



VI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA III

Interiorização dos
Serviços de Saúde



TEMA III

Interiorização dos Serviços de Saúde

Apresentador:

Doutor José Carlos Seixas

Secretário do Ministério da Saúde

INTERIORIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

I. PARÂMETROS PARA O TEMA

Ações de Saúde coexistem necessariamente com o homem, fundamentando-se em conhecimentos empíricos, empírico-místicos ou empírico-científicos, conforme as peculiaridades culturais e, em particular, o estágio de desenvolvimento econômico de uma determinada sociedade.

Ao abordarmos este tema entendemos serviços de saúde como algo mais complexo do que simples ações de saúde: entendemo-los, como sendo um conjunto de ações de saúde, com determinado grau de organização e competente reconhecimento do poder público podendo, inclusive, incorporar outras ações que não apenas as empírico-científicas, desde que utilizadas de modo orgânico e disciplinado.

Ao longo dos tempos, face as necessidades originadas no processo saúde-doença, as populações foram conscientizando-se da utilidade e da possibilidade de dispor de serviços de saúde. Em decorrência de razões histórico-culturais, pelo menos em nosso meio, essa conscientização foi sendo expressa com distúrbios de comunicação que traduziram-se em conceituações equivocadas influenciando assim nas práticas. Deste modo, com o passar do tempo, os serviços de saúde foram sendo

confundidos como sendo apenas ações de médicos. Assim, identifico da necessidade de serviços de saúde em um agrupamento humano, tornou-se comum ter-se o primeiro pensamento voltado, antes e acima de tudo, para a exigência de um serviço de médico. Não é ocorrência do passado, nem fato isolado em nossos dias, pedir-se médicos, preliminar e exclusivamente, para tentar satisfazer necessidades de populações carentes de todo e qualquer serviço de saúde. Não é totalmente alheio a qualquer um de nós planos de "interiorização de médicos".

Neste esforço de conceituação de termos, para uma comunicação melhor de nosso pensamento relativo ao tema, pareceu-nos conveniente esta primeira abordagem, diferenciando serviços de saúde de serviços médicos. Entretanto, permitam-nos um outro esclarecimento preliminar: isto não quer dizer que os serviços de saúde, possam prescindir da Medicina. A Medicina, com suas atividades técnico-científicas, é elemento nuclear imprescindível para a caracterização de serviços de saúde embora o agente profissional médico possa estar ausente em alguns serviços locais.

Um outro aspecto conceitual que nos parece importante explicitar, diz respeito ao campo de atividades a serem abrangidas por Saúde.

Saúde, como um bem incorporado à vida de pessoas ou populações, é o resultado da interação de uma multiplicidade de fatores causais, tanto de natureza individual (hereditários) quanto de natureza ambiental (físicos, biológicos, sociais). E portanto, Saúde como campo de pesquisa e estudos, imis-

cue-se em todo e qualquer campo da existência e da atividade humana, seja econômico (no sentido restrito) sociológico, físico, biológico, etc, a fim de avaliar como os fatores multicausais influem no processo saúde/doença. Entretanto, Saúde, como campo da atividade humana produtiva, para satisfazer direta e imediatamente as necessidades decorrentes do processo saúde-doença de pessoas ou coletividades não pode, e não deve, avocar para si atividades de outros campos dos quais, no entanto, não se deve alheiar. O setor produtivo saúde pode, e deve, limitar o campo de atividades executivas de seus serviços. Por exemplo: para qualquer agência de Saúde Pública, de saúde coletiva, é de máxima importância que a coletividade humana objeto de suas atividades seja não apenas um agrupamento de pessoas, mas sim um agrupamento comunitário. Entretanto, um serviço de Saúde Pública pode e deve desenvolver suas ações dentro de uma coletividade não agregada comunitariamente, tentando favorecer, paralelamente, o aumento de seu grau de coesão social. Ressalte-se que, em tal circunstância não pode atribuir-se essa transformação, como um seu objetivo específico. Por outro lado, num consultório, também por exemplo, o profissional médico pode vir a identificar a pobreza de uma pessoa como causa básica predisponente de um estado de doença, devendo, a partir dessa constatação chegar até a ajustar sua proposição terapêutica a tal realidade pessoal sem pretender no entanto arcar profissionalmente com a responsabilidade da superação da condição individual de pobreza.

Sem querermos listar as atividades específicas dos serviços de saúde e sem desconhecermos áreas setoriais conflu-

entes, em que as atividades podem ser tanto próprias a um como a outro setor da atividade humana, destacamos tais considerações, pois tem sido comum verificar, que várias pessoas, inclusive profissionais de saúde, colocam-se muitas vezes dentro de uma perspectiva de trabalho errada, inclusive com relação aos serviços de saúde a serem interiorizados. Essa perspectiva oscila entre a redução das ações de saúde às limitadas ações de médicos até, a abertura total, na qual os serviços de saúde seriam responsáveis diretos pela execução de tarefas que equacionassem os problemas coletivos e pessoais, no campo econômico-financeiro, sócio-cultural e até mesmo político-administrativo.

Há que se ter visão ampla do problema, porém, uma proposição de ação direta não tão abrangente. Não se propõe a divisão da responsabilidade social do trabalho, nem se pretende induzir a uma dissociação artificial que resultaria numa concepção estanque de setores que isoladamente responderiam pelos diferentes aspectos do bem estar do homem, mas sim a clara admissão da divisão social do trabalho na execução de tarefas específicas. A Paranóia executiva, sem divisão social de trabalho, poderá ser tão nociva para a prestação de serviços de saúde quanto a ausência dos serviços.

Queremos, aqui, deixar bem claro que, embora admitindo a existência de razões de manter para que se mantenha uma diferenciação institucional especial para o saneamento, consideramos o saneamento básico como um componente próprio e específico do Setor Saúde (principalmente para o sub-setor Saúde Pública). Assim, neste documento, quando nos referirmos à saúde, como

campo de atividade específica, subentenda-se sempre saúde-saneamento.

II - UMA PROGRAMAÇÃO DE INTERIORIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O presente trabalho está diretamente associado e se constitui em um desenvolvimento de 2 temas da V Conferência Nacional de Saúde: "Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais" e "Sistema Nacional de Saúde". Portanto, há que se considerar os trabalhos anteriores como partes integrantes deste.

Esta retomada daqueles assuntos não pretende ser um expediente didático, "de reforço, com complexidade crescente". Antes, propõe-se ser uma explanação pragmática (sem dúvida parcial) da evolução do tema na prática das ações sanitárias, em função da qual poder-se-á projetar melhor as ações futuras.

