitar e fazer convergir as inovações; e
- partilhar ensinamentos sobre o que funciona.

### Sistemas de informação para reforço do diálogo político

O diálogo político sobre as reformas dos CSP precisa de se desenvolver não só com base em melhores dados, mas também, com base em informação obtida a partir de uma visão menos tradicional sobre os clientes, o alcance e a arquitectura dos sistemas nacionais de informação em saúde (Figura 5.3).

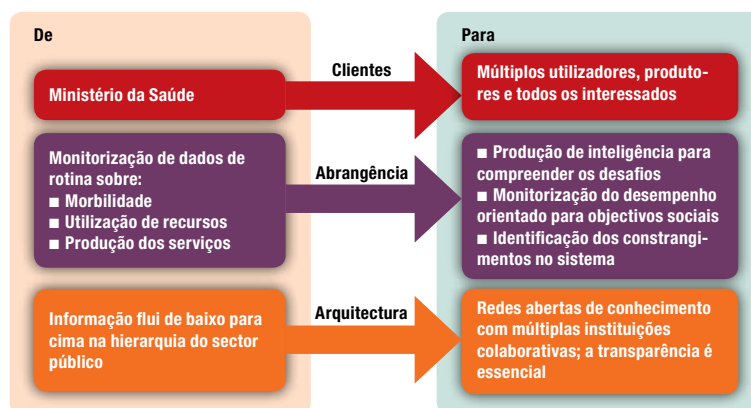
Muitos dos sistemas nacionais de informação em saúde que são usados para informar as políticas podem ser caracterizados como estruturas administrativas, fechadas, por onde o fluxo de dados sobre a utilização de recursos, os serviços e o estado de saúde é limitado. Muitas vezes, estes dados só são usados muito esporadicamente pelos responsáveis, a nível nacional e global, para formulação de políticas reformistas, com pouco recurso a informação crítica que poderia ser extraída de outras ferramentas e fontes (dados de recenseamento, despesas do agregado familiar ou inquéritos de opinião,

instituições académicas, ONGs, seguradoras de saúde, etc.), muitas das quais externas ao sistema público ou mesmo ao sector da saúde.

Os dados de rotina dos sistemas de informação em saúde mais tradicionais não conseguem responder à exigência crescente para informação em saúde de uma multiplicidade de constituintes. Os cidadãos precisam de um acesso mais fácil aos seus próprios registos de saúde, que os devem informar sobre o progresso que está a ser feito nos seus planos

de tratamento e que lhes permitam uma maior participação nas decisões relativas à sua própria saúde e à das suas famílias e comunidades.

**Figura 5.3** Transformar os sistemas de informação em instrumentos para as reformas dos CSP



\* Nota dos tradutores: estrangeirismos ou neologismos externos já integrados no *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea* da Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo (2001) são mantidos no original sem procurar um vocábulo equivalente em português "clássico".

As comunidades e as organizações da sociedade civil precisam de melhor informação para proteger a saúde dos seus membros, reduzir a exclusão e promover a equidade. Os profissionais de saúde precisam de melhor informação para melhorar a qualidade de seu trabalho e para aperfeiçoar a coordenação e integração dos serviços. Os políticos precisam de informação sobre como o sistema da saúde está ou não a cumprir os objetivos da sociedade e como o dinheiro público está a ser usado.

A informação que pode ser usada para dirigir a mudança ao nível das políticas, é bastante diferente da informação mais convencional que os sistemas de saúde produzem actualmente. Há uma grande necessidade de monitorizar o que as reformas estão a alcançar em relação à escala de valores sociais e aos resultados que lhes estão associados e que são centrais aos CSP: equidade, orientação para a pessoa, protecção da saúde das comunidades e participação. Isto significa colocar questões, como:

- os cuidados são compreensivos, integrados, contínuos e efectivos?
- o acesso está garantido e as pessoas estão cientes do que lhes é devido?
- as pessoas estão protegidas contra as consequências económicas da saúde precária?
- as autoridades agem com a efectividade necessária para assegurar a protecção contra a exclusão dos cuidados?
- conseguem também assegurar a protecção contra a exploração por prestadores comerciais?

Tais interrogações estão além do que pode ser respondido por indicadores de resultados em saúde, de utilização de recursos e da produção dos serviços, os indicadores tradicionalmente produzidos pelos sistemas de informação em saúde. A mudança de paradigma exigida para instrumentalizar os sistemas de informação, colocando-os ao serviço das reformas dos CSP, implica que se recen-trem no que atrasa o progresso na reorientação dos sistemas de saúde. Uma melhor identificação de problemas de saúde prioritários e das suas tendências é importante (é vital para antecipar desafios futuros) mas, do ponto de vista das políticas, a informação mais crucial é aquela que permite a identificação de constrangimentos operacionais

e sistemáticos. Nos países de baixo rendimento, especialmente onde o planeamento tem vindo a ser formatado por formulações epidemiológicas, isto pode vir a ser uma nova base, dinâmica, para a orientação do desenvolvimento de sistemas<sup>40</sup>. O relatório do Observatório de Saúde do Bangladesh sobre o estado da força de trabalho da saúde no país, por exemplo, identifica os constrangimentos sistémicos e as recomendações correspondentes, para consideração pelas autoridades de saúde<sup>41</sup>.

A multiplicação de necessidades e dos utilizadores de informação implica que a forma como a informação em saúde é produzida, partilhada e utilizada, também tem que evoluir. O que depende da acessibilidade e da transparência, proporcionando, por exemplo, acesso na internet a toda a informação em saúde – como acontece no Chile, onde a comunicação efectiva foi considerada tanto um resultado do, como um impulsor para o seu “Regime de Garantias Explícitas em Saúde”. Os CSP exigem modelos abertos e colaborativos, que asseguram que os dados das melhores fontes são explorados e que a informação flui rapidamente para aqueles que podem traduzi-los na acção adequada.

Estruturas abertas e colaborativas, como os “Observatórios” ou as “Equity Gauges”, oferecem-nos modelos específicos de complementação dos sistemas de informação de rotina, ao permitirem uma ligação directa da produção e da disseminação de inteligência em cuidados de saúde e sociais, à criação de políticas e à partilha de boas práticas<sup>42</sup>. Reflectem o valor que, cada vez mais, se dá ao trabalho entre agências, às desigualdades em saúde e ao desenvolvimento de políticas baseadas em evidências. Reúnem vários constituintes, tais como as academias, as ONGs, as associações profissionais, os prestadores corporativos, os sindicatos, os representantes dos utentes, as instituições governamentais e outros, à volta de uma agenda partilhada de monitorização de tendências, de estudos, de partilha de informação, de desenvolvimento de políticas e de diálogo político (Caixa 5.3).

