

EXPANSÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS ÁREAS METROPOLITANAS

ADIB DOMINGOS JATENE

Secretário de Saúde do Estado de São Paulo

Desde muito antes de assumir a Secretaria de Saúde de São Paulo, vimos acompanhando os esforços que se vêm fazendo para expandir os serviços de saúde a toda a população.

Há mais de dez anos, como secretário do Departamento de Cirurgia da Sociedade Brasileira de Cardiologia, vimos debatendo, na área da previdência social, com diferentes administrações, cada qual com um enfoque particular. Há mais de vinte anos, como funcionário da Secretaria de Saúde, chegando a diretor de um dos seus mais destacados institutos, vimos enfrentando as limitações dos orçamentos e procurando desenvolver, em nossa área, técnicas e equipamentos, dentro da nossa realidade. Por seis anos, como representante da Secretaria de Saúde no Conselho Estadual de Tecnologia, pudemos conviver e testemunhar o que representa, no mundo de hoje, para um país como o Brasil, criar sua tecnologia.

Pudemos, assim, sedimentar algumas idéias e, mesmo sem ter tido a formação de sanitarista, chegar à convicção de que o atendimento, na área de saúde, deve ser oferecido a toda a população. Ainda como diretor do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, costumávamos dizer que só tem assistência quem puder chegar a um posto de atendimento pelos seus próprios meios de locomoção, o que vale dizer, para a maioria da popu-

lação, a pé. A necessidade de descentralização dos serviços parecia-nos absolutamente fundamental; entretanto, constatávamos um aumento de centralização obrigando a população a se deslocar a grandes distâncias, para obter o atendimento mais elementar.

Esta convicção vem sendo confirmada através de inúmeras reuniões de que temos participado, como secretário de estado, em assembleias populares nos bairros periféricos de São Paulo e onde verificamos que, na maior cidade da América do Sul, cujo potencial econômico e financeiro é o mais elevado do País, onde a Medicina alcançou seu mais alto nível de desenvolvimento, onde os hospitais e serviços vêm incorporando toda a moderna tecnologia, grandes parcelas da população têm dificuldades até para vacinar seus filhos. Esta é uma situação inteiramente inaceitável e que tem de ser modificada urgentemente. Não se trata de se fazer oposição à incorporação do desenvolvimento científico e tecnológico já feita, em nosso meio, à área de saúde. Permitam que faça uma reflexão em torno deste assunto, para esclarecer nossa posição.

Acreditamos que o desenvolvimento científico e tecnológico que levou o homem à Lua, que permite acoplar naves no espaço e, ao mesmo tempo, controlar, da Terra, todos os sinais vitais dos astronautas, que permite assistir, em televisão colorida, ao vivo, a um

programa de outro hemisfério, que revolucionou as comunicações, criou a Cibernética, controlou a energia nuclear, etc., é um patrimônio da humanidade. Acontece que este patrimônio é realmente controlado por poucos países. Há países que incorporaram praticamente todo este conhecimento à área médica. Isto gerou a criação de uma indústria de material e medicamentos que se complica na medida em que o conhecimento científico e tecnológico se adianta. E esta indústria contribuiu, decisivamente, para o aprimoramento do diagnóstico, da terapêutica e o oferecimento de equipamentos capazes até de manter artificialmente a vida. Há aparelhos extraordinariamente sensíveis e que substituem uma série de funções do organismo. Mas, simultaneamente, esta indústria adquiriu um imenso poder. Não é absurdo dizer que quem orienta a Medicina, hoje — a chamada moderna Medicina — não são mais os médicos, nem as organizações hospitalares. Quem orienta a Medicina é a indústria. Porque a indústria, atuando como tal, com as suas técnicas de *marketing*, com a sua agressividade, com o seu interesse em vender, sugere, aconselha, demonstra, oferece financiamentos, etc., e induz os hospitais, as faculdades, os profissionais de saúde, os professores e mesmo os alunos à utilização de um arsenal que, realmente, colocado a serviço do homem, melhora suas perspectivas de vida. Este arsenal, nos países de origem, ou onde esta tecnologia existe, onde a realidade cultural, econômica, financeira, tecnológica, etc. permite, é perfeitamente razoável e inteiramente aceitável. Há outros países que também detêm essa tecnologia, mas que não incorporaram esse conhecimento à área médica. Não criaram essa indústria de material médico, não usaram esses recursos para aprimorar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes. Essa omissão talvez seja atenuada pela organização do atendimento básico e primário das populações e por uma ênfase na medicina preventiva.

Temos de aceitar que o desenvolvimento científico e tecnológico não deve beneficiar, com exclusividade, a instrumentação militar, como alguns países pretendem fazer. Achamos que ninguém pode ser contra a incorporação da ciência e da tecnologia à área de saúde, especialmente quando este alguém, ou

pessoas de sua família, necessitaram e receberam benefícios dessa incorporação. Somos daqueles que acreditam que esse instrumental, incluindo produtos biológicos e químicos, deve ser utilizado em benefício do homem; por isso não podemos ser contra sua incorporação à área de saúde.

Temos de ser contra a distorção a que estamos assistindo, em nosso país, da coexistência do mais alto nível de assistência médica e do mais baixo nível de assistência à saúde, na mesma cidade e no mesmo local. Isto é o que julgamos absolutamente inaceitável e devemos corrigir, não combatendo a incorporação da ciência e da tecnologia, que não pode e não deve ser revertida, mas corrigindo a omissão, inaceitável e incompreensível, no atendimento das necessidades básicas de grandes parcelas da população, especialmente as urbanizadas mais recentemente. Isto não significa aceitar as distorções com que a incorporação dos novos recursos de diagnóstico e terapêutica foi feita, em nosso país.

Incluimo-nos entre os que acham que esta incorporação nos vem sendo imposta por quem encontra argumentos e meios de introduzir toda uma complexa gama de produtos importados, que, certamente, não têm o rendimento e a produtividade adequados, porque estão fora da nossa realidade científica, tecnológica, cultural, econômica e financeira. Colocamo-nos entre os que reconhecem a existência de um grande contingente de equipamentos subutilizados, ociosos e até mesmo nunca utilizados.

Estamos entre os que pensam que não podemos continuar aceitando, passivamente, o agravamento de uma situação que não interessa ao País. Estamos entre os que procuram preservar a incorporação já feita em nosso meio com o estímulo ao desenvolvimento da tecnologia nacional e com o reforço das medidas capazes de permitir que nossas instituições de ensino e pesquisa realmente estudem, orientem e comandem os rumos do desenvolvimento do setor saúde, em nosso país.

A expansão dos serviços de saúde, nas áreas urbanas, deve, portanto, pretender corrigir as desigualdades existentes na cobertura das necessidades da população, proporcionando a prevenção e oferecendo oportunidade de atenção e de assistência a todos.

Nossas colocações serão particularizadas para o estado de São Paulo e, especialmente, para a Grande São Paulo, mas podem ser extrapoladas para outras regiões do País, com as correções que se fizerem necessárias.

Os vários modelos, inclusive os propostos pela Organização Mundial da Saúde, para países em desenvolvimento, não se aplicam, inteiramente e em particular, no estado de São Paulo, em primeiro lugar porque a população do estado está urbanizada em 90,2%, ficando apenas 9,8% no campo. Em segundo lugar porque esta urbanização se fez rapidamente. Dados do IBGE demonstram que, na década de 70, a população da Grande São Paulo variou de 8 milhões, em 1970, para uma estimativa superior a 13 milhões, em 1980. Destes, 5 milhões, 68,5%, são migrantes. Em terceiro lugar porque existe, já, um grau de incorporação de conhecimentos científicos e tecnológicos que não pode ser revertido. Em quarto lugar porque convivem, na mesma área, o grau mais elevado de assistência e a ausência total dos recursos mais elementares de saúde.

Isto ocorre, em grande parte, porque o setor saúde, em nosso meio, é multiinstitucional, nele atuando os governos federal, estadual e municipal, com órgãos dependendo de vários ministérios, várias secretarias de estado e municípios, integrado, ainda, por entidades filantrópicas e beneficentes, por serviços privados e profissionais liberais, por empresas de caráter lucrativo — algumas de grande porte — e, até mesmo, recentemente, grupos multinacionais.

Tais serviços atuam com total, ou quase total, descoordenação e, em consequência, foram instalados sem prévio planejamento de sua localização, não havendo, ainda, nenhum instrumento legal que discipline esta localização. Desta forma, cada qual decide onde e como atuar, verificando-se que a maioria preferiu as áreas mais desenvolvidas e mais centrais, concentrando o atendimento e obrigando a população a se deslocar, por vezes, a longas distâncias, a fim de conseguir a assistência mais elementar. Este fato pode ser facilmente demonstrado quando se analisa a distribuição dos hospitais em funcionamento na cidade de São Paulo.

Na área central, onde vivem 1 100 000

habitantes, existem 53 hospitais com 13 312 leitos, o que dá um coeficiente de 12,2 leitos por mil habitantes. Na área intermediária, onde vivem perto de 1 800 000 pessoas, existem 51 hospitais com 7 932 leitos, ou seja, 4,4 leitos por mil habitantes. Já na área periférica, onde vivem aproximadamente 5 500 000 pessoas, existem 38 hospitais com 5 753 leitos, ou seja, 1 leito para cada mil habitantes. Pode-se identificar áreas com 300 000 habitantes sem um leito sequer.