Neste curto espaço de tempo que nos separa da última Conferência Nacional de Saúde, ocorreram muitas decisões e ações relacionadas a expansão de serviços de saúde. Sem deconhecemos os riscos das omissões, optamos pela abordagem dessa expansão por intermédio de referências e comentários a uma programação que julgamos polarizadora e significativa da problemática em questão. Antes, porém, alguns pontos que nos parecem de especial interesse.

A. "SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE": Lei n°
6229/75. (SNS)

O objetivo básico deste dispositivo legal é organizar ("dispor adequadamente as partes componentes de um todo") e disciplinar ("fixar diretrizes de funcionamento a serem siste-

maticamente observadas") os serviços de saúde componentes do Sistema.

Tal objetivo pode ser concretizado de vários modos e segundo várias medidas: a elaboração de disposições complementares à Lei é uma das formas de alcançá-lo.

Um aspecto a ser considerado, no processo de regulamentação e implantação de um sistema complexo, como o Sistema Nacional de Saúde, é o nível da organização estrutural a ser prioritariamente afetado. Tradicionalmente, o processo tem privilegiado os níveis administrativos mais centrais não obstante ser reconhecido que nesses níveis estão concentrados maiores recursos, em proporção às tarefas que lhes são próprias. Tal procedimento, que se baseia na procura de maior eficiência imediata apresenta o grave perigo de canalizar ainda maiores recursos para aqueles níveis sem tomar na devida conta que, por vezes, estes níveis são originariamente ineficazes, quando considerados os objetivos mais transcendentais do Sistema como um todo. O imediatismo no caso conflita com proposições de maior profundidade que são de mais lenta maturação.

Um outro risco desse procedimento de implantação através da regulamentação unidirecional, de cima para baixo, de uma lei, é que, quanto mais centralmente se der o processo, mais terá que se concentrar a decisão em grupos técnicos restritos e, portanto, mais distantes, física e culturalmente dos anseios e das possibilidades das populações usuárias, bem como dos agentes Técnicos periféricos do sistema.

Dados estes inconvenientes, impõem-se esforços para a utilização de outros mecanismos regulamentadores. Surge então como alternativa, para definir previamente em bases sólidas, a regulamentação e implantação do Sistema Nacional de Saúde, a elaboração e a execução de programas segundo novos critérios organizacionais e disciplinares dos serviços. Uma programação com adequação a realidade viável, porém, corretiva das distorções contidas no desenvolvimento casuístico dos serviços de saúde. Com tal expectativa foi elaborado por decisão interministerial e sancionado pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República, um programa especial, inicialmente voltado para a Região Nordeste do País: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), consubstanciado no Decreto nº 78.307 de 24/8/1976.

B. "EXTENSÃO DE COBERTURA DE AÇÕES DE SAÚDE-SANEAMENTO A POPULAÇÕES DESSASSISTIDAS".

Um segundo ponto que merece ser abordado refere-se a expansão da cobertura dos serviços de saúde.

Será possível dizermos que algum Governo deixou de se esforçar para expandir a cobertura dos serviços de saúde às suas populações, quer através de serviços próprios ou contratados? Pelo menos ao nível da percepção emocional de seus dirigentes, isto jamais aconteceu. E porque voltar com tanta ênfase ao assunto? Existem, hoje, conotações diferentes?

O que se procura atualmente é enfatizar a necessidade de uma união de esforços para expansão da cobertura, mas não só uma simples união: espera-se uma união associada a uma

proposição de mudança, na forma e no sentido em que, tradicionalmente se realizavam os esforços de expansão.

Atuando com esforços isolados, de certa forma condicionados ao atendimento de apelos decorrentes não de necessidades básicas de saúde mas de necessidades sentidas de grupos populacionais mais ou menos restritos, o que tem ocorrido é que, de fato, se tem alcançado uma expansão da cobertura, porém, com algumas características bastante inconvenientes:

- (1) expandem-se serviços cada vez mais sofisticados, custosos e voltados principalmente a resolução para quadros mórbidos graves e raros, quando confrontados com as enfermidades de maior expressão social, esses serviços, que sempre absorvem vultosos investimentos em instalações e equipamentos por sua inadequação com as necessidades do conjunto da sociedade não são capazes de melhorar os níveis globais de atendimento;
- (2) a expansão de serviços com tais características, aumenta o número de indivíduos que não tinham e passam a dispor dos mesmos. Até mesmo indivíduos, pertencentes a extratos sociais absolutamente carentes de recursos para custear tais serviços, são beneficiados com a disponibilidade dos mesmos. Porém esses indivíduos constituem sempre um número

pouco expressivo de pessoas diante do total dos necessitados, gerando o surpreendente e alienante paradoxo da existência de grupos privilegiados, quanto ao usufruto de benefícios médico-sociais, dentro de populações economicamente marginalizadas.

A elaboração de um Programa direcionado para o atendimento prioritário das necessidades básicas, poderia possibilitar mais objetivamente proposições de expansão de cobertura como instrumento de mudança. Daí a razão maior do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, como proposta governamental de nível federal. Proposta que implica na adesão de pessoas, bem como de recursos de instituições vinculadas ou pertencentes ao setor saúde-saneamento de outros níveis, sobretudo as mais significativas, como as estaduais e municipais.

Para que possamos nos entender melhor quanto a determinadas proposições de mudança a serem levadas a efeito, num novo esforço de expansão de cobertura, parece-nos conveniente uma digressão a respeito da procura de serviços.