Paradoxalmente, estas configurações abertas e flexíveis proporcionam a continuidade em *settings* onde a continuidade administrativa e política podem ser afectadas por mudanças frequentes



dos responsáveis pelas decisões. Nas Américas, em 22 países, há observatórios que se centram especificamente sobre questões de recursos humanos. No Brasil, por exemplo, o observatório é uma rede com pouco mais que uma dúzia de instituições participantes (referidas como “estações de trabalho”): institutos universitários, centros de pesquisa e um escritório federal, coordenados através de um secretariado situado no Ministério da Saúde e no escritório de Brasília da OPAS<sup>44</sup>. Estas redes desempenharam um papel importante no estabelecimento dos CSP no Brasil. Estruturas semelhantes, nacionais e sub-nacionais, existem, também, em vários países europeus, incluindo

a França, Itália e Portugal<sup>45</sup>. Comparativamente autónomas, estas redes de parceiros estatais e não estatais podem abordar uma grande variedade de questões e manterem-se sensíveis às agendas locais. No Reino Unido, cada observatório regional debruça-se sobre questões específicas, tais como desigualdade, cuidados primários, violência e saúde, ou a saúde do idoso. Todos cobrem um conjunto de questões de relevância regional (Quadro 5.1): institucionalizando assim as ligações entre desenvolvimentos locais e o nível nacional.

### Caixa 5.3 *Equity Gauges*: colaboração para abordar as desigualdades em saúde<sup>43</sup>

*Equity Gauges* são parcerias que organizam a monitorização activa, e a correspondente acção correctiva, das iniquidades em saúde e em cuidados de saúde. Por enquanto, estão estabelecidas em 12 países, de três continentes. Algumas funcionam a nível nacional, algumas monitorizam um subconjunto de distritos ou de províncias num país, umas poucas funcionam a nível regional e outras centram-se especificamente sobre a equidade numa cidade ou num município; nove têm um enfoque nacional e três trabalham ao nível municipal (na Cidade do Cabo, na África do Sul, em El Tambo, no Equador e em Nairobi, no Quênia). As *Equity Gauges* reúnem um conjunto de parceiros dos contextos mais diversos, incluindo parlamentares e conselheiros, meios de comunicação, ministérios e departamentos de saúde, instituições académicas, igrejas, líderes tradicionais, associações de mulheres, e organizações comunitárias e não-governamentais, organizações de autoridades locais e grupos cívicos. Tal diversidade, não só incentiva um grande investimento social e político mas, também, encoraja o desenvolvimento de competências nos países.

As *Equity Gauges* desenvolvem uma abordagem activa da monitorização e da correcção de iniquidades em saúde e nos cuidados de saúde. Mais do que uma mera descrição ou uma monitorização passiva de indicadores de equidade, as *Equity Gauges* investem em acções específicas, com a intenção de ter um impacto real e de efectivar uma mudança sustentável em situações de disparidades injustas em saúde ou em cuidados de saúde. Este trabalho implica um jogo contínuo de acções, estrategicamente planeadas e coordenadas, que envolvem uma variedade de actores, transversais a um conjunto de disciplinas e a sectores diversos.

A estratégia da *Equity Gauges* é baseada, explicitamente, em três “pilares de acção”. Todos com igual peso e importância e os três são desenvolvidos em paralelo:

- investigação e monitorização para medir e descrever as iniquidades;
- advocacia e participação pública, para promover a utilização da informação na efectivação da mudança, envolvendo uma variedade de parceiros da sociedade civil que trabalham juntos num movimento para a equidade;
- participação da comunidade, para envolver as pessoas pobres e marginalizadas como participantes activas na tomada de decisão, em vez de permanecerem receptoras passivas das medidas que outros projectaram para o seu benefício.

A estratégia das *Equity Gauges* consiste, conseqüentemente, de um conjunto de acções interconectadas e sobrepostas – não são, como o nome poderia sugerir, apenas um conjunto de medições. Por exemplo, a selecção de indicadores de equidade, para medição e monitorização, deve ter em consideração os objectivos dos grupos comunitários e considerar o que seria mais útil numa perspectiva de advocacia. Por sua vez, o pilar da advocacia confia nos indicadores desenvolvidos pelo pilar da medição e pode vir a envolver membros da comunidade ou figuras públicas.

As *Equity Gauges* escolhem os indicadores de acordo com as necessidades do país assim como as dos parceiros envolvidos. A ênfase é, contudo, em dados de tendências para permitir a compreensão da evolução do fenómeno ao longo do tempo. Os indicadores são aferidos através duma variedade de dimensões da saúde, incluindo o estado de saúde; o financiamento dos cuidados de saúde e atribuição dos recursos; acesso aos cuidados de saúde; e qualidade dos cuidados de saúde (tais como a saúde materno-infantil, as doenças transmissíveis e os traumatismos). Todos os indicadores são desagregados segundo uma variedade de factores socioeconómicos associados, frequentemente, com as iniquidades em determinantes de saúde: local de residência, religião, ocupação, género, raça/etnia, educação; estatuto socioeconómico; e redes sociais/capital.

**Quadro 5.1** Papéis e funções dos observatórios de saúde pública, em Inglaterra<sup>42</sup>

Papéis	Funções <sup>a</sup>
Monitorização da saúde e das tendências das doenças e destaque para as áreas de intervenção	Estudo das desigualdades existentes na doença cardíaca, em simultâneo com recomendações para intervenção <sup>47</sup>
Identificação de défices na informação em saúde	Estudo das fontes de informação existentes e de défices de informação em saúde perinatal e infantil <sup>48</sup>
Orientação sobre métodos para avaliação do impacto na saúde e nas desigualdades em saúde	Perspectiva geral da avaliação do impacto em saúde <sup>49</sup>
Coligir, de forma inovadora, informação, de diferentes fontes, para melhorar a saúde	Perfil da saúde recorrendo a dados sobre habitação e emprego, juntamente com dados da saúde <sup>50</sup>
Realização de inquéritos para destacar determinadas questões de saúde	Estudo Regional de saúde oral aos cinco anos de idade <sup>51</sup>
Avaliação do impacto dos esforços das agências de saúde na melhoria da saúde e na eliminação das desigualdades	Linhas de base e dados de tendências
Sistema de alerta precoce sobre problemas de saúde pública	Fóruns para os parceiros se debruçarem sobre questões de saúde pública, tais como o envelhecimento e temas de genética

<sup>a</sup> Exemplo: Observatório de saúde pública do Norte e em Yorkshire.