Parece-nos que o corolário inevitável desta constatação é a criação de instrumento legal capaz de proibir a construção de novos hospitais, ou a ampliação dos existentes, na área central, enquanto não se corrigir a insuficiência constatada na área periférica.

Esta situação é tanto pior quando se sabe que, nessas áreas periféricas, não existe diversificação profissional e social capaz de suprir, por seus próprios meios, suas necessidades, criando outros recursos na área de saúde, não havendo, também, grande interesse de profissionais, ou de grupos, de se instalarem nessas áreas, onde a condição sócio-econômica da região não oferece qualquer atrativo.

Não há, também, definição, na área governamental, sobre como e quem deve dar cobertura a essas populações. A Secretaria da Saúde opera, no interior do estado, para 47% da população, 556 centros de saúde; dos quais, 510 são próprios e 46 alugados ou cedidos. Na Grande São Paulo, para 53% da população do estado, mantém 203 centros de saúde, dos quais apenas 51 são próprios, sendo os demais alugados ou cedidos. Como, nas áreas periféricas, não existem prédios adequados para serem alugados, a grande maioria desses centros de saúde está instalada, precariamente, sem conservação adequada e com recursos humanos que, de forma alguma, podem atender às necessidades mínimas da população.

É indispensável definir, para as áreas metropolitanas, que deve haver, para cada grupo populacional, cuja dimensão deverá estar de acordo com a densidade de população, vias de acesso, etc., uma unidade sanitária em condições de ser responsável não só pela prevenção primária, mas também pela atenção primária, funcionando como porta de entrada para um sistema integrado de saúde.

Os serviços de saúde devem ser permanentes e acompanhar o crescimento da população, localizando-se de forma tal que possam ser atingidos com facilidade, por esta mesma população. Pode-se dizer, repito, que só tem assistência quem puder chegar a um posto de atendimento pelos seus próprios meios de locomoção, o que, para grande parte da população, vale dizer a pé.

Deve ficar claro que quanto melhores os níveis de saúde e as condições sócio-econômicas, maiores são as exigências destas populações, na área de saúde.

É um erro pensar que, melhorando-se as condições de saúde, diminuem-se as despesas. Estas são crescentes, especialmente diante dos modernos recursos propiciados à área médico-hospitalar e que não devem ser negados aos pacientes. Por isso, é indispensável definir com clareza o nível de atendimento que se pretende oferecer à população e, particularmente, o grau de incorporação à área médica dos avanços científicos e tecnológicos.

Não é aceitável, repito, que os rumos da assistência sejam determinados pelos fabricantes de produtos e equipamentos, muitos inteiramente fora da nossa realidade científica, cultural, tecnológica, econômica e financeira.

De qualquer forma, qualquer que seja o nível de atendimento e o grau de incorporação dos novos avanços, a manutenção e expansão dos serviços existentes deve pressupor uma destinação de recursos que garanta a continuidade do que já existe. Desde a manutenção e recuperação dos prédios, até a reposição automática e imediata dos recursos humanos e todo o material de consumo. Deve garantir, também, que a expansão projetada, desde a rede física, preparação de recursos humanos e o posterior custeio, disponha dos meios indispensáveis para garantir a operacionalização do sistema.

Nas condições atuais, a rede de prevenção e atenção primária de que a Secretaria de Saúde dispõe é mantida, quase que exclusivamente, com recursos do Tesouro do estado. Em 1979, os repasses do Ministério da Saúde representaram 0,3% e os da Previdência Social, obtidos através do CIAM, apenas 2,8% do cômputo geral do orçamento da Secretaria. Se incluírem os recursos que o estado

destinou ao saneamento, então, estes percentuais representariam 0,12 e 1,1%.

Após estas colocações preliminares, que nos parecem pertinentes, vamos analisar, rapidamente, a proposta que vem sendo estudada, em São Paulo, para a área metropolitana, considerada prioritária.

Esta região, que representa 3% da área do estado, concentra 53% de sua população. Como já foi assinalado, o crescimento populacional desta região se fez de forma rápida (5 milhões em 10 anos) e é, na sua maioria, constituído por migrantes (68,5%).

Grande parte desta população é constituída por pessoas com baixo índice de escolaridade e sem qualificação profissional e, em consequência, com baixa renda e baixo padrão habitacional, o que, associando-se a um estado nutricional deficiente e às más condições de saneamento, propicia um risco maior de doença. Esta população, efetivamente, apresenta as maiores taxas de mortalidade e morbidade, em nosso estado.

Criaram-se grandes conglomerados, onde não foram, ainda, instalados os equipamentos básicos para atendimento das necessidades primárias destas populações. O Poder Público fica como único responsável pelo planejamento, instalação e operacionalização da rede de serviços à população. Esta responsabilidade é repetida a cada momento, nas assembleias populares pela saúde, desde que praticamente todos recolhem, para a previdência social, aquilo que, no seu entender, lhes dá direito, líquido e certo, à assistência de que necessitam. Reivindicam, assim, indiferentemente, do INAMPS, estado e prefeitura, como se fossem um só organismo.

As deficiências são gritantes, não apenas em termos de leitos hospitalares, considerados todos os existentes, públicos e privados, mas também de unidades sanitárias, considerando as do estado e as dos municípios em conjunto.

Baseados na Lei 6.229/75, que criou o Sistema Nacional de Saúde, que delega às secretarias estaduais as funções de coordenação e integração, decidimos fazer um planejamento global das necessidades da área metropolitana, procurando definir a distribuição geográfica e o tipo de equipamento necessário às áreas mais carentes e, simultaneamente,

desestimular e até proibir a ampliação dos recursos nas áreas já amplamente atendidas. Isto corrigiria a necessidade que a população tem de longos deslocamentos, para atingir os serviços de saúde.

Decidimos, também, selecionar uma área representativa, para instalar, em curto prazo, um projeto-piloto onde se eliminassem as distorções observadas e se promovesse uma ampla e completa integração de recursos, permitindo que a Medicina fosse exercida dentro de princípios éticos e técnicos capazes de oferecer segurança aos que dela necessitam e satisfação à equipe de saúde que a exerce. O sistema garantiria, também, uma cobertura total, na parte preventiva e de promoção de saúde, com participação ativa da comunidade.

Para isto, foi criado um grupo de trabalho constituído por profissionais de saúde, técnicos e administrativos, tanto de nível central, como intermediário e local, e por elementos da própria população com participação nas reivindicações por melhores condições de saúde.

A área escolhida, denominada Conglomerado São Mateus, compreende uma área da região leste de São Paulo, distando perto de 30 km do centro da cidade, abrangendo cerca de 50 km² e perfazendo 3,5% da área do município de São Paulo. Além de ser representativa da periferia da cidade, contava com população organizada e motivada para obter melhores condições de saúde.

A população, estimada em 340 000 habitantes, representa uma densidade de 6 800 hab/km² e onde mais de 50% da mortalidade infantil deve-se às doenças diarréicas e infecções respiratórias. A população em questão conta, para sua assistência médico-sanitária, com quatro centros de saúde do estado, precariamente instalados em prédios alugados, e quatro postos de saúde municipais, instalados em prédios próprios especialmente construídos para este fim. Funciona, ainda, na área, uma clínica médica com pronto-socorro particular. Não existe nenhum leito hospitalar na área.

O atendimento dos centros de saúde da região representa 8,75% do que deveriam fazer, dentro da nova programação. Este baixo percentual deve-se a deficiências da planta física, material e equipamentos, recursos or-

çamentários e, especialmente, humanos. Para uma unidade como a do Jardim IV Centenário, planejada para 20 000 pessoas e para onde se prevêem 32 funcionários, existem no pequeno posto atual apenas quatro.

Na mesma área, existem 39 escolas, todas especialmente construídas, a maioria em dois andares, com quadra esportiva, etc., funcionando em três e até em quatro turnos. Isto demonstra a demanda da população em idade escolar e amplia o contraste com a área de saúde, inteiramente insuficiente para esta população.

O estudo cuidadoso levou à proposição de construção de 15 novas unidades, sendo sete para 10 000 habitantes, seis para 20 000 habitantes e duas para 50 000 habitantes, permanecendo as quatro unidades da prefeitura, totalizando 19 unidades. A distribuição da população e a capacidade das unidades obedecem a amplo levantamento da região, com participação ativa do pessoal da Secretaria, de nível local, e, especialmente, com a colaboração direta de representantes da própria população.

Cada unidade deverá conhecer a população que vai servir, para que, com o tempo, seus pacientes possam ser identificados como pessoas conhecidas. É fundamental, dentro deste plano, a situação dos profissionais da equipe de saúde, particularmente do médico. É reivindicação constante das assembleias populares pela saúde a presença do médico. Não querem centros de saúde para vacinar e fazer as ações preventivas. Exigem a presença constante do médico. Este fato confirma a idéia de que, quanto maior o nível sócio-econômico da região, maiores são as exigências na área de saúde e mais caro o seu custeio.

O projeto inclui dois hospitais de 150 leitos, o que representa algo próximo de um leito por mil habitantes. Este número pequeno deve-se à idéia de que, na cidade, existe um número aparentemente suficiente de leitos para onde os casos mais complexos serão referidos. Pretende-se que estes hospitais tenham o mínimo de incorporação de tecnologia e façam o atendimento básico de pediatria, clínica médica, cirurgia geral de pequeno porte, obstetrícia e ginecologia e emergência, tendo para onde referir seus pacientes que necessitam de remoção.