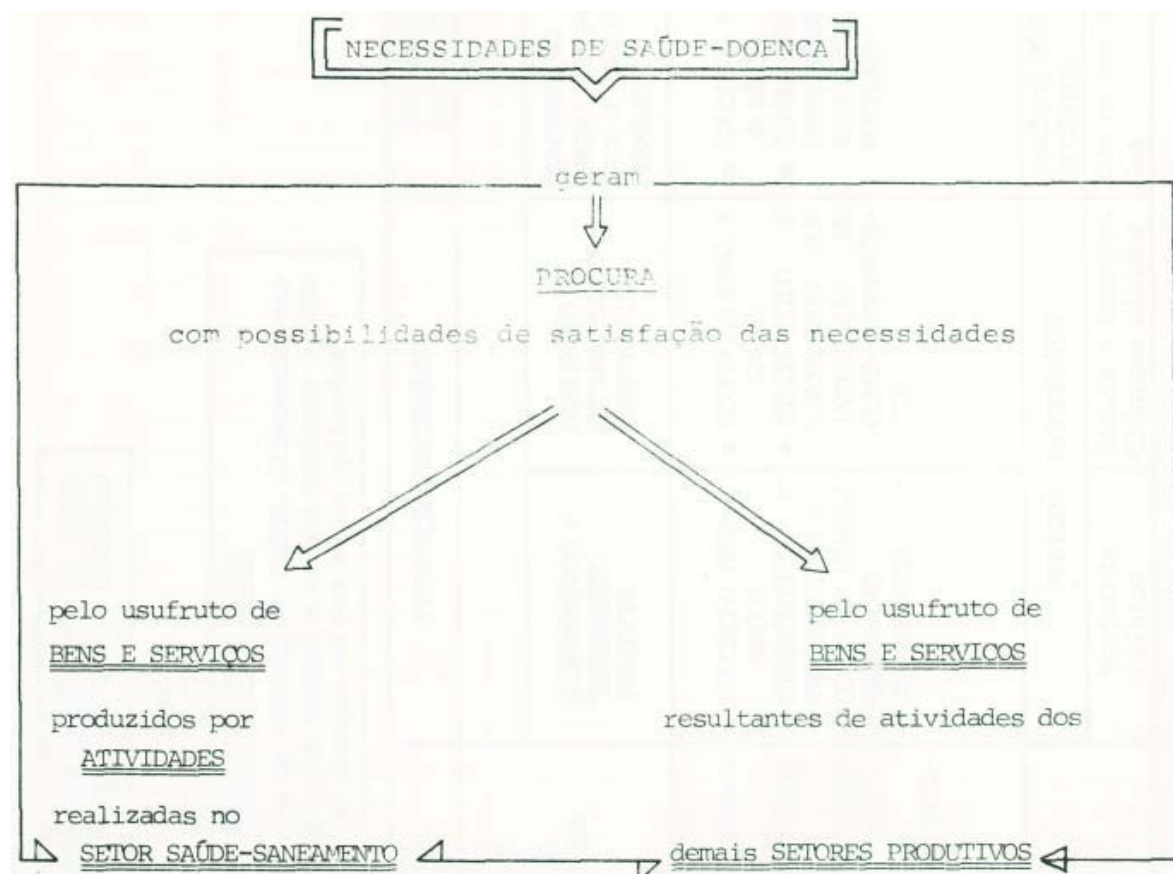
C. PROCURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO

Vários estudos tem sido feitos quanto à procura (demanda) de serviços de saúde pela população desde simples especulações de fundo ideológico até estudos técnicos-científicos "sócio-antropológicos", "sociométricos".

Nosso objetivo aqui, ao levantarmos o problema, é menos ambicioso. Desejamos tão somente uma reflexão rápida, po-

rém pragmática, para uma tomada de posições no como agir.

Se considerarmos as necessidades de saúde doença de populações em geral sabemos que:



Por outra parte sabemos que é ao nível das atividades desenvolvidas pelos Serviços (ou Agências) de Saúde onde podemos interferir de forma mais direta. Aí, pois, localizamos um ponto crítico de nossa ação executiva.

Para efeito de nossa reflexão permitam-nos apresentar o seguinte modelo simplificado deste ponto crítico, que visa sintetizar toda a complexa realidade dos Serviços de Saúde,

quanto a parte operativa de suas atividades fins:

SERVIÇOS (AGÊNCIAS) DE SAÚDE
produtores de bens e serviços

através
de

ATIVIDADES DE SAÚDE

agrupadas segundo tipos de MEDIDAS DE SAÚDE, diferenciáveis entre si, pela natureza das doenças e também conforme a fase de história natural das doenças em que sejam aplicadas

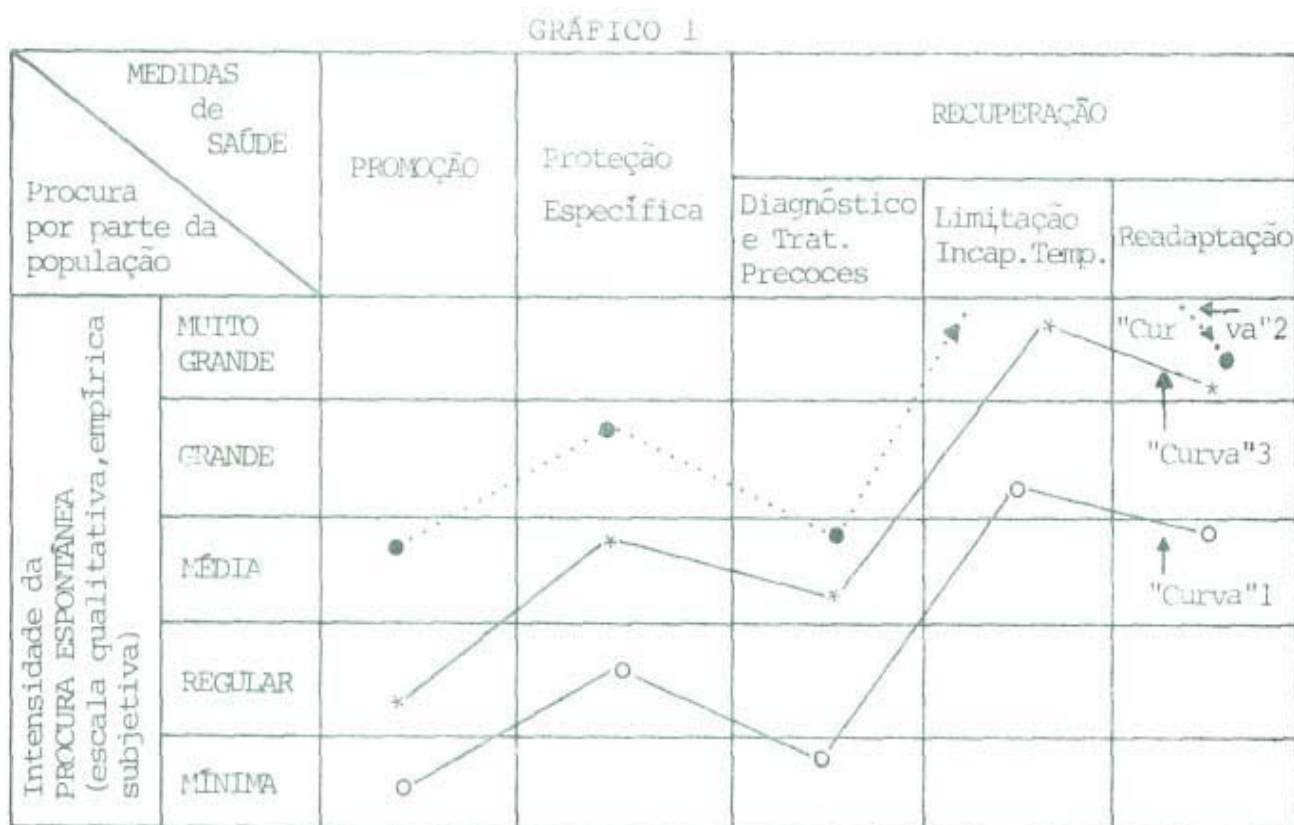
MEDIDAS DE	PREVENÇÃO			PREVENÇÃO TERCIÁRIA
	PRIMÁRIA	SECUNDÁRIA	OU	
EXEMPLOS	PROMOÇÃO	PROTEÇÃO ESPECÍFICA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOZES	READAPTAÇÃO (REABILITAÇÃO) FACE A INCAPACIT. PERMANENTE
	<ul style="list-style-type: none"> ● EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ● SANEAMENTO BÁSICO 	<ul style="list-style-type: none"> ● EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ● SANEAMENTO BÁSICO ● APLICAÇÃO TÓPI-CA DE FUOR VACINAÇÕES ● COMBATE A VETO-RES 	<ul style="list-style-type: none"> ● EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ● DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOZES DE CÂNCER ● VACINAÇÃO ● SOROTERAPIA 	<ul style="list-style-type: none"> ● EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ● DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO REABILITADOR DO MUTILADO
HISTÓRIA NATURAL DAS DOENÇAS	PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO			PERÍODO PÓS-PATOGÊNICO
	Horizonte Clínico			Com ou sem Sequelas