### Reforçar o diálogo político com a inovação de modelos operacionais

Estas ligações entre a realidade local e o estabelecimento de políticas condicionam o plano e a implementação das reformas dos CSP. Na Tailândia, o aumento de pressão que conduziu à introdução do sistema de “cobertura universal por 30 Baht”, é um exemplo de uma tentativa deliberada de infusão nas decisões políticas de aprendizagens ganhas no terreno, a nível

operacional. Os líderes do processo de reforma na Tailândia organizaram um processo interativo, de reforço mútuo, entre o desenvolvimento das políticas ao nível central e o desenvolvimento de “modelos de terreno” nas províncias do país. Aos trabalhadores da saúde na periferia e às organizações da sociedade civil foram dadas todas as condições para desenvolverem e testarem abordagens inovadoras de prestação de cuidados, a fim de tentar compreender até que ponto essas abordagens iam ao encontro das expectativas dos padrões profissionais e da comunidade (Figura 5.4). As actividades de desenvolvimento de modelos operacionais, apoiadas pelo Ministério da Saúde, foram organizadas e geridas a nível provincial, discutidas extensamente, e negociadas no âmbito de contratualizações, com as autoridades sanitárias das províncias. Cada província desenvolveu a sua estratégia para abordar os seus problemas específicos. O nível elevado de flexibilidade dado às províncias para decidirem sobre os seus próprios programas de trabalho, teve a vantagem de promover a autonomia, estimular a criatividade e permitir o aparecimento de ideias originais. Igualmente, desenvolveu competências locais. O aspecto mais difícil deste elevado grau de autonomia das províncias foi uma tendência para a multiplicação de iniciativas locais, o que dificultou a identificação de resultados úteis para alimentar o processo de desenvolvimento de políticas, de uma forma sistemática. As dificuldades associadas a esta liberdade local para tomar iniciativas, foram mais que compensadas pelos efeitos positivos na dinâmica das reformas e na capacitação. Em 2001, quase metade das 76 províncias da Tailândia experimentavam iniciativas de inovação organizacional, a maior parte, versando questões de acesso equitativo, sistemas locais de cuidados de saúde e de saúde comunitária<sup>52</sup>.

**Figura 5.4** Reforço mútuo entre a inovação operacional e o desenvolvimento de políticas nos processos de reforma da saúde





Na Tailândia, as reformas da “cobertura universal por 30 Baht”, foram uma iniciativa política corajosa para melhorar a equidade em saúde. A sua concretização só foi possível devido à experiência operacional acumulada e às alianças que o trabalho no terreno tinha desenvolvido entre os trabalhadores da saúde, as organizações da sociedade civil e o público. Quando o esquema foi lançado em 2001, as províncias estavam prontas para o pilotar e implementar. Além disso, os modelos de organização que tinham desenvolvido ajudaram a formular compromissos políticos com a cobertura universal em termos de medidas e regulamentos concretos<sup>53</sup>.

Este processo, de reforço mútuo e de vinculação das políticas com a aprendizagem com base em modelos operacionais, é importante por diversas razões:

- explora a riqueza do conhecimento e da inovação latentes no sector da saúde;
- experiências corajosas, com base nos modelos operacionais desenvolvidos, ajudaram a transmitir aos trabalhadores de saúde da “linha da frente”, aos líderes do sistema e ao público, um vislumbre inspirador do que o futuro sistema de saúde poderia vir a ser, quando orientado pelos valores dos CSP. Isto supera um dos maiores obstáculos à mudança em sistemas – pessoas incapazes de imaginar que as coisas podem realmente vir a ser diferentes, e que a mudança pode ser uma oportunidade e não uma ameaça;
- a vinculação do desenvolvimento de políticas com o que acontece na linha da frente ajuda a promover alianças e apoios no interior do próprio sector, sem os quais não serão possíveis as reformas profundas necessárias no sistema;
- tais processos engajam a sociedade localmente e ao nível nacional, criando exigências de mudanças que são essenciais para aumentar o compromisso político e sustentar o impulso para as reformas.

### Estabelecer uma massa crítica com capacidade para mudar

O encorajamento de estruturas abertas e colaborativas, que contribuem para as reformas com inteligência estratégica e com a mobilização de

inovações de todo o sistema de saúde, exige uma massa crítica de pessoas e de instituições, comprometidas e experientes. Estas devem executar não só tarefas técnicas e organizacionais, mas devem, igualmente, equilibrar a flexibilidade com a necessidade de coerência, adaptarem-se às novas formas de trabalho, e emprestar-lhes credibilidade e legitimidade<sup>54</sup>.

No entanto, esta massa crítica de pessoas e de instituições não é fácil de encontrar<sup>37</sup>, particularmente em países de baixo rendimento, em que as instituições sofreram décadas de negligência e de desinvestimento. Quando existem, têm, muitas vezes, pouca credibilidade e os recursos são escassos, e os elementos mais importantes do pessoal da instituição encontram frequentemente, melhores condições de trabalho em agências parceiras. A má governação complica ainda mais estas questões e é agravada pela pressão internacional para um papel minimalista do estado e pela influência desproporcional da comunidade de doadores. Nestes *settings*, as respostas convencionais aos défices da capacidade de liderança têm sido caracterizadas por uma grande dependência na assistência técnica externa, em pacotes de instrumentos e na formação, e têm tido resultados decepcionantes (Caixa 5.4). Precisam de ser substituídas por abordagens mais sistemáticas e sustentáveis, a fim de institucionalizar as competências aprendidas com a experiência<sup>55</sup>.

É difícil encontrar evidências que ajudem a compreender o processo de capacitação institucional com capacidades de diálogo político e de liderança, mas um conjunto de entrevistas em profundidade a líderes do sector da saúde, em seis países, mostra que as trajectórias das suas carreiras foram determinadas por uma combinação de três experiências decisivas<sup>56</sup>:

- Em algum momento, nas suas carreiras, todos tinham feito parte de um dos grandes programas ou projectos sectoriais, especificamente na área dos serviços de saúde básicos. Muitos deles referem isto como uma experiência formativa: foi onde aprenderam sobre os CSP, mas também onde forjaram um compromisso e começaram a construir alianças críticas e parcerias.
- Muitos acabaram por se envolver em processos de planeamento nacional, que reforçaram

### Caixa 5.4 Limitações dos modelos convencionais de desenvolvimento de capacidades em países de baixo e de médio rendimento<sup>55</sup>

A comunidade para o desenvolvimento tem tido a tendência de responder às consequências do desinvestimento institucional nos países de baixo e médio rendimento, através do seu arsenal tradicional de: assistência técnica, com o apoio de peritos; pacotes de ferramentas; e formação (Figura 5.5). Dos anos 80 em diante, ficou claro que esse tipo de “assistência técnica” tinha perdido muito da sua relevância<sup>58</sup> e a resposta foi reinventada na forma de “unidades de gestão de projectos” que se concentraram no planeamento, na gestão financeira e na monitorização.