Deverá existir um mecanismo que permita aos médicos da rede básica frequentar os hospitais, para acompanharem seus pacientes internados. Este sistema propiciará o retorno do médico de família, pois se pretende que, ao invés de ter de trabalhar em vários empregos, dedique todo o seu tempo e atenção à população vinculada à sua unidade.

Enquanto a rede básica se prevê governamental, ainda não há decisão firmada sobre a propriedade dos hospitais, que, talvez, devessem ser regidos por associação especialmente constituída pela própria comunidade. É assunto em estudo, mas que não deve atrasar a instalação do projeto.

Toda a quantificação de atendimento e de pessoal baseia-se em parâmetros estabelecidos na prática do INAMPS, em nosso estado, e nas programações desenvolvidas pela Secretaria de Saúde.

Toda a área da Grande São Paulo está sendo estudada dentro da mesma metodologia, levantando-se todos os recursos existentes e programando-se as necessidades. Desta maneira, poder-se-á dispor de um planejamento global com definições capazes de informar decisões que visem impedir o agravamento das distorções existentes.

O estudo global prevê, além da rede básica e dos hospitais locais, seguindo o modelo do Conglomerado São Mateus, a regionalização e hierarquização de toda a rede de atendimento médico-hospitalar existente, com a criação, também, de ambulatórios de referência isolados, ou acoplados a hospitais, para onde os pacientes da rede básica seriam, inicialmente, referidos. Estes ambulatórios, próprios ou contratados do INAMPS, permitiriam a referência aos hospitais, para internamento, ou a contra-referência para a rede básica, a fim de realizar o controle ambulatorial.

A rede hospitalar pública e privada, inclusive os hospitais de ensino, continuariam seu relacionamento com o INAMPS, que, em seus próprios, ou como comprador de serviços, é o único capaz de adequar o atendimento hospitalar.

Nem me digam que esta proposta reacende uma longa discussão sobre delimitação de áreas. Não pretendemos acender discussão

mas estimular ação. Entendemos a delimitação de área de atuação não como separação, mas como integração racionalizada, sabendo exatamente quem deve fazer o que, onde e como, colocando nas mãos de quem assume esta responsabilidade os recursos necessários, não para promoção pessoal de quem quer que seja, mas para atender às necessidades da população com que estamos irremediavelmente comprometidos.

A participação do INAMPS no auxílio da rede básica atualmente existente nos parece da maior importância e tudo leva à conclusão de que deve ser mantida. Por outro lado, seu comprometimento com o atendimento secundário e terciário é de tal importância que se pode dizer hoje que o destino dos hospitais depende das decisões do INAMPS. Custa crer que consiga atender às exigências da rede hospitalar, revitalizar a rede de serviços básicos subutilizada e ainda movimentar a ampla rede que se está propondo e que pretende incorporar mais de 40 milhões de pessoas que estão à margem de qualquer atenção para a saúde.

Já afirmei e repito que a idéia de aplicar no atendimento primário para reduzir os gastos com saúde me parece equivocada. Acredito mesmo que, na medida em que melhorarmos o atendimento primário, a referência de casos para internamento deverá aumentar. Ou não existe neste país demanda reprimida? Estou convencido que o problema dos recursos para a área de saúde não se resolve com realocações ou com mudança de prioridades.

Insisto que a rede hospitalar deve ser preservada a qualquer custo, sob pena de causarmos prejuízos que podem se tornar irreparáveis. Rotular o atendimento, que se faz nestas instituições, de medicina comercial, que apenas favorece grupos interessados em explorar a doença como mercadoria, é não só uma distorção grosseira, mas uma injustiça que se comete com milhares de colegas e profissionais de saúde, que se sacrificam na luta contra a doença e não medem esforços para recuperar seus pacientes.

Corrigir os desvios propiciados pela influência excessiva da mais avançada tecnologia merece aplausos, mas deve ser empreendido em todos os níveis e não apenas na área

médica. Aí estão os prédios grandiosos, as agências bancárias suntuosas, as próprias repartições burocráticas luxuosas, que representam uma ofensa e uma agressão não só à população carente e desassistida, com dificuldade até para vacinar seus filhos, mas também aos profissionais de saúde que trabalham em condições precárias.

O que precisamos na área de saúde é de um aporte substancial de novos recursos, de preferência vinculados, para promover uma revolução no atendimento primário.

Estou convencido de que as secretarias estaduais e municipais têm condições de coordenar as forças vivas das populações que já vêm lutando por melhores condições de saúde e adequar o atendimento às particularidades regionais e simultaneamente reanimar os profissionais dos vários níveis, já descrentes dos planos que não tragam no seu bojo o esquema financeiro que os irá viabilizar.

Seguindo a metodologia que estamos empregando, o número de unidades e o pessoal necessário consumirão uma massa de recursos que a simples realocação não irá solucionar. O prazo para atender a esta demanda nas áreas metropolitanas está esgotado.

Nosso projeto-piloto serve como modelo alternativo e laboratório de estudo para corrigir, na prática, as eventuais distorções, e já está em processo de licitação, com prazo de seis meses para conclusão a partir da assinatura do contrato. Ainda este ano deveremos iniciar a construção de mais 54 unidades pela Secretaria de Saúde. A Prefeitura Municipal deverá construir outros 30 centros.

Mais 300 unidades serão necessárias somente na área metropolitana. Os grandes

municípios do interior já estão programando, de acordo com sua realidade local, dentro da mesma linha. Os outros estados também têm necessidades semelhantes e poderiam assumir este encargo.

A movimentação de toda essa estrutura não se fará tirando recursos de onde já se tem dito reiteradamente que são insuficientes mesmo para cobrir os gastos atuais.

Estes recursos novos poderiam vir de qualquer fonte, mas devem pressupor continuidade e atualização. Por isso me animo a sugerir para análise alternativa o acréscimo de 1% na contribuição patronal para a previdência social, vinculado ao atendimento primário, e destinado às secretarias estaduais e municipais. Esta vinculação não alteraria a sistemática dos orçamentos vigentes, mas obrigatoriamente representaria um acréscimo como destinação específica capaz de modificar inteiramente o setor com a velocidade desejada.

Se as populações rurais ou de países do Terceiro Mundo podem esperar pelo ano 2000, as populações das áreas metropolitanas exigem uma resposta agora.

Por isso o esquema tem que ser viável, de mobilização imediata, seguramente vinculado e comprometido com um tipo de ação que não é exigência das autoridades da saúde, mas da população carente e abandonada, que assiste marginalizada a um progresso que não entende e espera uma atenção a que tem direito e que lhe deve ser concedida por quem tiver sensibilidade e decisão para resgatar a grande dívida social e consagrar a idéia de que só teremos o direito de oferecer o máximo a alguns quando garantirmos o mínimo a toda a população.

A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO DO INTERIOR NO CAMPO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, E SUA INFLUÊNCIA NA SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA

MÁRIO DAVID ANDREAZZA
Ministro de Estado do Interior

1 — INTRODUÇÃO

O Ministério do Interior se tem feito presente, na promoção da saúde da população brasileira, em três níveis de ações, que se complementam, e, ao mesmo tempo, apresentam aspectos convergentes.

Em um primeiro nível, a atuação do Ministério volta-se para a criação de empregos e para uma melhor distribuição da renda, procurando, para tanto, fortalecer a economia regional, com reflexos na área política e no campo social, através do estabelecimento de condições que visem a redução da pobreza, tanto no meio urbano como no meio rural, atenuando, assim, uma das resultantes mais intimamente ligadas aos desníveis inter-regionais de desenvolvimento.

Para atingir tais objetivos, pretende-se acelerar o crescimento econômico das regiões menos desenvolvidas, particularmente do Nordeste, proporcionar maior apoio às pequenas e médias cidades e às áreas rurais, e proceder à descentralização das decisões, seja pela maior autonomia conferida aos órgãos regionais de desenvolvimento, seja pela participação direta dos estados, dos territórios federais e dos municípios, com ampla adesão dos diferentes setores da comunidade, como fator preponderante no processo de desenvolvimento social.

Em um segundo nível, colocam-se as ações voltadas para a melhoria das condições de vida da população, através de medidas que visem à ampliação da oferta, nos campos da habitação, do saneamento, da educação, da previdência e assistência social, entre outros.

No âmbito dos programas habitacionais, o Ministério do Interior vem atuando de maneira a acelerar a execução do Plano Nacional da Habitação, de modo a atender, a curto prazo, às faixas da população de baixo poder aquisitivo, destacando, nesse particular, o Programa Habitacional para as Populações Rurais e o Programa Habitacional para as Populações Urbanas, que ocupam moradias sub-humanas, como os mocambos e as palafitas.

Quanto às habitações rurais, encontra-se em estudo a criação de mecanismos especiais, para suprir, também, o novo programa de fontes adequadas de recursos, de modo que, paralelamente à atuação na área urbana, possa a política habitacional alcançar, igualmente, os brasileiros que vivem no campo.

Em relação às palafitas e aos mocambos, o Ministério do Interior, através da ação conjugada do BNH e do DNOS, está implantando o programa PROMORAR, que combina objetivos de recuperação de áreas alagadas e de construção de habitações populares. A extraordinária vantagem do PROMORAR

consiste em realizar a síntese desses objetivos, sem que ocorra, necessariamente, o deslocamento ou a remoção dos moradores para pontos afastados dos locais de origem, preservando-se, assim, os laços da convivência e os vínculos com a comunidade, em função dos quais o grupo familiar encontra meios para subsistir, e, em muitos casos, para complementar seus rendimentos.