O Quadro extraído da proposição de Leavell e Clark, no Livro "Medicina Preventiva".

Isto posto, tentamos responder à seguinte questão:

- Como, com que grau de intensidade nossa população, hoje, se comportaria, espontaneamente, na procura de medidas de saúde, para satisfação de suas necessidades, caso lhe fosse oferecida uma rede de agências de saúde que, em igualdade de condições de acessibilidade, desenvolvesse todas as diferentes medidas de saúde possíveis?

Creemos ser possível uma resposta com a seguinte representação gráfica - empírica e simplificada - de nossa percepção, quanto ao comportamento da população, nas condições acima, no tocante à procura espontânea às diferentes medidas de saúde:



Esta procura espontânea, que configura ("curva" 1), seria muito afetada em suas características básicas caso houvessem disponibilidades ilimitadas de todas as medidas de saúde

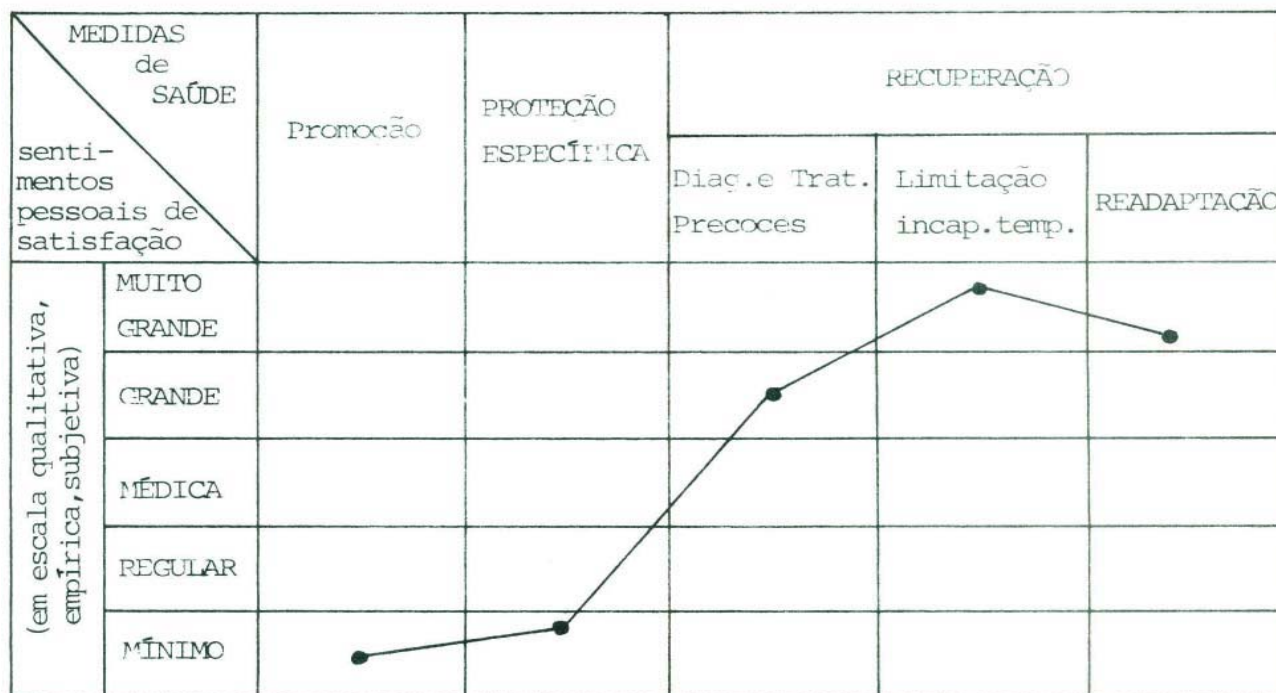
colocadas a disposição da população? A observação parece indicar que não; antes, se verificaria um crescimento mais acentuado da procura de medidas curativas - ("curva" 2). Ousamos dizer que tais "curvas" representam uma espontânea tendência, de comportamento, uma força motriz na procura aos Serviços. Será isto real? Será, por exemplo que os médicos em geral, como grupo mais preparado no conhecimento das patologias físico-mentais configurariam com seu comportamento, ante seus estados de saúde uma "curva" muito diversa? Aparentemente não, antes, somos levados a crer que, mesmo os médicos, tendem a procurar mais os serviços de saúde em fases de doenças com limitações temporárias, até mesmo mais avançadas. ("Curva" 3).

Parece-nos muito freqüente existir, consciente ou inconscientemente, entre muitos profissionais voltados para os problemas de saúde, a crença de que as características básicas dessas "tendências" se modificariam de per sí, pela substituição do tipo de profissional que opere o sistema de saúde. Por esse raciocínio profissionais de saúde menos sofisticados reduziriam, a "tendência" de privilegiar a procura a serviços curativos. Cremos ser um equívoco: qualquer que seja o agente de saúde prestador de serviços - (o curandeiro, a curiosa, o auxiliar de saúde ou o médico) - verifica-se a tendência de concentrar o atendimento em serviços curativos. É fácil perceber a razão disto, (mesmo quando não ocorre exploração econômico-financeira na área de recuperação): o sentimento de gratidão pelos serviços recebidos, de qualquer tipo de agente de saúde, se dará mais intensamente ao nível do atendimento que tente reduzir ou acabar uma

incapacidade, dolorosa ou não, limitante das ações normais de um paciente.