Os sistemas de saúde mais fortes foram capazes de beneficiar dos recursos e da inovação associados aos projectos mas, noutros, a situação permaneceu bem mais confusa. A ligação a, e a responsabilização perante as entidades financiadoras tem, muitas vezes, sido, para grande irritação das autoridades sanitárias nacionais, mais forte que o compromisso com o desenvolvimento nacional: a demonstração de resultados atribuíveis aos projectos assumiam uma importância maior que o desenvolvimento de capacidades e o desenvolvimento, a longo prazo<sup>59</sup>, dando-se um peso desproporcional à gestão do projecto em prejuízo da coerência com as políticas nacionais e a liderança do país. Recentemente, o desejo de reforçar a autonomia do país – e mudanças na forma como os financiadores adquirem serviços de assistência técnica – abriram o caminho para uma menor ênfase na gestão de projectos e um maior recurso a peritos externos, para apoios de curta duração. Durante os anos 80 e no início dos anos 90, o apoio de peritos era, essencialmente, prestado por instituições académicas e por agências de cooperação bilateral e das Nações Unidas. O aumento do volume do financiamento para apoio técnico contribuiu para a entrada no mercado de consultores independentes e de empresas de consultoria, o que levou a que, muitas vezes, as consultorias sejam prestadas por peritos técnicos, com uma compreensão limitada do contexto político e sistémico local<sup>60</sup>.

Em 2006, a cooperação técnica constituía 41% do total da ajuda externa para o desenvolvimento em saúde. Ajustado para a inflação, o seu volume triplicou entre 1999 e 2006, particularmente com a expansão de cooperação técnica relacionada com o VIH/SIDA. Adaptando-se às complexidades da arquitetura da ajuda, os peritos e os consultores agora actuam, também, cada vez mais, como intermediários entre os países e a comunidade de doadores: a harmonização transformou-se num negócio em crescimento, com a falta de capacidade nos países a alimentar, assim, um desempoderamento adicional.

A segunda resposta frequente ao problema da falta de capacidade tem sido a multiplicação de pacotes de ferramentas de planeamento, de gestão e programáticas. Estes pacotes prometem resolver os problemas técnicos detectados nos países, ao mesmo tempo que os direccionam para uma maior auto-suficiência. Com todo o seu potencial, rigor e base científica, a utilidade dos pacotes tem ficado muito aquém das expectativas, por quatro razões principais.

- Muitas vezes, subestimam a complexidade dos problemas que são supostos corrigir<sup>62</sup>.
- Muitas vezes, dependem, para a sua aplicação, de peritos internacionais, anulando, deste modo, um dos seus objectivos principais, que é o de prover os países com os meios para abordarem de uma forma auto-suficiente os seus problemas.
- Alguns não alcançaram os resultados técnicos prometidos<sup>63</sup> ou conduziram a efeitos adversos<sup>64</sup> inesperados.
- A introdução de pacotes de ferramentas tem sido impulsionada por uma oferta fortemente ligada a interesses institucionais, o que dificulta aos países a escolha de entre a multidão de pacotes que lhes são propostos.

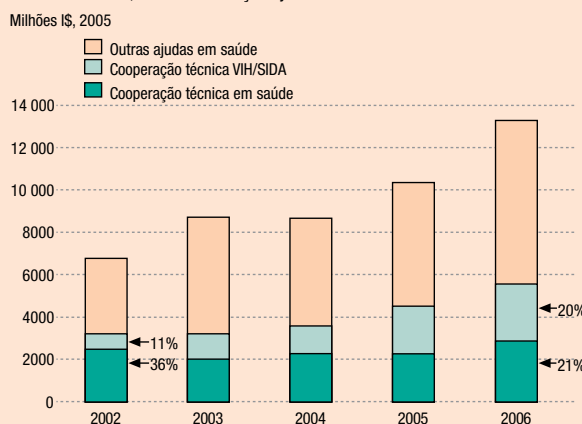
O terceiro elemento da arquitectura tradicional de capacitação é a formação. Por vezes, esta faz parte de uma estratégia coerente: o Ministério de Saúde de Marrocos, por exemplo, adoptou uma abordagem de saturação da formação similar à do Ministério das Finanças da Indonésia<sup>65</sup>, enviando um grande número profissionais jovens para formação, de forma a estabelecer uma base de recrutamento de pessoal qualificado e, eventualmente, uma massa crítica de potenciais líderes.

Abordagens deliberadas como estas são, no entanto, pouco frequentes. Muito mais comuns são os cursos de formação em “hotéis”, de curta duração, em que os objectivos técnicos se associam a objectivos implícitos de suplementação salarial e de obtenção de apoios políticos. O ceticismo persiste sobre o valor destes programas (a sua avaliação sistemática é rara) contrastando com um custo-oportunidade considerável.

Entretanto, novos mercados em educação, formação e ensino virtual estão em desenvolvimento, enquanto os actores nos países de

baixo e médio rendimento têm acesso, através da Internet, a sítios sobre um grande número de questões sobre sistemas de saúde e podem estabelecer comunidades de prática com base electrónica. Com a tecnologia da informação contemporânea e a globalização, as receitas tradicionais para o desenvolvimento das capacidades, em países pobres, estão rapidamente a tornarem-se obsoletas<sup>54</sup>.

**Figura 5.5** Um mercado crescente: cooperação técnica como parte da Ajuda Oficial ao Desenvolvimento em Saúde. Fluxos de ajuda anual em 2005, índice de deflação ajustada<sup>61</sup>





a sua capacidade de gerar e usar informação e, novamente, a sua capacidade para construir alianças e parcerias. Poucos eram os que tinham participado, pessoalmente, em grandes estudos ou inquéritos, mas aqueles que tinham, encontraram nessa experiência uma oportunidade de afinar as suas capacidades de obter e analisar informação.