Os programas de saneamento geral e ambiental do Ministério do Interior desenvolvem-se em quatro faixas específicas:

I — Programa de Saneamento Ambiental em Áreas Urbanas, que objetiva possibilitar a abertura de novos espaços úteis, através da recuperação de áreas selecionadas.

II — Programa de Saneamento Ambiental em Áreas Rurais, que objetiva a recuperação de terras agricultáveis, para incorporação ao processo produtivo agrícola.

III — Programa de Controle de Enchentes e Recuperação de Vales, que tem por finalidade a efetivação das obras contra enchentes, visando à regeneração de áreas urbanas e rurais, selecionadas em função de sua importância geoeconômica, favorecendo, inclusive, o aproveitamento racional das potencialidades do solo e suas implicações no desenvolvimento econômico dessas áreas.

IV — Programa de Controle de Erosão, previsto para deter e corrigir o fenômeno da destruição e do empobrecimento de solos, nas cidades e nos campos, em amplas áreas afetadas.

A tal propósito, será, sem dúvida, oportuno destacar a meta a ser atingida, isto é, o atendimento com serviços de abastecimento de água, até 1985, de todos os municípios brasileiros. Para tal fim, busca-se, prioritariamente, a compatibilização do Plano Nacional de Saneamento (PLANASA) com a Política Nacional de Desenvolvimento Urbano, ao mesmo tempo em que se promove o aperfeiçoamento dos mecanismos do Sistema Nacional de Saneamento, a articulação com a Fundação SESP, com vistas ao saneamento básico no meio rural e ao controle da qualidade da água, e o fortalecimento técnico e financeiro dos órgãos de saneamento dos estados, para que possam desempenhar, com eficiência, suas atribuições.

Em um terceiro nível de abordagem, poder-se-ia mencionar as ações de saúde propriamente ditas, e que são levadas a efeito pelo Ministério do Interior, principalmente através dos programas especiais como o POLONORDESTE e o POLAMAZONIA, em articulação com as secretarias de saúde dos estados, com vistas a desenvolver as práticas de medicina simplificada, e as pesquisas específicas na área da saúde, além de promover atividades complementares, relativas ao aprimoramento administrativo do setor.

A estas devem-se acrescentar os programas de saúde e saneamento nas comunidades indígenas, executados através da FUNAI, fundação vinculada ao Ministério do Interior. Por meio de medidas específicas nesse campo, pretende-se, principalmente, prestar a indispensável assistência médico-sanitária às comunidades indígenas, preservando-se do contágio e assegurando níveis satisfatórios de saúde aos grupos tribais, como complemento aos trabalhos de atração e assimilação do silvícola às comunidades não índias.

Ainda no campo das ações de saúde, o Ministério do Interior, através do excelente desempenho da Fundação Projeto Rondon, vem motivando contingentes cada vez mais expressivos da juventude universitária, no sentido de sua efetiva integração ao processo de desenvolvimento brasileiro.

Além do atendimento médico-odontológico, em termos complementares, à população carente do interior do País, as equipes do Projeto Rondon têm executado trabalhos no campo do ensino de medidas preventivas da saúde, junto aos núcleos populacionais visitados, no treinamento do atendimento hospitalar, especialmente no campo da ginecologia, obstetrícia e dos primeiros socorros, como também tem realizado pesquisas e levantamentos específicos, para as secretarias de saúde dos estados.

2 — AÇÕES REGIONAIS

Com base em um dos principais objetivos da ação do Ministério do Interior — promoção do desenvolvimento urbano, a nível regional — podem ser salientadas algumas das ações, no campo do desenvolvimento social, promovidas pelo Ministério do Interior, com repercussões diretas ou indiretas na área de saúde.

Na região Norte, procura-se acelerar o crescimento da economia regional, buscando-se assegurar a expansão da oferta de empregos, mediante a criação de novas oportunidades para investimentos produtivos, ao mesmo tempo em que se busca por outros meios a melhoria da qualidade de vida da população.

No processo de ocupação da Amazônia, por exemplo, vem sendo dado destaque à promoção de atividades para o correto aproveitamento das riquezas locais. Cuida-se, também, de ordenar e direcionar, de forma adequada, o fluxo das migrações, de modo a garantir aos migrantes condições de trabalho, renda e bem-estar, incentivando-se a absorção de mão-de-obra pelo setor produtivo. Dinamizam-se os programas de colonização e o processo de regularização fundiária, ao mesmo passo que se intensifica a criação e a implantação de programas integrados, para atendimento ao pequeno agricultor, fixando-o à terra e elevando seu nível de produtividade. Adotam-se medidas tendentes a estimular formas associativas, entre os pequenos produtores, e estuda-se a criação de incentivos capazes de induzir ao assentamento de agricultores.

No setor saúde a SUDAM, em harmonia com o Plano Básico de Ação Sanitária para a Amazônia, tem complementado muitas das ações de saúde na região, desde a modernização e adequação administrativa do sistema institucional de saúde, aos instrumentos e dispositivos que constituem os mecanismos de atuação sanitária em vigor.

A ação da SUDAM, no setor, tem-se refletido na mobilização dos esforços para a solução dos problemas da região, com o desenvolvimento de atividades de assessoramento, junto às secretarias de saúde, de implementação e apoio aos laboratórios de saúde pública, de interiorização de ações de saúde e saneamento, da capacitação de recursos humanos, do combate às doenças transmissíveis, da assistência médico-sanitária, do saneamento geral e do saneamento básico e de pesquisas de interesse biomédico. Tais atividades são implementadas com recursos financeiros da própria SUDAM e dos programas especiais, tais como o Programa de Pólos Agropecuários e Agrominerais da Amazônia (POLAMAZÔNIA) e o Programa de Recupe-

ração Sócio-Econômica do Nordeste Paraense (PRONORPAR).

Para o Nordeste, a atuação do Ministério do Interior está orientada no sentido da dinamização do seu desenvolvimento sócio-econômico, com ênfase na redução das diferenças intra-regionais, e visando, gradativamente, à atenuação das disparidades existentes entre a região e o resto do País, e à eliminação progressiva dos bolsões de pobreza rural e urbana ali existentes.

O desenvolvimento social será perseguido, de um lado, através da execução das estratégias do desenvolvimento rural e da industrialização, no sentido de absorver o máximo possível de mão-de-obra e uma melhor repartição dos frutos do crescimento, e, de outro lado, pela expansão e melhoria, em caráter de prioridade, dos serviços de educação e treinamento profissional, saúde e nutrição, habitação e saneamento, previdência e assistência social.

As ações do Ministério do Interior mais importantes, no que se refere à área de saúde, dizem respeito aos programas de extensão de cobertura, desenvolvidos pela SUDENE, e que complementam o trabalho, a nível interministerial, realizado pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. A participação do Ministério do Interior se faz sentir através de recursos financeiros do Programa de Desenvolvimento de Áreas Integradas do Nordeste (POLONORDESTE), além da participação da SUDENE nas atividades de apoio técnico-administrativo.

À guisa de ilustração, o investimento feito através das secretarias de saúde, com interveniência da SUDENE, no período de 1976 a 1979, em 37 projetos, somaram, aos preços de então, a importância de Cr\$ 258,2 milhões, no âmbito da medicina simplificada.

Impõe-se salientar que estas ações de medicina simplificada, que se desenvolvem graças ao POLONORDESTE, são potencializadas por ações integradas, desenvolvidas através da melhoria da renda do pequeno agricultor, e de investimentos, com vistas ao incremento de economias externas, em estradas vicinais, energia, e outros fatores indiretos de propulsão do desenvolvimento. Isto permite que a extensão de cobertura das ações de saúde, voltadas para o indivíduo ou para a

coletividade, torne-se mais eficiente, eficaz e permanente.

Nas duas regiões mais desenvolvidas do País — Sul e Sudeste — as ações do Ministério do Interior estão voltadas, principalmente, para a descentralização das atividades produtivas e para a dinamização de áreas relativamente estagnadas ou subdesenvolvidas.

Na área social propriamente dita, são duas as ações de maior repercussão: a primeira se refere à necessidade de promover a descompressão urbana das regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro, e de controlar e ordenar a expansão das regiões de Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre; a segunda diz respeito a programas especiais de desenvolvimento, para áreas relativamente estagnadas ou subdesenvolvidas, como o vale do Jequitinhonha, noroeste de Minas Gerais e Norte fluminense.

Particular atenção deve ser dada à questão do emprego nessas regiões, onde estão situadas as maiores metrópoles brasileiras, e para onde se dirige a maior parte dos contingentes migratórios.

Esse esforço, voltado para a criação e melhoria das condições de trabalho, deve visar, sobretudo, às áreas periféricas das regiões metropolitanas e das grandes cidades, com ações que cubram os setores geradores do aproveitamento da mão-de-obra, nas faixas menos favorecidas. Aí também deve concentrar-se a maior parte do esforço governamental, no que se refere à habitação de baixa renda. Toda ênfase, também, deve ser dada à descentralização industrial e ao fortalecimento das cidades de porte médio.

Tudo isso, ao lado do apoio que deve ser proporcionado à região, com vistas à expansão e à melhoria da qualidade dos serviços de saneamento, transporte, saúde, educação, previdência social e assistência social, particularmente para as áreas e populações mais carentes.