Ainda, empiricamente e sem preocupações de aferição numérica, parece-nos que podemos traçar uma hipotética "curva" dos sentimentos de satisfação própria dos profissionais de saúde pelos serviços que prestam, o que contribui ao nível do afeto, para reforçar a tendência já referida quanto ao comportamento da demanda:

GRAFICO 2



Se tanto os condicionantes da oferta e da demanda provocam, simultaneamente, sobrecarga no sistema ao nível das medidas recuperativas, o que fazer?

O que fazer, principalmente se os mecanismos de uma sociedade de economia de mercado reforçam ainda mais estas "tendências" básicas, como, v.g., mais aparelhos sofisticados, mais especulações técnico-científicas gratificantes, mais vantagens monetárias, mais possibilidades de tráfico de influência por prestígio

junto a centros de poder leigos em questões de saúde?

- Racionalizar o Sistema de Saúde, em conformidade com as "tendências"?
- Racionalizar o Sistema de Saúde, com criação de mecanismos organizacionais e disciplinares capazes de provocar mudanças nas tendências observadas?

Antes de considerarmos tais questões, cabe especular algumas hipóteses a partir dos gráficos anteriores.

(a) se a "tendência" à procura de serviços curativos for totalmente reprimida, muito provavelmente os sentimentos normais da população exercerão força superior à repressão, impedindo-a de atingir seus objetivos.

(b) os esforços educativos isolados, tendendo a modificar a tendência de procura, por sí, terão efeitos muito restritos para o caso, sobretudo se forem feitos como tradicionalmente, na base da divulgação de etiopatogenias e sintomatologias de doenças; com tais características, muito provavelmente o que ocorrerá será a intensificação da procura para medidas recuperativas.

Voltando à questão básica: o que fazer? Tentar racionalizar a gerência do existente ou modificar o que existe? Há mesmo razões para se preocupar com tal problema? É possível ter expectativa de mudanças?

Acreditamos serem possíveis tais mudanças, porém, não para superar as tendências observadas, mas, para mudar as acelerações do crescimento de procura às diferentes medidas. Os acréscimos quantitativos de procura de serviços curativos podem ser menos acelerados do que a demanda para os demais serviços.

Como fazer isto?

Nossa proposição de factibilidade é de que seja através de programação estratégica de ampliação da rede de agências, e/ou de certas atividades de saúde:

(1) Ampliação da rede de agências de modo maximizar a sua acessibilidade às populações a serem atendidas em suas necessidades sentidas e não sentidas - tanto mais acessíveis quanto maior for a ênfase desejada para o atendimento das necessidades não sentidas.

(2) Programação de atividades de forma mais disciplinada possível, para que não se processe, o abandono de ações menos gratificantes por parte de qualquer tipo de agente de saúde, com conseqüente privilegiamento das atividades curativas.

O processo de racionalização dos serviços de Saúde é imprescindível em qualquer País, face a baixa eficácia das medidas curativas, associada à elasticidade quase infinita da demanda decorrentes de situações de doença com escassa possibilidade simultânea de aumento infinito dos recursos para as atividades referentes ao atendimento do processo saúde-doença. Em nosso país esta racionalização é imperiosa havendo, certamente, modos de realizá-la através de programações governamentais. Essas programações devem ser tanto mais indicativas quanto mais se tratar de atividades oferecidas pelos agentes da iniciativa privada tanto de mecanismos normais de mercado. Serão entretanto, tanto mais executadas e controladas pelo Setor Público, quanto mais se tratar de atividades dirigidas para o atendimento de necessidades não sentidas.

Daí os condicionamentos de uma programação destinada ao desenvolvimento de uma rede básica de Saúde Pública.

Para uma programação de expansão de cobertura que simultaneamente promova mudanças na procura e utilização de serviços, teríamos que observar diretrizes básicas, como as seguintes:

(1º) estabelecimento de uma rede de serviços, a mais ampla possível - capaz de permitir uma fácil acessibilidade (física, cultural e financeira) a população aos referidos serviços de saúde.

O grande volume de serviços exige, para sua factibilidade, que se atente, simultaneamente para:

(a) simplificação e padronização de técnicas a serem utilizadas - promovendo simplificação com manutenção de eficácia e não realizando simples amputações para um barateamento das técnicas em uso.

(b) ampla utilização de pessoal auxiliar, treinado em serviço, para execução, por delegação supervisionada, das técnicas simplificadas e padronizadas e, portanto, sem elevados custos operacionais.

(c) simplificação de instalações e equipamentos com o objetivo de superar a prática de disseminação do supérfluo da difícil manutenção e da escassa utilização.

(2º) estabelecimento de programações e cronogramas de trabalhos bem definidos, de modo a garantir que as atividades prioritárias, especialmente as de prevenção primária sejam realizadas, desestimulando uma demasiada absorção do tempo dos agentes de saúde no atendimento de necessidades sentidas.

(3°) estabelecimento de um sistema de treinamento continuado em serviço, de todo e qualquer tipo de pessoal produtor de bens e serviços de saúde, de modo a se poder dispor de:

(a) módulos de treinamento rápido e não sofisticados - sem perda de eficácia, face a possibilidade de novos treinamentos.

(b) pessoal adaptado ao uso das técnicas simplificadas, à delegação com supervisão continuada, ao significado e ao sentido do trabalho que desenvolve.

(4°) estabelecimento de um sistema de supervisão bem definido e formalizado a fim de garantir delegação com responsabilidades e reduzir os desvios espontâneos dos agentes tanto para a rotinização perniciosas das ações como, para as ações eminentemente curativas.

(5°) estabelecimento de mecanismos formais que viabilizem um processo continuado de crescente coparticipação comunitária, responsável, na realização das atividades dos serviços de saúde, garantindo-se assim:

(a) o consentimento e posterior valorização, pela população, das atividades destinadas a atender necessidades que não sentiram espontaneamente.

(b) a introdução e incorporação de conhecimentos e práticas populares empíricas, potencializadoras e facilitadas - das ações científicas de saúde.

(c) por conseqüência, nunca como objetivo específico, o afluxo de novos recursos humanos, materiais e finan-

ceiros para as agências de saúde, oriundos dessas populações.

Concluindo estas considerações quanto a demanda tudo indica ter ela uma tendência espontânea que precisa ser modificada para viabilizar a melhoria das condições de saúde. A justificativa das programações passíveis de interferir no comportamento dessa tendência, são de ordem metodológica e conceitual não se amparando apenas no fato de serem mais baratas ou passíveis de aceitação por populações carentes.

As técnicas simples a serem empregadas não devem ser entendidas como de menor eficiência; ao contrário, podem ser, inclusive, mais eficazes.

A prioridade de implantação de tais programas em áreas mais pobres, além de proposição de equidade social se justifica como um modo de mais rapidamente atender às necessidades de pessoas sujeitas a menores bloqueios de organização social.