- Todos indicaram a importância da cooptação e da orientação pelos seus mais velhos: *“Temos que começar como médicos de saúde pública e sobressair numa das redes que influenciam a tomada de decisão no Ministério da Saúde. Só então é que as qualidades pessoais e a aprendizagem-fazendo [determinam se se conseguirá alcançar uma posição de liderança].”*<sup>56</sup>

Estas histórias pessoais, do reforço da capacidade individual, são corroboradas, nestes mesmos países, por uma análise mais aprofundada dos factores que contribuíram para as capacidades institucionais de direcção do sector da saúde. O quadro 5.2 mostra que as oportunidades para aprender dos grandes programas de desenvolvimento dos sistemas de saúde, foram as que mais contribuíram, confirmando a importância de um envolvimento directo e prático, com os problemas do sector da saúde, num ambiente colaborativo. Especialmente notável, é o facto de que a introdução de instrumentos de trabalho raramente foi identificada como um *input* crítico, e os respondentes não destacaram nem a necessidade de *inputs* de peritos nem a formação.

A implicação é que o investimento chave para uma capacitação conducente às reformas dos CSP passa pela criação de oportunidades para aprender pela vinculação dos indivíduos e das instituições aos processos de reformas em curso. Uma outra consideração é a importância de o fazer num ambiente onde a partilha, dentro dos e entre os países, é facilitada. Ao contrário das abordagens convencionais à capacitação, a partilha de e a exposição às experiências de terceiros reforça a auto-confiança. Esta não é uma receita apenas para países com poucos recursos e com um mau desempenho. Portugal, por exemplo, organizou um grande debate social, sobre o seu Plano Nacional de Saúde 2004–2010, que envolveu uma pirâmide de plataformas de participação,

**Quadro 5.2** Factores significativos na melhoria da capacidade institucional para governação do sector da saúde, em seis países<sup>a,56</sup>

Factores <sup>b</sup>	Nº de países onde o factor era um contribuinte importante	Score médio para a força da contribuição
Programas do sector/ grandes projectos	4	7,25
Instalação das instituições	3	6,7
Eventos de debate da política nacional	3	5,6
Investigação, estudos e análises de situação	4	5,1
Novos instrumentos de planeamento e de gestão	1	5

<sup>a</sup> Burkina Faso, República Democrática do Congo, Haiti, Mali, Marrocos e Tunísia

<sup>b</sup> Identificação através da análise de documentos e entrevistas com 136 informadores-chave

dos níveis local, ao regional e ao nacional, e 108 contribuições substanciais, escritas, das fontes mais diversas: da sociedade civil, de organizações profissionais, dos governos locais e da academia. Em três momentos críticos do processo, painéis internacionais de peritos de outros países foram convidados a contribuir para os debates sobre políticas então a decorrer: uma colaboração que foi uma oportunidade formativa para todos os envolvidos<sup>57</sup>.

### Controlo do processo político: do lançamento à implementação das reformas

As reformas dos CSP mudam o equilíbrio do poder no sector da saúde e o relacionamento entre a saúde e a sociedade. O sucesso depende, não somente, de uma visão técnica crível, mas, igualmente, da capacidade de obter um endosso político ao mais alto nível e o compromisso alargado necessário para mobilizar apoios governamentais, financeiros e outros.

Como um sector técnico, a saúde raramente tem muita proeminência na hierarquia da

arena política. Os Ministérios da Saúde, só com os esforços necessários para resolver os desafios técnicos internos ao sector, ficam já com uma agenda pesada. Estão, tradicionalmente, pouco à vontade, não têm grande influência e estão mal equipados para integrar esta agenda num debate político mais alargado, particularmente, nos países de baixo e médio rendimento.

O défice de influência política limita a capacidade das autoridades de saúde e de todos os interessados envolvidos no movimento dos CSP, de fazer avançar a sua agenda, especialmente quando esta põe em cheque os interesses de outros constituintes. O que explica a ausência de reacções ou as reacções excessivamente cautelosas às medidas necessárias para contrariar os efeitos adversos das condições laborais ou da erosão ambiental, ou a implementação lenta de regulamentos que podem interferir com os interesses comerciais da indústria alimentar e do tabaco. Similarmente, as tentativas de reforma mais ambiciosas são, frequentemente, diluídas pela influência da comunidade de doadores, as indústrias farmacêuticas e de tecnologias da saúde, ou os lóbis profissionais<sup>26,66</sup>.

A falta de influência política também tem consequências nas esferas governamentais. Os Ministérios da Saúde estão numa posição particularmente fraca, nos países de baixo e baixo-médio rendimento, como é evidenciado pelo facto de só conseguirem reivindicar 1,7% e 4,5%, respectivamente, da despesa total do governo (contra 10% e 17,7%, respectivamente, em países de alto-médio e de alto rendimento)<sup>67</sup>. A falta de visibilidade das prioridades da saúde em estratégias de desenvolvimento mais abrangentes, tais como nas Estratégias para a Redução da Pobreza (ERP), é outro exemplo dessa debilidade<sup>68</sup>. Igualmente, os Ministérios da Saúde estão muito frequentemente ausentes das discussões para estabelecer limites na despesa social (e saúde) que são dominadas por debates sobre a estabilidade macroeconómica, a metas para a inflação ou a dívida sustentável. Assim, nos países altamente endividados, os esforços do sector da saúde para beneficiar dos fundos resultantes do atenuamento da dívida externa são geralmente tardios, menos que vigorosos e pouco convincentes quando comparados a outros

sectores, como a educação, limitando as possibilidades de uma expansão rápida da sua base de recursos<sup>69</sup>.

Apesar destes desafios, há cada vez mais indicações de vontade política para reformas mais ambiciosas orientadas para os CSP. As missões da saúde na Índia – “rurais” e subseqüentemente “urbanas” – foram acompanhadas de uma duplicação das despesas públicas com a saúde. A China está a preparar-se para uma reforma dos CSP rurais, extremamente ambiciosa, que também inclui um grande comprometimento de recursos públicos. A dimensão e a “compreensividade” das reformas dos CSP no Brasil, Chile, Etiópia, República Islâmica do Irão, Nova Zelândia, Tailândia e muitos outros países, reflectem, muito claramente que a expectativa de mobilizar a vontade política não é fantasiosa. Mesmo em circunstâncias extremamente desfavoráveis, está provado ser possível ganhar credibilidade e peso político com um engajamento pragmático com forças políticas e económicas (Caixa 5.5).