O desenvolvimento social da região Centro-Oeste estará voltado, principalmente, para a aplicação de recursos financeiros e técnicos e para a absorção de contingentes populacionais deslocados de outras áreas do país. Para tanto, será dada prioridade à ocupação econômica do Centro-Oeste, particularmente das áreas do cerrado, através de pequenos e médios produtores, aproveitando-se, preferencialmente, as terras disponíveis, a tecnologia agrícola já desenvolvida, a maior proximidade dos centros consumidores e a existência de infraestrutura de transportê e comunicações. Uma outra função importante da região é servir de via natural de penetração e ocupação efetiva da Amazônia, como elo de ligação com o Centro-Sul.

Ainda no tocante ao desenvolvimento social, grande ênfase deverá ser dada ao estímulo a ser proporcionado aos pequenos e médios produtores, através de programas de regularização fundiária, de formação de cooperativas, de assistência técnica, de crédito fácil e de outras medidas de alcance imediato.

O Ministério do Interior vem também desenvolvendo, na região Centro-Oeste, ações sanitárias preventivas, treinamento de recursos humanos, além da construção de unidades de assistência médica e farmacêutica, ligadas ao Sistema Nacional de Saúde.

5 — CONCLUSÃO

Como se vê, no desempenho de suas atribuições, o Ministério do Interior, ao mesmo tempo em que vem promovendo a integração das diferentes regiões brasileiras, com ênfase especial na atenuação dos desníveis regionais e intra-regionais, dedica-se, com especial empenho, às tarefas de valorização do homem, e, nesse esforço, alia-se, em profundidade, ao que se vem fazendo, na esfera interministerial, em favor da saúde, da educação e do aproveitamento da força de trabalho, dos habitantes deste país continente.

INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE NO PROGRAMA DE EXTENSÃO DA COBERTURA

ALMIR JOSÉ DE OLIVEIRA GABRIEL
Secretário de Saúde do Estado do Pará

1 — INTRODUÇÃO

A maior apropriação dos frutos do conhecimento científico e tecnológico por uma parte da população mundial engendrou, nestas últimas décadas, a acentuação da desigualdade da qualidade da vida entre os diversos estratos de uma sociedade e dos povos entre si. No que respeita à saúde, a utilização de novos e complicados métodos que visam maior eficácia no diagnóstico e no tratamento individuais concorreu, também, para o incremento dessa desigualdade.

As evidências epidemiológicas demonstraram ser cientificamente incorreta — e moralmente inaceitável — a absorção de recursos vultosos em atividades de alta complexidade, com baixa cobertura, em detrimento de outras, mais simples, de abrangência ampla sobre o meio e as coletividades.

A mobilização mundial dos organismos de saúde, no sentido de redirecionar o esforço dos governos para um novo enfoque, tem sido considerável e o engajamento do Brasil no sentido de ampliar a oferta de bens e serviços de saúde a toda a sua população evidenciou-se lento e penoso em face da existência de óbices importantes.

É indispensável, no entanto, racionalizar a aplicação de recursos, com medidas que visem incrementar vigorosamente as ações elementares, através de unidades locais de saúde, otimizando-se os recursos comunitários e formais disponíveis, pela integração de serviços e programas, com vistas à real extensão da cobertura. Esta é a única opção viável, a curto e médio prazos, especialmente em regiões como a Amazônia, de enorme extensão territorial e baixa densidade demográfica, na qual o desenvolvimento econômico será por

muito tempo ainda focal e com algumas incertezas.

2 — CONCEITOS BÁSICOS

A organização dos serviços de saúde tem acompanhado a evolução histórica da Medicina e, mais recentemente, recebido influências ponderáveis de outras áreas de ciências mais modernas.

A busca de novas soluções deve basear-se na análise crítica da experiência mundial, regional e localmente adquiridas, que permitam formulações de conceitos e diretrizes para uma ação duradoura e eficaz.

Integração — A doutrina da etiologia específica estabeleceu que, para cada nosologia, um fator singular atua sobre o indivíduo, provocando desequilíbrio que conduz ao estado de doença (Cohn, 1960). Os estudos de Pasteur e Koch reforçaram e consagraram a doutrina (Dubos, 1959, 1965). A organização dos serviços de saúde então concebidos caracterizou-se pela especialização extensiva.

O reconhecimento mais recente de que o fator nutritivo (Scrimshaw *et al.*, 1968), o psicossocial (Moss, 1973) e outros influenciam na severidade da doença e no êxito do tratamento levou à concepção da causalidade múltipla, sugerindo May (1960) que hospedeiro, patógeno e ambiente são igualmente importantes na epidemiologia de uma população.

Do conceito holístico de saúde originou-se modificação importante da abordagem das doenças, segundo uma visão globalizante, que gerou a necessidade de uma ação integrada e sistêmica.

Sabe-se, hoje, que a higidez de uma população não é produto apenas do setor saúde. Ela deriva, também, do estado do meio, do

acesso da população aos alimentos e, especialmente, da necessidade da própria comunidade de utilizar ou consumir os bens e serviços informais e formais disponíveis.

De outro lado, reconhece-se que a atuação isolada de órgãos do mesmo setor, ou de setores conexos, produz benefícios muito abaixo dos recursos utilizados, ocasionando desperdícios injustificáveis.

A abordagem fragmentada das necessidades, aspirações e interesses das pessoas e das comunidades, pelos órgãos governamentais e particulares, impõe deformidades ou privilégios que desestimulam a capacidade criadora, restringem a autodeterminação, bloqueando a participação da comunidade no funcionamento e utilização adequados dos serviços de saúde.

Cobertura — O enfoque atual de cobertura parte do reconhecimento político da saúde como um direito de todos e dos indivíduos em particular. Esta noção global, no entanto, privilegia os grupos mais vulneráveis e desassistidos da população (rural e periurbana) e, à semelhança da educação, considera universal o direito ao acesso aos bens e serviços elementares ou primários de saúde, desde o nascimento à morte, e em todos os estados de saúde, doença e invalidez (Oficina da área IV OPAS/OMS — 1976).

Unidades locais — São aquelas que prestam serviços de saúde diretamente às pessoas e à comunidade.

Em razão do conceito de especialidade, durante muito tempo essas unidades foram tidas como não significativas para a saúde, pela sua incapacidade de solucionar problemas especiais.

O reconhecimento atual da causalidade múltipla da doença conferiu ao meio e às condições psicossociais grande importância. E estes fatores só podem ser atingidos por unidades locais de saúde dinâmicas, que atuem **extramuros** e no interesse das comunidades. Elas constituem, hoje, em seu conjunto, a base do sistema de saúde.

3 — SITUAÇÃO ATUAL

É importante analisar certos condicionamentos extra-setoriais que influenciam decisivamente

na situação do setor, como, por exemplo, alguns aspectos econômicos e demográficos.

Aspectos econômicos — Nestes últimos cinquenta anos, o governo brasileiro concentrou seus esforços no sentido do crescimento econômico do país. Buscou-se a substituição da importação de produtos industrializados de consumo e permanentes.

A carência de capital e a baixa tecnologia apropriada induziram projetos profundamente marcados pelos custos, levando-os a se localizarem predominantemente junto aos grandes aglomerados urbanos, pela abundância de mão-de-obra, proximidade de mercado consumidor, e menor investimento em transporte, energia elétrica, comunicações, etc.

O crescimento concentrado do parque industrial no Sul-Sudeste e o próprio crescimento de algumas empresas exigiram a ampliação do mercado consumidor, absorveram rapidamente a infra-estrutura energética, de transportes, etc., e ampliaram a necessidade de importação de bens de capital. Como consequência, foi estimulada a indústria agropastoril e de mineração, e a exploração de produtos primários para exportação.

A distribuição do trabalho da Nação tomou nítidos contornos, ficando o governo com a responsabilidade da manutenção e desenvolvimento da infra-estrutura e de promoção do bem-estar social, e à empresa privada coube a tarefa da produção de outros bens e serviços.

A nova etapa do crescimento induziu à criação de macroempreendimentos econômicos, abrangendo simultaneamente vários estados e regiões e sua correspondente infra-estrutura. Para tal o governo federal centralizou o planejamento e a acumulação de recursos, objetivando acelerar e induzir o desenvolvimento, segundo prioridades nacionais, acima portanto dos interesses dos estados e dos municípios.

A capacidade de poupança e de empréstimos nacional foi dirigida prioritariamente para os setores produtivos, privilegiando empreendimentos e mão-de-obra a eles vinculados.

Os investimentos e o custeio do bem-estar e da saúde são feitos às custas de impostos e taxas cobrados direta ou indiretamente

do consumidor ou do trabalhador, e que a eles retornam, deixando à margem os grupos populacionais que estão fora do mercado mais ativo de trabalho ou de consumo. No particular aspecto do Pará, a soma de recursos arrecadados pelo governo federal, através de seus órgãos (MPAS, Ministério da Fazenda e outros), supera em muito o arrecadado pelo estado.

Muito embora o total dos investimentos federais em grandes projetos econômicos supere, em muito, o orçamento do próprio estado, eles não são acompanhados com recursos especialmente destinados a fazer face aos deslocamentos sociais que provocam, nem o estado deles dispõe para fazê-lo.

Aparentemente o planejamento nacional coloca o setor saúde dentro do campo estrito do consumo, não incorporado (por doutrina ou dificuldade financeira) o conceito de que gastar em saúde diretamente é, também, investir para o desenvolvimento, especialmente pelo aumento da capacidade laborativa do trabalhador rural. Além deste aspecto, acresce, ainda, que a maioria dos órgãos de saúde não dispõe de sistema de custos, dando assim pouca consistência à formulação de orçamentos, que buscam fixar-se predominantemente sobre um percentual do orçamento geral ou sobre o valor do anterior, apenas corrigido, incapaz de dimensionar adequadamente a expansão anual da prestação de serviços e de investimentos.