IV. PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO PARA O NORDESTE (PIASS).

O PIASS, aprovado pelo decreto nº 78.307 de 24/8/76 em suas formulações básicas está apresentado em anexo. Neste trabalho pretendemos tomá-lo, tão só, em suas intenções, maiores e em seus mecanismos operacionais fundamentais. Assim, julgamos de utilidade imediata citar apenas "o que é" e "o que não é" o PIASS.

(1) O PIASS é um programa interministerial e coordenado pelo

Ministério da Saúde. (M.S.)

- Programa próprio, mas não específico, do M.S. por ser de alcance coletivo em seu objetivo imediato: "implantar uma estrutura básica de Saúde Pública". Não específico, pois é um programa do Governo que envolve (em conformidade com o SNS) várias instituições em diferentes níveis federal, estadual e municipal, além da participação da coletividade humana diretamente abrangida, possível por intermédio da colaboração de instituições locais de saúde nela existentes, de suas lideranças formais ou informais, das eventuais mobilizações de grande número de pessoas das localidades.
- Programa coordenado, porém não dirigido e executado pelo MS; coordenado pelo Ministério, não só por direito mas de fato, pois o Grupo Executivo Interministerial do PIASS, com poder decisório delegado pelo Governo Federal, se respalda em órgão do Ministério da Saúde, a Secretaria Geral, que lhe fornece os instrumentos de apoio essenciais ao seu trabalho técnico-administrativo, além de coordenar a ação dos seus membros.
- A ação central se processa através do Grupo Interministerial, constituído por representantes dos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, do Interior e da Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Como órgão colegiado, para se manter eficaz deve

ser constituído por elementos altamente vinculados às suas Pastas, portanto sem condições de trabalho permanente e exclusivo para este Programa; assim o Grupo Interministerial respalda-se numa Secretaria Técnica integrada por técnicos exclusivamente dedicados ao Programa.

- (2) O PIASS não é mais um programa de saúde a ser desenvolvido; é uma proposição metodológica de trabalho, para a implantação de uma estrutura permanente de Saúde Pública, ao nível da população necessitada de bens e serviços básicos de saúde-saneamento.
- Não é, pois, algo que se justapõe ao já existente, mas é algo que deva modificar de forma permanente o que existe.
 - Não dispõe de recursos próprios permanentes. Dispõe entretanto de recursos próprios, temporários, que devem contribuir para modificar a sistemática de alocação dos recursos no Setor Saúde. Seus recursos próprios temporários devem atuar como fontes de energia aceleradora, na mudança dos critérios tradicionais de aplicação.
 - A sistemática de atuação do PIASS bem como seus mecanismos de implementação ao nível central, estadual e municipal, devem ser absorvidos no mais breve intervalo de tempo pela organização permanente do Sistema de Saúde, nas instituições dos Governos federal, estadual, e, municipal. Os mecanismos institucionais hoje existentes, o Grupo Executivo Interministerial e sua Secretaria Técnica devem ser, assim absorvidas

pelas organizações estruturais do Sistema, no sentido de assegurar o desempenho dinamicamente estável das estruturas de saúde-saneamento implantadas junto as populações.

(3) Os objetivos imediatos do PIASS não são os de levar alguns serviços de saúde a populações que não os tinham. No plano material o objetivo imediato criar uma infra-estrutura de Saúde Pública e no plano técnico, é desenvolver uma nova mentalidade técnico-operacional, de prestação de serviços de saúde às populações.

- O PIASS não se propõe disseminar agências de saúde simplificadas junto a agrupamentos de áreas rurais. O PIASS objetiva promover, no mais breve intervalo de tempo, a implantação (só quando necessário com construções e instalações novas) de uma ampla rede de unidades de saúde pública, estruturada dentro de um complexo: Postos de Saúde – Centro de Saúde (ou Unidades Mistas), um módulo básico do Sistema Nacional de Saúde.

Porém, não só; simultaneamente, há que se instalar e manter, junto aos agrupamentos humanos atendidos pela rede sanitária, equipamentos de saneamento básico. Especialmente, para que tais agrupamentos disponham, com facilidade, de água própria para consumo, e possam dar destinação adequada aos dejetos.

- O PIASS não pretende que seus agentes façam apenas “o que for possível” para atender as necessidades senti-

das das populações alvo; é para atuar dentro do devido, definido por uma programação básica. O PIASS, de imediato, deve promover uma consciência técnico-operacional de seus agentes para que suas ações, as realizem com uma disciplina de atendimento, baseada em:

- (a) PROGRAMAS DE AÇÃO: em que estejam previstas, entre outras, normas disciplinando a distribuição dos horários de trabalho dos agentes de saúde por clientela e por tipo de medidas de saúde a serem desenvolvidas; tais programas de ação terão, obrigatoriamente, um caráter de interação dinâmica com a população alvo, prevendo-se, portanto, atividades internas e externas dos agentes das unidades sanitárias.
- (b) EXECUÇÃO DE AÇÕES DELEGADAS: obrigatoriamente submetidas a supervisão de agentes de saúde de nível mais elevado, segundo programação regular.
- (c) ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES, INFORMAÇÕES E PEDIDOS PARA UNIDADES DE SAÚDE MAIS COMPLEXAS: com garantia de atendimento oportuno, face ao estabelecimento de formalizada articulação com tais unidades.
- (d) ESFORÇO PERMANENTE E CRÍTICO: para a obtenção da coparticipação crescente da população alvo, no desenvolvimento das programações e ações das Unidades Sanitárias, de modo a integrar nas mesmas, as contribuições técnico-culturais (e eventualmente financeiras) da coletividade.

- (4) O PIASS não é um Programa de desenvolvimento de comunidades, mas um programa de saúde que implica em ações pertinentes ao fortalecimento do grau de coesão social das coletividades.
- A coparticipação das populações nas ações de saúde das agências de saúde pública, quer por intermédio das pessoas atendidas, quer por intermédio das lideranças de seus agrupamentos, quer através de eventuais mobilizações de grande número de pessoas, pode desenvolver sentimentos e comportamentos gregários, que desenvolverão as comunidades humanas existentes, ou estimularão o surgimento das mesmas onde não existam. As ações de saúde pública, obrigatoriamente, com perspectivas; de alcance coletivo, não podem se processar sem essa coparticipação que é menos importante no processo de implantação das agências e seus serviços, mas imprescindível ao longo de toda a existência e bom funcionamento de tais agências de saúde pública. Cumpre ressaltar que, tal coparticipação, com vistas ao desenvolvimento comunitário, não pode nunca ser compreendida como simples auxílios devidos ou generosidade dos que assim agem. Há que se desenvolver o sentimento de corresponsabilidade na ação e nas conseqüências, face à uma necessidade de promoção do bem comum.
- (5) O PIASS é um programa técnico-político na sua formulação, aprovação e, por vezes, na sua implantação, mas terá que ser um programa político-técnico na sua imple-

mentação e manutenção.