A experiência destes países demonstra que o endosso político das reformas dos CSP depende de um programa de reformas formulado de forma a explicitar os potenciais dividendos políticos. Para isto, tem que se:

- responder explicitamente à procura crescente, aos desafios à saúde e aos constrangimentos dos sistemas de saúde que o país enfrenta, mostrando que a resposta não depende meramente de um programa técnico, mas tem que estar enraizada em questões de fundo, de grande relevância social;
- especificar os ganhos em saúde, sociais e políticos previstos, assim como os custos relevantes, de forma a esclarecer o percurso político necessário e a sua viabilidade financeira;
- basear, de uma forma muito visível, no consenso dos constituintes capazes de ultrapassar os obstáculos aos CSP, dando garantias da exequibilidade política das reformas.

Contudo, o estabelecimento dos alinhamentos e dos compromissos políticos necessários para viabilizar as reformas, são só uma primeira etapa.

\* Nota dos tradutores: na ausência de um termo equivalente em português, os tradutores optaram por traduzir “comprehensiveness” por compreensividade.



## Caixa 5.5 Reconstrução das lideranças da saúde no rescaldo de guerras e do colapso económico

Os desenvolvimentos recentes na República Democrática do Congo mostram como uma liderança renovada pode emergir, até debaixo de condições extremas. O início da reconstrução do sistema de saúde do país, devastado pelo colapso económico e o fracasso estatal que culminou numa guerra brutal é, antes de mais, uma história de gestão política hábil.

A República Democrática do Congo teve, a nível distrital, durante os anos 70 e início dos anos 80, experiências bem sucedidas de desenvolvimento dos CSP. O tumulto económico e político de meados dos anos 80 viu a autoridade do governo central sobre a saúde desintegrar-se, com um empobrecimento extremo do sistema de saúde e dos seus trabalhadores. Os trabalhadores do sector da saúde desenvolveram uma multiplicidade de estratégias de sobrevivência, cobrando ilicitamente aos doentes e capitalizando muitos projectos desenvolvidos com ajudas internacionais, com pouca consideração pelas consequências para o sistema de saúde. Os financiadores e os parceiros internacionais perderam a confiança no modelo distrital de prestação de serviços integrados do país e escolheram, preferencialmente, apoiar programas isolados de controlo de doenças e de ajuda humanitária.

Enquanto, entre 1999 e 2002, o Ministério da Saúde mobilizou menos de 0,5% da despesa total do Governo, a sua administração central e o seu Departamento de Planeamento e de Estudos – uma equipa de 15 pessoas – enfrentaram a árdua tarefa de orientar algumas 25 agências bilaterais e multilaterais, mais de 60 ONGs internacionais e 200 nacionais, 53 programas de controlo de doenças (com 13 comités de coordenação) e 13 ministérios provinciais da saúde – não esquecendo as estruturas de cuidados de saúde organizadas por empresas privadas e universidades.

Como a intensidade do conflito civil a esbater, um grupo de funcionários do Ministério da Saúde encarregou-se de revitalizar e actualizar o modelo distrital de CSP. Cientes da posição marginal do Ministério da Saúde, eles cooptaram a “diáspora interna” (antigos funcionários públicos agora a trabalhar para as muitas agências internacionais presentes no país) numa estrutura aberta à

volta do Ministério. A direcção deste grupo esboçou uma estratégia de reforço dos sistemas de saúde. Esta incluía (i) uma expansão progressiva, de serviços integrados, distrito a distrito, coordenados por planos regionais e apoiados por um redireccionamento de um financiamento, até então, essencialmente programático para o financiamento do sistema; (ii) um conjunto de medidas de “limitação de estragos” para delimitarem a inflação institucional e impedirem uma distorção adicional do sistema; e (iii) um plano explícito para abordar o problema da fragmentação dos doadores, que tinha alcançado proporções críticas. No desenho da estratégia, a direcção do grupo fez esforços deliberados para estabelecer redes próprias no interior do sector da saúde e alianças com outros actores do governo e constituintes sociais.

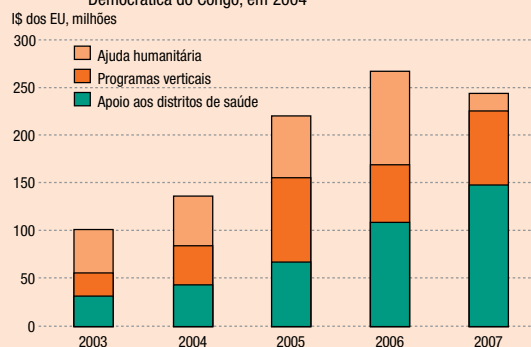
O apoio formal ao plano nacional por doadores e pela sociedade civil enviou um sinal político forte do sucesso desta nova modalidade de trabalho. A estratégia de reforço dos sistemas nacionais de saúde transformou-se no contributo da saúde para a estratégia nacional de redução da pobreza. Os doadores e os parceiros internacionais, mais ou menos, alinharam os seus projectos existentes com a nova estratégia, enquanto outros formularam as suas novas iniciativas de forma a se ajustarem à estratégia nacional.

Possivelmente, o testemunho mais poderoso da gestão eficaz deste processo é a mudança observada na composição do financiamento para a saúde (figura 5.6). A proporção de fundos destinados, nos planos provinciais e distritais, ao reforço geral dos sistemas, aumentaram, apreciavelmente, em relação ao nível do financiamento destinado ao controlo de doenças e progra-

mas de ajuda humanitária. Os ganhos permanecem frágeis, num contexto onde a maior parte do sector da saúde – incluindo a sua governação – necessitam de ser reconstruídos.

Não obstante, a estratégia nacional ter raízes fortes no trabalho de terreno e numa reviravolta extraordinária e altamente improvável, o Ministério da Saúde ganhou credibilidade com todos os parceiros e melhorou a sua posição negocial em relação ao financiamento do sector da saúde.

**Figura 5.6** Reemergência da liderança nacional em saúde: o deslocamento do financiamento dos doadores para o apoio a sistemas de saúde integrados, e o seu impacto na estratégia dos CSP na República Democrática do Congo, em 2004



A falta de preparação da sua implementação é, frequentemente, o elo mais fraco. É particularmente importante compreender a resistência à mudança, sobretudo dos trabalhadores da saúde<sup>70,71,72,73</sup>. Embora a intuição da liderança tenha os seus méritos é, igualmente, importante sistematizar mecanismos de antecipação das potenciais reacções dos principais interessados envolvidos e do público: mapeamento político\*, como no Líbano<sup>34</sup>; estudos de mercado e inquéritos de opinião, como nos Estados Unidos<sup>74</sup>; audiências públicas, como no Canadá; ou reuniões sectoriais de todos os interessados envolvidos, como nos Estados Gerais da Saúde, na África francófona. O conseguimento das reformas dos CSP exige uma capacidade de gestão sustentada e estável a todos os níveis do sistema, baseada em instituições competentes para a finalidade. No Chile, por exemplo, as estruturas e as competências administrativas, em todo o Ministério da Saúde, estão a ser redefinidas, de forma a reorientá-las para o apoio necessário às reformas dos CSP. Essas mudanças estruturais não são suficientes. Precisam de se associar a mudanças na cultura organizacional: transitando de uma cultura de promulgação de decretos de mudança, para uma outra de diálogo, colaborativa, mais inclusiva de todos os interessados, a todos os níveis do sistema de saúde. Isso exige, por sua vez, a institucionalização de mecanismos de diálogo político que mobilizem o conhecimento de “baixo para cima”, de forma a informar a governação do sistema, reforçando, concomitantemente, vínculos sociais e de acção colaborativa entre grupos de constituintes a nível da comunidade<sup>75</sup>. Esta capacidade de gestão não deve ser pressuposta; exige um investimento activo.