Os custos adicionais, devidos às grandes distâncias, dificuldades de comunicação e transportes, gasto maior de tempo ou com número maior de supervisões, não são adequadamente dimensionados e remunerados pelos órgãos financiadores. Em face disso, reduz-se a capacidade do setor saúde e afins de mobilizarem recursos que permitam expandir suas ações até à área rural, rompendo o ciclo vicioso provocado pela pouca saúde, que leva à baixa produtividade do homem do campo e à incapacidade de auto-sustento adequado que, por sua vez, propicia o aumento da prole como força auxiliar de trabalho na lavoura e em outras atividades, impõe baixo nível de escolaridade de seus filhos e poucos recursos para melhorias de suas habitações; enfim, baixo nível de vida.

Aspectos demográficos — A população

brasileira apresenta um contingente de menores de 15 anos acima de 40%, e apenas 8% ultrapassam 55 anos. De acordo com dados de 1970, 42 milhões de habitantes localizam-se em área rural, e 53 milhões em área urbana, distribuídos em 7 834 localidades, das quais 5 395 tinham menos de 2 000 habitantes e 1 241 tinham entre 2 a 5 mil habitantes.

As últimas décadas têm evidenciado um progressivo aumento do percentual urbano em relação ao rural sem, no entanto, haver diminuição do número absoluto de habitantes do interior. O acelerado processo de urbanização das metrópoles é devido ao rápido crescimento dos setores secundário e terciário da economia, gerador de forte expectativa nos meios rurais. O crescimento da população destas metrópoles não é acompanhado pela ampliação da oferta de serviços básicos de saúde, gerando dificuldades e tensões graves.

Na Amazônia e, em especial, no Pará, além do fenômeno de urbanização crescente, observam-se migrações pendulares motivadas pelo extrativismo e forte mobilização de populações de outros estados brasileiros, especialmente para o sul do Pará e locais de implantação de grandes projetos econômicos. Nestas áreas, os assentamentos populacionais são feitos, dirigidos ou espontaneamente, com incrível rapidez e ao longo de estradas e rios de difícil e estranho acesso. A esperança de conseguir lote de terra própria ou empregos mobiliza contingentes expressivos, dos quais apenas parte se fixa na região. Este fluxo, não controlado, implica obviamente em problemas nosológicos, especialmente, em relação à malária, febre amarela, doença de Chagas, esquistossomose, etc.

A construção de habitações provisórias ou “experimentais” e as condições de saneamento, na maioria desses aglomerados, são precárias. São raros os assentamentos nos quais os serviços de saúde chegaram simultaneamente com a implantação de colonos, como em Tailândia, implantada pelo Instituto de Terras do Pará (ITERPA).

Indicadores de saúde — De acordo com o relatório sobre extensão das ações de saúde às populações rurais, apresentado à 5.^a Conferência Nacional de Saúde por A. Villas Boas, “cerca de 50% do total de óbitos ocorrem no grupo de menores de 5 anos, e as doenças

infecciosas e parasitárias, as enterites e outras enfermidades diarreicas associadas à desnutrição protéico-calórica e às anemias nutricionais encontram-se entre as principais causas de morte. Quanto à morbidade, prevalecem as doenças transmissíveis com aproximadamente 370 casos por 100 mil habitantes. (...) Segundo dados do IBGE, entre 7 milhões e 600 mil domicílios situados nessas áreas, somente 2,47% estão ligados à rede geral de distribuição de água, e 26% são abastecidos por poços ou nascentes. No que se refere a instalações sanitárias, 1,6% possuem fossas sépticas, 23% fossas rudimentares, e 75% não dispõem dessas instalações. Recente estudo levado a efeito pela Fundação SESP demonstrou que 70 a 95% das habitações rurais lançam os seus despejos na superfície. Essas casas não possuem instalações sanitárias, ou as que possuem são inadequadas (...). (...) nas pequenas localidades, cidades e vilas, somente 29% dos domicílios estão ligados à rede de abastecimento de água; cerca de 70% não possuem banheiros e mais de 40% não têm privadas. Das escolas, 75% não dispõem de bebedouros, 49% de lavatórios, 59% de filtros e 27% de instalações sanitárias” (15).

No Pará, a malária, a tuberculose, a coqueluche, o sarampo, a hepatite e a hanseníase são problemas sérios de saúde, aos quais progressivamente vêm se acrescentando a doença de Chagas, a esquistossomose, a febre amarela e arboviroses identificadas em número cada vez mais significativo.

Serviço de saúde — As empresas prestadoras de serviços à população concentram-se nas capitais e grandes centros urbanos como conseqüência da maior disponibilidade financeira nestes centros. O mesmo perfil se desenha para a empresa médica. Além disso, grupos populacionais urbanos expressam com ênfase suas aspirações e exercem pressão, ao contrário da área rural, geralmente dispersa, que pouco se mobiliza e raramente vocaliza suas necessidades. Devido à carência ou à inadequada utilização dos recursos, estes acabam se concentrando ainda mais nas zonas de pressão urbana. Disto resultou que, até 1977, cerca de 40% dos municípios brasileiros não dispusessem de serviços de saúde e, naqueles onde existiam, em geral não seguiam um tra-

balho programado com vistas ao saneamento e a assistência às pessoas.

Na maioria, as unidades das vilas, distritos e povoados não pertencem à mesma entidade mantenedora da sede municipal, onde, com freqüência, localizam-se unidades públicas pertencentes a diferentes órgãos de governo e serviços privados.

Articulação interinstitucional — Ao longo de décadas, tem sido reiteradamente colocada a necessidade da articulação interinstitucional no setor saúde. Não tem sido fácil, no entanto, vencer resistências em todos os níveis, muito embora a esmagadora maioria dos responsáveis pelos órgãos esteja de acordo com a premissa da decisão e da ação correspondentc.

Sem dúvida a visão não globalizada da saúde, no momento da constituição dos diversos órgãos governamentais ligados ao setor, há 40 ou 50 anos atrás, induziu a criação de serviços de saúde destinados a clientela e trabalhos específicos. Estas unidades, ao se reunirem no sentido vertical, acabam por constituir órgãos estaduais, regionais ou nacionais político-administrativamente fortes, com planejamento e programação centralizados, cujas unidades são meras executoras de ordens do nível central, e estanques em nível local.

A preponderância do conceito de clientela conduziu à criação de normas e procedimentos diversos e, freqüentemente, antagônicos, e à ordenação de trabalho voltado predominantemente para o cumprimento de metas físicas, sem programação e objetivos de saúde definidos.

Em conseqüência, a postura dos dirigentes e funcionários destas unidades é inteiramente voltada no sentido da matriz e, em geral, fechada à participação ativa da comunidade e ao intercâmbio com dirigentes de órgãos que atuam na mesma área (distrital, municipal e estadual). Assim, ainda que haja intenção, desejo ou aspiração de realizar um trabalho conjunto, ordenado, integrado a nível de unidade distrital, municipal ou estadual, as diferenças de poder decisório dos dirigentes estaduais, municipais ou distritais, impostas pelos respectivos níveis centrais de cada órgão, bloqueiam e retardam as ações, gerando dificuldades entre dirigentes, desconfiança e descrédito na população.

4 — INTEGRAÇÃO DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE NO PROGRAMA DE EXTENSÃO DE COBERTURA — ESTRATÉGIA EM DESENVOLVIMENTO NO ESTADO DO PARÁ

Durante o ano de 1979 foram dados passos concretos pela Secretaria de Estado de Saúde Pública, no sentido de atingir a médio prazo a integração das unidades locais de saúde. A estratégia desenvolveu-se em dois sentidos: buscou-se a articulação do planejamento extra-setorial de saúde e, simultaneamente, a integração das unidades locais.

Planejamento extra-setorial — A Secretaria de Planejamento do Estado (SEPLAN) realiza, em junho, o chamado Plano Geral Integrado (PGI) com vistas a implementar o Plano de Desenvolvimento do Estado, no qual estão definidos, pelo governo, os setores da administração e as regiões prioritárias de desenvolvimento.

Para elaboração do PGI são constituídas equipes multiprofissionais com técnicos de várias secretarias, inclusive da saúde, que se deslocam para os municípios do interior. No local, a equipe atualiza os dados de levantamento de situação de infra e supra-estrutura municipal e realiza reuniões com as autoridades do executivo e do legislativo e com os líderes locais. O objetivo geral é compatibilizar o plano anual de trabalho, esboçado pelos órgãos das prefeituras, com os desejos e aspirações da comunidade e com o Plano de Desenvolvimento do Estado. Nesta ocasião são discutidos assuntos ligados especificamente à saúde e agendados para ulterior decisão e consolidação final, por município.

Com a Companhia de Saneamento do Pará (COSANPA) buscou-se articulação visando complementar a ação da Campanha, para implantação de poços e fossas em áreas conjuntamente selecionadas.

Com a Secretaria de Educação manteve-se o entrosamento já existente, visando ampliar a interiorização dos programas de Educação e Saúde do Escolar e de Saúde Bucal, que contam com a viva e entusiástica participação dos professores das escolas do interior e da capital.

Com a Secretaria de Agricultura foram iniciadas conversações no sentido de utilizar

o programa de extensão rural da EMATER para incentivar o cultivo da agricultura de subsistência a partir do ano de 1981, ao lado do programa de culturas permanentes, já desenvolvido pelo órgão.