- Como fruto de uma análise técnica da realidade, submetida a aprovação das autoridades governamentais que lhe atribuíram legalidade, o PIASS é um programa técnico-político realizado nas esferas federal e estadual, carecendo de ser ainda, em grande parte, na municipal.
- Obrigado por sua própria natureza (de saúde pública) à coparticipação das coletividades humanas por ele abrangidas, o PIASS tem que ser um Programa político-técnico: político, pois as coletividades coparticipantes deverão sentir e agir em função de uma consciência cívica, voltada para a promoção do interesse no atendimento de necessidades de saúde; técnico, pois terá que se pautar em ações com respaldo e disciplinamento técnico-científico.

(6) O PIASS, não é, um Programa de Interiorização de Médicos, nem pode ser confundido com Programa de Interiorização da Medicina, ou Programa de Medicina Simplificada. É um programa de interiorização de uma rede básica de serviços de saúde-saneamento, tendo como área de implantação o Nordeste.

- Não se pode conceber o PIASS como sendo, simplesmente, um programa de interiorização de médicos ou da Medicina; e mais que isto, ainda que não seja isto em sua total complexidade.
- O PIASS não é um programa de "Medicina Simplificada". É

um programa que, valendo-se de técnicas médicas e também não médicas simplificadas ao ponto de serem aplicadas de forma intensiva e eficiente, propiciará amplo atendimento de necessidades básicas de saúde-saneamento, de grande contingentes humanos que não as teriam satisfeitas, caso as técnicas usadas fossem complexas e onerosas.

(7) O PIASS, não é um projeto acabado, a ser aceito e executado. É uma programação de trabalho a ser desenvolvida dentro de determinadas diretrizes conceituais e operacionais, e um conjunto de projetos de execução a serem elaborados, aprovados e realizados com base em critérios técnico-científicos explícitos e em critérios sócio-políticos e geo-econômicos peculiares às áreas de sua implantação.

III - CONCLUSÃO

A Interiorização dos Serviços de Saúde, a Expansão de Cobertura de Ações de Saúde-Saneamento, têm no PIASS, um modelo programático para sua concretização.

O PIASS não é uma programação de saúde de fácil e imediata implantação, especialmente considerando sua exigência básica de ampla cobertura em curto intervalo de tempo.

O PIASS não é uma programação de fácil manutenção pois implica em obrigatórios remanejamentos de recursos financeiros e mesmo de comportamento, dentro do setor saúde, tanto mais quando se propõem a modificar "tendências" espontâneas, no modo de ser e agir de populações e de agentes de saúde.

O PIASS é finalmente uma forma programática objetiva de organização e disciplinamento gradual do Sistema de Saúde existente.

É desejável e oportuno expandir-se o PIASS para as demais áreas do País além do Nordeste?

Excelentíssimo Senhor Presidente da República

Temos a honra de submeter à elevada consideração de Vossa Excelência, nos termos da minuta de Decreto e dos documentos anexos, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, que objetiva implantar, nas pequenas e médias comunidades da Região, estrutura básica de saúde pública.

Em conformidade com a estratégia de desenvolvimento social do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), o mencionado Programa pretende - ao contemplar segmentos populacionais até então precariamente assistidos - enfatizar as ações de natureza preventiva e propor formas de atuação integrada, no campo da saúde pública, proporcionando maior eficácia social a esta forma de atuação governamental no meio rural do Nordeste.

2. O Programa foi elaborado com o objetivo de conferir maior racionalidade à prestação dos serviços de saúde e, conseqüentemente, maior prioridades às ações de menor custo unitário que resultam em benefício para o maior número de pessoas. Neste sentido, o Programa deverá enfatizar práticas preventivas, tratamento ambulatorial, suplementação nutricional e saneamento básico.

Foge-se, intencionalmente, das limitações de uma política de saúde condicionada pelo excessivo aparato administrativo, onde as prioridades são conferidas menos em decorrência das necessidades nosológicas da população do que da atual localização dos recursos materiais e humanos presentemente disponíveis.

3. A problemática de saúde não pode ser vista de forma dissociada das demais variáveis que condicionam e determinam os níveis de vida e de bem-estar das diferentes camadas da população. Os índices de saúde apresentam, de forma clara, grande correlação com os níveis de renda. Depreende-se, também, dessa dependência, que o grau de complexidade nosológica de uma comunidade varia na proporção direta do seu nível de desenvolvimento, o que recomenda a adoção de um sistema de saúde com diversos níveis de complexidade, ajustados à heterogeneidade verificada nas diferentes comunidades. Este sistema diferenciado, para apresentar melhores condições de funcionamento, deve ser hierarquizado e integrado, configurando graus de especialização crescente.

Decorre do adequado funcionamento desse sistema de saúde pública a possibilidade da correta utilização das unidades especializadas. A considerável diminuição da sobrecarga, representada pela afluência de casos simples - que passarão a ser atendidos pela estrutura básica, em fase de intervenção mais oportuna -, resultará, também, em redução das complicações e dos agravamentos, ficando, para a rede especializada, apenas os casos que exijam cuidados médicos mais sofisticados.

4. A experiência também comprova a pouca valia dos serviços de saúde quando não se contemplam, devidamente, atividades correlatas, como a suplementação nutricional e o saneamento básico. Grande parte das enfermidades das populações de baixa renda decorre de um quadro carencial amplo, em que a subnutrição constitui a causa direta ou associada. As atividades de saneamento básico, incluin

do abastecimento d'água, destino de dejetos e remoção do lixo, reduzem grandemente a transmissão de enfermidades. A maioria das doenças que atingem as populações mais carentes é de veiculação hídrica, e seus altos níveis de prevalência não se alteram enquanto não são aquacionados os problemas de água e remoção de dejetos.

5. O objetivo geral do Programa é dotar as comunidades do interior - cidades, vilas e povoados com população de até 20 mil habitantes - de estrutura básica de saúde pública, de caráter permanente, hierarquizada, detentora dos recursos fundamentais para a resolução dos problemas médico sanitários de maior repercussão social. Não se pretende a disseminação generalizada de equipamentos sofisticados e de profissionais diferenciados por todas as comunidades.