Mesmo com um diálogo político capaz de chegar a consensos sobre as reformas conducentes aos CSP desejados, e sobre os estilos de gestão desejáveis nos diversos níveis do sistema e necessários para a sua implementação, nem sempre se consegue o impacto pretendido. Mesmo as reformas mais bem planeadas e executadas encontram, frequentemente, obstáculos imprevistos ou esbarram em contextos de mudança

excessivamente rápida. A já muita experiência com o comportamento de sistemas complexos sugere que são sempre de esperar desvios dos objectivos previamente articulados. É, portanto, importante integrar nos processos de reforma, mecanismos para a identificação precoce destes desvios, de forma a permitir as correcções necessárias no decurso da implementação.

A evidência, ubíqua, das desigualdades em saúde e em cuidados de saúde, presentes, virtualmente, em todos os países, é um lembrete das dificuldades com que se confrontam as reformas dos CSP. Este capítulo enfatizou que a liderança, para uma maior equidade na saúde, deve ser um esforço empreendido por toda a sociedade e integrar todos os interessados. O diálogo entre os múltiplos interessados envolvidos nas negociações em torno das reformas, ambiciosas, que se pretendem para os CSP, para uma cobertura universal e para cuidados primários, tem expectativas elevadas de uma governação mais efectiva. Isto exige a reorientação de sistemas de informação, de forma a melhor informar e avaliar as reformas e a beneficiar de inovações operacionais no terreno, assim como atrair indivíduos experimentados e comprometidos para controlar a direcção e a implementação das reformas. Sem serem uma prescrição, estes elementos da liderança e da governação efectiva constituem tanto mecanismos, como objectos importantes das reformas para os CSP. Sem reformas na liderança e na governação é pouco provável que as outras reformas dos CSP tenham sucesso. Embora necessárias, não são condições suficientes para que as reformas dos CSP sejam bem sucedidas. O capítulo seguinte descreve como os quatro pilares das reformas dos CSP devem ser adaptados aos diferentes contextos nacionais, mobilizando um conjunto comum de impulsores para promover a equidade em saúde.

\* Nota do tradutor: “political mapping” foi traduzido por mapeamento político.



## Referências

- Porter D. *Health, civilization and the state. A history of public health from ancient to modern times*. London and New York, Routledge, 1999.
- The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- Waldman R. *Health programming for rebuilding states: a briefing paper*. Arlington VA, Partnership for Child Health Care, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS), 2007.
- National health accounts*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>, acessado em Maio de 2008).
- Schoen C et al. US health system performance: a national scorecard. *Health Affairs*, 2006, 25(Web Exclusive):w457–w475.
- Jacobs LR, Shapiro RY. Public opinion's tilt against private enterprise. *Health Affairs*, 1994, 13:285–289.
- Blendon RJ, Menson JM. Americans' views on health policy: a fifty year historical perspective. *Health Affairs*, 2001, 20:33–46.
- Fox DM. The medical institutions and the state. In: Bynum WF, Porter R, eds. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. London and New York, Routledge, 1993, 50:1204–1230.
- Blank RH. *The price of life: the future of American health care*. New York NY, Colombia University Press, 1997.
- Frenk J, Donabedian A. State intervention in health care: type, trends and determinants. *Health Policy and Planning*, 1987, 2:17–31.
- Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:1165–1170.
- Liu Y, Hsiao WC, Eggleston K. Equity in health and health care: the Chinese experience. *Social Science and Medicine*, 1999, 49:1349–1356.
- Bloom G, Xingyuan G. Health sector reform: lessons from China. *Social Science and Medicine*, 1997, 45:351–360.
- Tang S, Cheng X, Xu L. *Urban social health insurance in China*. Eschborn, Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit and International Labour Organization, 2007.
- China: long-term issues and options in the health transition. Washington DC, The World Bank, 1992.
- China statistics 2007. Beijing, Ministry of Health, 2007 (<http://moh.gov.cn/open/statistics/year2007/p83.htm>, acessado a 31 de Maio de 2008).
- WHO mortality database*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Tables; <http://www.who.int/healthinfo/mortables/en/index.html>, acessado a 1 de Julho de 2008).
- Suhrcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618_1), acessado em Maio de 2008).
- Collier P. *The bottom billion: why the poorest countries are failing and what can be done about it*. Oxford and New York NY, Oxford University Press, 2007.
- Grindle MS. The good government imperative: human resources, organizations, and institutions. In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:3–28).
- Hilderbrand ME, Grindle MS. Building sustainable capacity in the public sector: what can be done? In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:31–61).
- Goldsbrough D. *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington DC, Center for Global Development, 2007.
- Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95–100.
- Bill and Melinda Gates Foundation and McKinsey and Company. *Global health partnerships: assessing country consequences*. Paper presented at: Third High-Level Forum on the Health MDGs, Paris, 14–15 November 2005 (<http://www.hifhealthmdgs.org/documents/GatesGHPNov2005.pdf>).
- Stein E et al, eds. *The politics of policies: economic and social progress in Latin America*. Inter-American Development Bank, David Rockefeller Center for Latin American Studies and Harvard University. Washington DC, Inter-American Development Bank, 2006.
- Moran M. *Governing the health care state: a comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
- Saltman RB, Busse R. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E, eds. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Milton Keynes, Open University Press for European Observatory on Health Systems and Policies, 2002:3–52.
- McDaniel A. Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Management Review*, 2000, 25:1.
- World values surveys database. World Values Surveys, 2007 (V120, V121; <http://www.worldvaluessurvey.com>, acessado a 15 de Outubro de 2007).
- Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.
- Lopes C, Theisohn T. *Ownership, leadership, and transformation: can we do better for capacity development?* London, Earthscan, 2003.
- Wasi P. *The triangle that moves the mountain*. Bangkok, Health Systems Research Institute, 2000.
- McKee M, Figueras J. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *British Medical Journal*, 1996, 312:691–694.
- Ammar W. *Health system and reform in Lebanon*. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean and Ministry of Health of Lebanon. Beirut, Entreprise universitaire d'Etudes et de Publications, 2003.
- Stewart J, Kringas P. *Change management – strategy and values. Six case studies from the Australian Public Sector*. Canberra, University of Canberra, Centre for Research in Public Sector Management (<http://www.dmt.canberra.edu.au/crpsm/research/pdf/stewartkringas.pdf>).
- Chalmers I. From optimism to disillusion about commitment to transparency in the medico-industrial complex. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2006, 99:337–341.
- Romanow RJ. *Building on values. The future of health care in Canada – final report*. Saskatoon, Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
- Escorel S, Arruda de Bloch R. As conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: Trindade Lima N et al, eds. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005:83–120.
- Jongudomsuk P. *Achieving universal coverage of health care in Thailand through the 30 Baht scheme*. Paper presented at: SEAMIC Conference 2001 FY, Chiang Mai, Thailand, 14–17 January 2002.
- Galichet B et al. *Country initiatives to lift health system constraints: lessons from 49 GAVI–HSS proposals*. Geneva, World Health Organization, Department for Health System Governance and Service Delivery, 2008.
- The state of health in Bangladesh 2007. Health workforce in Bangladesh: who constitutes the healthcare system?* Bangladesh Health Watch (<http://sph.bracu.ac.bd/bhw/>, acessado em Junho de 2008).
- Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:324–326.
- Equity gauge profiles. Global Equity Gauge Alliance, 2008 (<http://www.gega.org.za>, acessado a 24 de Abril de 2008).
- De Campos FE, Hauck V. Networking collaboratively: the experience of the observatories of human resources in Brazil. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2005, 45:173–208.
- Ashton J. Public health observatories: the key to timely public health intelligence in the new century. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:724–725.
- Intelligent health partnerships*. York, Association of Public Health Observatories, 2008 (<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=39353> acessado a 10 de Junho de 2008).
- Robinson M, Baxter H, Wilkinson J. *Working together on coronary heart disease in Northern and Yorkshire*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
- Bell R et al. *Perinatal and infant health: a scoping study*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
- Grant S, Wilkinson J, Learmonth A. *An overview of health impact assessment*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001 (Occasional Paper No. 1).
- Bailey K et al. *Towards a healthier north-east*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
- Beal J, Pepper L. *The dental health of five-year-olds in the Northern and Yorkshire Region*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2002.
- Thailand's health care reform project, 1996–2001: final report*. Bangkok, Ministry of Health, Thailand Office of Health Care Reform, 2001.