Planejamento setorial — No segundo trimestre de 1979 foi iniciada uma série de reuniões com técnicos representantes de todos os órgãos do setor saúde que atuam no estado, visando proceder a um levantamento global e definir diretrizes e estratégias para o planejamento integrado do setor.

Como conseqüência e, também, em cumprimento da Circular n.º 493, de 11/9/1979, dos Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social, o Senhor Governador baixou o Decreto n.º 627, de 17/3/1980, constituindo grupo de trabalho para elaboração do Plano Integrado de Saúde do Estado do Pará (PISEPA).

Operacionalização — Com vistas à operacionalização do Plano Integrado, que terá como estrutura básica o trabalho desenvolvido pelas unidades locais de saúde, foram tomadas, no âmbito da SESPA, as providências seguintes:

- Estabelecimento dos programas prioritários
 - Saneamento, abastecimento de água e melhorias habitacionais
 - Promoção de saúde materno-infantil
 - Controle de doenças transmissíveis
 - imunizações
 - controle da tuberculose
 - controle da hanseníase
 - vigilância epidemiológica
 - Promoção de saúde mental
 - Assistência a emergências
 - Nutrição em saúde (em estudo para implantação em 1981).
- Padronização e hierarquização das ações de saúde, de acordo com o grau de complexidade da unidade sanitária.
- Elaboração de instrumentos e determinação de parâmetros de programação.
- Programação realizada para 1980 pelos dirigentes das unidades locais de saúde (centros de saúde e unidades mistas), envolvendo os postos de saúde periféricos, administrados pela SESPA ou pelos muni-

cípios, que passam a ser coordenados e supervisionados pela unidade local.

- Atualização dos supervisores polivalentes e específicos, com estabelecimento de modelo próprio de supervisão e acompanhamento, cronograma, etc.

- Treinamento de pessoal

- Reorganização técnico-administrativa de 5 unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade, para campo de treinamento de pessoal.

- Convênio com o Hospital Barros Barreto e a Santa Casa para o campo de estágio em regime de assistência simplificada.

- Treinamento de instrutores para descentralização do preparo de pessoal elementar.

- Atualização dos currículos de cursos e treinamento de pessoal, de acordo com enfoque polivalente e de promoção da comunidade.

- Estabelecimento de bases para integração docente-assistencial com a Universidade Federal do Pará (cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Serviço Social e, possivelmente, Nutrição) e com a FEP (Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem), visando a formação de profissionais adequados à realidade regional.

- Modernização administrativa

- Padronização de material permanente e de consumo por tipo de unidade sanitária.

- Padronização de pessoal por tipo de unidade sanitária.

- Estudo para implantação de carreira de saúde pública, ainda em 1980.

As atividades acima referidas foram realizadas pelo grupamento técnico da Secretaria, tanto do nível central quanto local, com participação do Ministério da Saúde.

Objetivando ainda a operacionalização da integração das unidades locais de saúde,

estão sendo mantidos entendimentos com a direção estadual da FSESP e SUCAM, com o apoio integral e esclarecido dos respectivos órgãos centrais.

No referente à SUCAM busca-se a utilização dos guardas sanitários em atividades ligadas ao controle da hanseníase e da tuberculose, assim como melhorar o apoio ao tratamento hospitalar de casos de malária. Em relação à FSESP pretende-se que ela assuma a coordenação, supervisão e o treinamento de pessoal dos postos de saúde da SESP nos municípios, onde haja unidade da Fundação, na sede.

Com as prefeituras do interior articula-se a integração das unidades construídas e mantidas pelas comunas, com a unidade local da sede, mantida pela Secretaria ou pela Fundação SESP.

A ampliação da participação da Previdência e Assistência Social é considerada de importância fundamental, com o objetivo de conseguir ampliar a abertura da assistência aos seus beneficiários, dentro das diretrizes programáticas e normas estabelecidas

5 — CONCLUSÃO

A extensão da cobertura com ações elementares de saúde a toda a população brasileira é uma decisão de governo com profundas e significativas repercussões sociais. Para conseguí-la, é indispensável posicionar os serviços de saúde dentro de uma visão globalizada que resulta em atuação sobre o meio, a habitação, a alimentação e a saúde.

Esta tendência tem implicações extra-setoriais importantes porque induz a investir em área até aqui admitida como exclusivamente de consumo. Por outro lado, a melhoria das condições de vida da zona rural pode promover a fixação do homem ao seu meio e diminuir o êxodo para as grandes metrópoles.

A execução de um programa tão amplo impõe efetiva participação da comunidade e atuação adequada das unidades locais de saúde. Para tanto torna-se indispensável articular convenientemente os órgãos ligados ao setor e criar condições para que seus dirigentes respondam com rapidez às necessidades e aspirações das comunidades.

Objetivando implementar a extensão da cobertura através da integração das unidades locais de saúde, a SESPÁ desenvolveu seu trabalho, em 1979, no sentido de preparar as condições para o fortalecimento de sua rede básica de unidades sanitárias através de medidas relacionadas com o planejamento geral do estado e do setor saúde e de organização técnico-administrativa, capazes de responder com eficiência às novas exigências a serem criadas.

O trabalho realizado contou com a participação permanente de seus técnicos da área de execução e do nível central, e com a colaboração de profissionais do Ministério da Saúde.

Procedeu-se à prioritização de programas, hierarquização das ações de acordo com a complexidade da unidade, elaboração de instrumentos e parâmetros de programação local, atualização de supervisores polivalentes e específicos, adequação de currículos de cursos e de treinamento de pessoal e modernização administrativa.

REFERÊNCIAS

1. ACUÑA, Héctor A. Participación de la comunidad en el desarrollo de los servicios primarios de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 82 (2) :93-97, feb. 1977
2. ALVIM, Ermengarda de Faria. Assistência para todos, com especial atenção aos mais necessitados. *Revista da Fundação Serviços de Saúde Pública* 23 (1) :32-33, 1978.
3. La ASISTENCIA sanitaria en las zonas rurales. *Crónica de la OMS* 30 (1) :11-18, ene. 1976.
4. AZEVEDO, Antonio Carlos de, GRAMACHO, Doris, MANZANO, Eduardo, MANZANO, Heloisa Lotufo, TAUIL, Marta Campos & TAUIL, Pedro Luiz. Integração dos serviços de saúde a nível periférico: experiência da comunidade da Amazônia, Brasil. *Revista de Saúde Pública* 7 (4) :389-403, dez. 1973.
5. DAZA, Carlos Hernán. Las unidades técnicas de nutrición de los ministerios de salud y la extensión de los servicios primarios de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 82 (3) :197-205, mar. 1977.
6. CONFERENCIA Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Declaración de Alma Ata). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 86 (3) :262-274, mar. 1979.
7. EXTENSIÓN de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 83 (6) :477-503, dic. 1977.
8. FELDMAN, R., DEITZ, D.M. & BOOKS, E.F. The financial viability of rural primary health care centers. *American Journal of Public Health* 68 (10) : , 1978.
9. IMPORTANCIA de la salud pública en la economía de África. *Crónica de la OMS* 29 (8) :340-346, ago. 1975.
10. MANZANEDO, Héctor García. Estudio sociocultural sobre integración de los sistemas de salud y participación de la comunidad. *Educación Médica y Salud* 11 (4) :346-361, 1977.
11. REUNIÓN sobre enfermería comunitaria y atención primaria de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 84 (5) :458-459, mayo 1978.
12. TENTORI, Fortunato Vargas. Extensión de la cobertura, atención primaria de salud y participación de la comunidad: definiciones y conceptos operativos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 82 (5) :386-396, mayo 1977.
13. MAHLER, H. Una revolución social en la salud pública. *Crónica de la OMS* 30 (12) :517-523, dic. 1976.
14. VALLADORES G., Rogelio. Cobertura de los servicios generales de salud en áreas rurales y sus relaciones con los programas de malaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 85 (5) :442-451, nov. 1978.
15. VILLAS BOAS, Aldo. Extensão de ações às populações rurais. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., Brasília, 1975. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1975. p. 219-242.

EXTENSÃO DA COBERTURA POR SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE — PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

JAIR SOARES

Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social

Todos nós somos testemunhas das notáveis transformações que aconteceram neste país na última década. Extraordinário foi, sem dúvida, o esforço desenvolvido pelo povo brasileiro neste período. A economia, fator determinante dessas transformações, alcançou índices de crescimento invejáveis e nunca até então atingidos. As disponibilidades energéticas cresceram, o parque industrial modernizou-se e ampliou-se, o comércio tanto externo quanto interno se intensificou, as telecomunicações se difundiram e os transportes se expandiram. É inquestionável que todos os setores, primário, secundário e terciário, experimentaram profundas mudanças. Tais modificações na área econômica ou produtiva ampliaram substancialmente, tanto quantitativa quanto qualitativamente, a capacidade de produção de bens e serviços, gerando, por conseguinte, extraordinária massa de riqueza. Por sua vez, tais ritmos de crescimento econômico foram capazes de desenvolver uma oferta numérica de empregos, compatível com os índices do incremento demográfico observado.

Por outro lado, como seria de se esperar, paralelamente a este crescimento da economia, desenvolveram-se e diversificaram-se também as necessidades, tanto de natureza orgânica ou física, quanto de natureza social. Entretanto, não se conseguiu, na ação distributiva dos frutos do trabalho desenvolvido,

contemplar os diversos estratos populacionais, dentro de níveis e critérios de maior equidade, que favorecessem a satisfação daquelas necessidades, por vezes, elementares. Somos, ainda, forçados a reconhecer a persistência das disparidades regionais e das desigualdades entre grupamentos sociais.