A preocupação em alocar recursos de modo racional recomenda uma política visando a concentrar serviços mais especializados em poucos pontos estratégicos, tecnicamente determinados, a partir dos quais será propiciada orientação - com supervisão técnica - a uma grande rede de prestação de serviços acionados por pessoal auxiliar. O quadro nosológico típico de áreas e populações pobres e monótono e de fácil equacionamento, ao passo que os recursos financeiros disponíveis localmente não possibilitam outro tipo de solução. Tentativas anteriores de interiorização fracassaram, por não levarem em conta as necessidades e limitações das diversas comunidades. Procedimentos ainda vigentes, baseados na atuação de médicos itinerantes e postos volantes, revelam-se custosos e de baixa eficácia. Os programas sanitários, para serem realistas e eficientes, não podem depender da presença cíclica de profissionais de saúde, visto que as enfermidades não estão sujeitas a qualquer forma de cronograma e os trabalhos de promoção da saúde e prevenção da doença devem ser desenvolvidos sem solução de continuidade.

6. O Programa desdobra-se em três níveis de atuação - o elementar, o intermediário e o de apoio -, a serem implantados, respectivamente, em aglomerações de até 2 mil habitantes, de 2 a 5 mil e de 5 a 20 mil habitantes. Maior concentração urbana geralmente pressupõe maiores e mais diferenciados níveis de renda, variação do quadro nosológico, melhores condições de fixação de pessoal mais qualificado e maior grau de organização comunitária além de melhor oferta de serviços públicos. Daí, a fixação do parâmetro populacional como limite de áreas de atuação dos três níveis do Programa. Esses intervalos são apenas indicativos, não se pretendendo a delimitação de critérios rígidos, que inflexibilizem desnecessariamente o esquema proposto, competindo à coordenação do Programa estabelecer as diretrizes básicas e normas de atuação. O detalhamento final deverá ser feito a nível dos Estados, com sua objetiva participação, única forma de atribuir-se concreta operacionalidade ao Programa. Só assim as peculiaridades, possibilidades e necessidades de cada área serão adequadamente contempladas.

7. Os recursos especiais destinados ao Programa estão estimados em Cr\$ 4,0 bilhões (preços de 1976), para o período 1976/1979, assim discriminados:

I - Cr\$ 1,1 bilhão, do Ministério da Saúde;

II - Cr\$ 1,2 bilhão, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS (financiamentos na faixa de maior prioridade);

III - Cr\$ 1,0 bilhão, do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAN);

IV - Cr\$ 700 milhões, do Programa de Integração Nacional - PIN, dos quais Cr\$ 200 milhões através do Programa de Desenvolvimento do Nordeste - POLONORDESTE.

Estima-se que o total de dispêndios com o Progra-

ma, neste quadriênio, será de ordem de Cr\$ 8 bilhões, incluídos recursos do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalho Rural - FUNRURAL e do Fundo de Participação dos Estados e Municípios, que serão definidos a nível de cada projeto e a nível dos Estados e remanejados de acordo com as diretrizes e a sistemática operacional do Programa.

8. Para a execução do Programa, cujas dificuldades são proporcionadas ao seu significado social, propõe-se a formação de um grupo executivo interministerial, de alto nível, composto por representantes dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Interior e da Secretaria de Planejamento, cabendo a coordenação do grupo ao primeiro. O mencionado grupo interministerial contará com o apoio técnico e administrativo, a nível central, da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, e, a nível regional, da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE, e incumbir-se-á da articulação com os Estados e Municípios, para o detalhamento e operacionalização do Programa.

Aproveitamos a oportunidades para reiterar a Vossa Excelência os protestos do nosso mais profundo respeito.

ass.) João Paulo dos Reis Velloso ass.) Paulo de Almeida Machado
Ministro Chefe da Secretaria de Ministro da Saúde
Planejamento

Ass.) Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva ass.) Maurício Rangel Reis
Ministro da Previdência Ministro do Interior
e Assistência Social

Decreto nº 78.307 - de 24 de Agosto de 1976

Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o item III artigo 81 da Constituição.

DECRETA:

Art. 1º Fica aprovado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, para o Período de 1976-1979, com a finalidade de implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da Região

Art. 2º Constituem diretrizes básicas do Programa:

I - ampla utilização de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;

II - ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento da nosologia mais freqüente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados.

III - desenvolvimento de ações de saúde, características por serem de baixo custo e alta eficácia;

IV - disseminação de unidades de saúde tipo miniposto, integradas ao sistema de saúde da Região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos;

V - integração a nível dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde;

VI - ampla participação comunitária;

VII - desativação gradual de unidades itinerantes de saúde, a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente.

Art. 3º O total de recursos especiais destinados ao Programa, no período 1976-1979 será de Cr\$ 4,0 bilhões (pre-

ços de 1976), dos quais Cr\$ 750 milhões em 1976.

Art. 4º Os recursos a que se refere o artigo anterior serão provenientes das seguintes fontes:

I - Ministério da Saúde: Cr\$ 1,1 bilhão dos quais Cr\$ 200 milhões em 1976;

II - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS (sob forma de financiamento), Cr\$ 1,2 bilhão dos quais Cr\$ 200 milhões em 1976;

III - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição-PRONAN); Cr\$1,00 bilhão, dos quais Cr\$ 100 milhões em 1976;

IV - Programa de Interiorização Nacional - PIN: Cr\$ 700 milhões (Cr\$ 200 milhões através do Programa de Desenvolvimento de Áreas Integradas do Nordeste - POLONORDESTE dos quais Cr\$ 150 milhões em 1976;

§ 1º Os recursos destinados á saúde e ao saneamento à conta dos Fundos de Participação dos Estados e dos Municípios, serão incorporados ao Programa, como contrapartida dos Estados e Municípios.

§ 2º O Instituto Nacional de Previdência Social - INPS e o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL remanejarão os recursos destinados à assistência médica, nas áreas de atuação do Programa, de acordo com as diretrizes deste Decreto e com os projetos específicos, relativos a cada Estado, referidos no artigo 6º.

§ 3º A destinação e liberação dos recursos referidos neste artigo, por projetos, serão previamente aprovados pelo Grupo Executivo Interministerial, criado nos termos do artigo 5º.

Art. 5º As funções de coordenação, acompanhamento e avaliação da execução do Programa competirão a Grupo Executivo Interministerial, composto de representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Planejamento da Presidência da República, do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério do Interior, sob a coordenação do primeiro.

Art. 6º O Grupo Executivo Interministerial, referido no artigo anterior, contará com o apoio técnico administrativo, a nível central da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, e, a nível regional, da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE, e orientará a criação de grupos similares a nível estadual, bem como promoverá o desenvolvimento do programa, definindo e aprovando os projetos específicos, relativos a cada Estado.

Art. 7º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 24 de agosto de 1976; 154º da Independência e 87º da República.

ERNESTO GEISEL

Paulo de Almeida Machado

João Paulo dos Reis Velloso

Maurício Rangel Reis