53. Tancharoensathien V, Jongdomsuk P, eds. *From policy to implementation: historical events during 2001–2004 of UC in Thailand*. Bangkok, National Health Security Office, 2005.
54. Baser H, Morgan P. *Capacity, change and performance*. Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008.
55. Macq J et al. *Quality attributes and organizational options for technical support to health services system strengthening*. Background paper commissioned for the GAVI–HSS Task Team, Nairobi, August 2007.
56. Boffin N, De Brouwere V. *Capacity building strategies for strengthening the stewardship function in health systems of developing countries*. Results of an international comparative study carried out in six countries. Antwerp, Institute of Tropical Medicine, Department of Public Health, 2003 (DGOS – AIDS Impulse Programme 97203 BVO “Human resources in developing health systems”).
57. Carolo M, Ferrinho P, Perreira Miguel J (rapporteurs). *Consultation on Strategic Health Planning in Portugal*. World Health Organization/Portugal Round Table, Lisbon, July 2003. Lisbon, Direcção Geral da Saúde, 2004.
58. Forss K et al. *Evaluation of the effectiveness of technical assistance personnel*. Report to DANIDA, FINNIDA, NORAD and SIDA, 1988.
59. Fukuda-Parr S. *Capacity for development: new solutions to old problems*. New York NY, United Nations Development Programme, 2002.
60. Messian L. *Renforcement des capacités et processus de changement. Réflexions à partir de la réforme de l’administration publique en République Démocratique du Congo*. BTC Seminar on Implementing the Paris Declaration on Aid Effectiveness, Brussels, 2006.
61. OECD. StatExtracts [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (<http://stats.oecd.org/WBOS/Index.aspx> acedido em Junho de 2008).
62. Irwin A. Beyond the toolkits: bringing engagement into practice. In: *Engaging science: thoughts, deeds, analysis and action*. London, Wellcome Trust, 2007:50–55.
63. Rowe AK et al. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*, 2005, 366:1026–1035.
64. Blaise P, Kegels G. A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg’s organizational models. *International Journal of Health Planning and Management*, 2004, 19:337–364.
65. Lippingcott DF. Saturation training: bolstering capacity in the Indonesian Ministry of Finance. In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:98–123).
66. Krause E. *Death of the guilds. professions, states and the advance of capitalism, 1930 to the present*. New Haven and London, Yale University Press, 1996.
67. *World health statistics 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008.
68. *Poverty Reduction Strategy Papers, their significance for health: second synthesis report*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1 2004).
69. World Bank Independent Evaluation Group. *Debt relief for the poorest: an evaluation update of the HIPC Initiative*. Washington DC, The World Bank, 2006 (<http://www.worldbank.org/ieg/hipc/report.html>, acedido em Junho de 2008).
70. Pangu KA. Health workers’ motivation in decentralised settings: waiting for better times? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, ITG Press, 2000:19–30.
71. Mutizwa-Mangiza D. *The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe*. Bethesda MD, Abt Associates, 1998 (Partnerships for Health Reform, Major Applied Research 5, Working Paper No. 4).
72. Wiscow C. *The effects of reforms on the health workforce*. Geneva, World Health Organization, 2005 (background paper for *The World Health Report 2006*).
73. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*, 2003, 1:9.
74. *Road map for a health justice majority*. Oakland, CA, American Environics, 2006 ([http://www.americanenironics.com/PDF/Road\\_Map\\_for\\_Health\\_Justice\\_Majority\\_AE.pdf](http://www.americanenironics.com/PDF/Road_Map_for_Health_Justice_Majority_AE.pdf), acedido a 1 de Julho de 2008).
75. Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? *Cadernos de saúde pública*, 2002, 18(Suppl. 47):55, Epub 21 January 2003.