Todas essas modificações ocorridas na nossa sociedade teriam, necessariamente, repercussão direta ou indireta sobre as condições de vida de toda a população e, por extensão, sobre seu quadro sanitário, corroborando as observações de estreita relação entre economia e saúde.

Assim, o próprio processo de crescimento econômico e o usufruto que dessa condição decorre se incumbiram de acentuar ou sobrepor, ao elenco de patologias já existentes, novos agentes causais e novas entidades nosológicas. São exemplos expressivos dessas considerações as condições de morbimortalidade ligadas ao trabalho, aos modos estressantes de vida e à mobilidade da população.

Temos hoje, portanto, uma demanda acumulada por serviços de saúde, estruturada de tal forma, que coexistem, lado a lado, padrões nosológicos distintos. Caracterizando a nosologia própria do subdesenvolvimento, estão aí as doenças de veiculação hídrica, as infecto-contagiosas e aquelas evitáveis através de ações de imunização. Correspondendo

aos padrões próprios de regiões desenvolvidas, temos a chamada "nosologia moderna", representada pelo numeroso grupo das doenças crônico-degenerativas. Merecem menção aqui, pela presença crescente nas estatísticas de mortalidade, os acidentes e violências.

De outro lado, a complexidade do processo saúde/doença, com sua múltipla causalidade, e a diversidade do quadro nosológico prevalente no País impõem, para sua adequação e solução, a reordenação dos serviços ofertados. Temos constatado, além disso, o vertiginoso e constante crescimento dos gastos com atenção à saúde, resultado, naturalmente, da incorporação de novos meios e técnicas de diagnóstico e tratamento. Este fenômeno provavelmente, tem características universais. Citamos, para exemplificação, alguns dados de gastos com saúde nos países ocidentais industrializados: os EUA, em 1965, despenderam 5,9% do seu Produto Nacional Bruto (PNB) com saúde, e, em 1979, essas despesas chegaram a 9,1%; a Suécia gastou 9,5%, em 1974, e, em 1978, atingiu 11,3%; a França duplicou seus gastos em apenas seis anos, e, na República Federal da Alemanha, os gastos com saúde já atingiram 12,8% do seu PNB.

A observação mostra também que a introdução dessa tecnologia médica, sofisticada e onerosa, não tem sido acompanhada de melhoria significativa nos níveis de saúde da população. Isto deixa-nos a convicção nos limites da capacidade de intervenção da medicina científica no processo saúde/doença.

Encaramos também com reserva o caráter dogmático que procura fazer crer que o progresso seja o somatório de avanços tecnológicos e científicos, perseguidos com insistência, e obtidos em escalas contínuas e crescentes, transformados em bens e serviços, e colocados à disposição de um consumo indiscriminado e incontrolável. Isso é tanto verdade, para outros setores, onde tais práticas já estão consolidadas e firmemente incorporadas ao comportamento social, quanto para o nosso setor, onde o consumo de meios diagnósticos e terapêuticos encontra-se em franca expansão.

Gostaríamos de enumerar aqui algumas informações que, embora esparsas, contribuem para as nossas reflexões sobre a realidade assistencial:

- as despesas com assistência médica no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social quintuplicaram nos últimos dez anos;

- estima-se que o setor saúde consumirá este ano recursos da ordem de 230 bilhões de cruzeiros;

- estima-se que 30 mil médicos recém-formados trabalhem hoje em condições de subemprego;

- calcula-se que existam aproximadamente 70 órgãos públicos com atuação direta na área de saúde;

- estima-se também que os serviços públicos de atenção à saúde funcionem com um nível de 60% de ociosidade;

- a mortalidade infantil nas capitais situa-se em torno de 85 por mil menores de um ano, com valores extremos bastante distantes;

- a cobertura por ações de imunizações está na ordem de aproximadamente 47% dos menores de um ano.

A concentração dos recursos nas regiões mais desenvolvidas, a descoordenação e desarticulação entre serviços, com conseqüente paralelismo de ações, já são por demais conhecidas.

Reconhecemos que o quadro sanitário e assistencial, marcado por acentuadas diferenças entre regiões e entre grupos populacionais, ainda está distante da categoria satisfatório.

Reconhecemos, igualmente, a legitimidade e justiça das necessidades e aspirações, em termos de saúde, da sociedade brasileira e de modo especial aquelas encontradas nas camadas carentes da população. Estamos dispostos e comprometidos em promovermos a reversão desta situação. Este, sim, é o desafio a que o governo se propõe, desafio que entendemos como de natureza econômica e administrativa e ainda principalmente de natureza política e social.

Estamos convencidos de que a elevação dos índices de eficiência e eficácia

dos nossos serviços de saúde estaria comprometida sem a implantação de medidas simultâneas de infra-estrutura sanitária, as quais extrapolam o âmbito de atuação das instituições específicas do setor saúde. Nesse sentido ganha significativa relevância a Conferência Nacional de Saúde, como foro de debates e instrumento de articulação para ações comuns e melhor utilização dos recursos setoriais existentes. É dentro deste quadro de referência que temos procurado pautar nossas proposições e ações.

Considerados os estreitos limites da disponibilidade de recursos, acreditamos que o processamento e a satisfação das necessidades reprimidas e acumuladas até então passem necessariamente pelo incremento da produtividade social dos recursos e equipamentos existentes.

Assim é que linhas de atuação comum têm sido estabelecidas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social juntamente com outros ministérios que, indiretamente, compartilham responsabilidades pelo setor saúde. Destacamos aqui as estreitas articulações e entendimentos que temos tido com o Ministério da Saúde que, como não poderia deixar de ser, visam dar consistência ao sinergismo de nossos esforços. O exemplo concreto de ação simultânea, envolvendo não só os Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, mas todos os demais ministérios participantes do Sistema Nacional de Saúde, bem como os estados e municípios, nos é dado pelo PIASS — Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento. Destinado que é a ofertar serviços básicos de saúde às populações rurais, encontra-se já em fase de consolidação e expansão, tornando-se irreversível.

As iniciativas de ações multiinstitucionais comuns têm como exemplo a constituição, em caráter permanente, da Comissão Interministerial (CIPLAN), envolvendo, inicialmente, representantes dos Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social, tendo em vista o estabelecimento de normas programáticas e a coordenação e integração do planejamento estratégico a nível federal.

Visando imprimir maior eficiência e eficácia ao setor saúde, buscamos entendimentos com o Ministério da Saúde, o que resultou na proposição do programa PREV-SAÚDE. Estudos técnicos estão em andamento e, dentro em breve, podemos assegurar, este programa estará sendo implantado em todo o território nacional.

O PREV-SAÚDE, dada a sua condição de programa voltado para as necessidades básicas de saúde, conforma-se às diretrizes formuladas pelo Ministério da Saúde, em comum acordo com o Ministério da Previdência e Assistência Social, definindo-se como “o conjunto de serviços dirigidos às pessoas, à comunidade e à melhoria do ambiente, necessário à proteção e promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das doenças e traumatismos mais comuns, e à reabilitação básica de suas conseqüências”.

O programa PREV-SAÚDE destina-se a ocupar o vazio que se observa na estrutura assistencial dos serviços existentes. De fato, podemos facilmente constatar uma grande disponibilidade da oferta de serviços de maior complexidade, se comparada com a quase total inexistência, não só física, mas sobretudo funcional, de serviços de menor complexidade. Esta organização dos serviços, se sobreposta à estrutura da demanda, nos revelará a total inversão e inadequação dos serviços de saúde atualmente em funcionamento. As conseqüências que daí decorrem, em termos de dispêndios econômico-financeiros, desgastes físicos e psicossociais e comprometimento das administrações, são inevitáveis e de fácil percepção.

O PREV-SAÚDE visa dotar este País de uma rede de serviços básicos capaz de oferecer, quantitativa e qualitativamente, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, de baixo custo, fácil acesso e elevada capacidade resolutiva. Este programa estará dirigido à população em geral, mas, de modo especial e prioritário, nas suas fases iniciais, contemplará ele as populações das cidades de médio porte e os aglomerados da periferia dos grandes centros urbanos.

Mantendo a coesão e coerência com as diretrizes que traçamos de buscar a otimi-

zação dos recursos humanos, materiais e financeiros de que dispomos. procurará o PREV-SAÚDE privilegiar a simplificação das ações de saúde, naquilo em que couber, guardando, entretanto, as condições e meios indispensáveis a uma ação de saúde pronta, eficaz e eficiente. Procurar-se-á também a melhor compatibilização e adequação entre a estrutura da demanda e a oferta de serviços de saúde, através da observação e valorização das características e peculiaridades locais e regionais.

Ousamos afirmar ainda que o PREV-SAÚDE representa o esforço inicial para o restabelecimento da coerência, indispensável, indeclinável e oportuna, entre nossa realidade sócio-econômica e assistencial.

A persecução a objetivos de tão elevada significação para a coletividade não admite definições e esforços solitários. Por isso, contamos e convocamos todos os dirigentes das instituições que compõem o Sistema Nacional de Saúde, especialmente os senhores secretários de saúde dos estados, para que, através da representatividade de que dispõem, encaminhem e promovam, junto aos diversos segmentos que compõem na sociedade, o debate de nossos propósitos e iniciativas. Estamos convictos de que é processando e assimilando as críticas e manifestações endereçadas que conseguiremos conferir legitimidade ao programa, pré-condição essa da presença ativa e participante da comunidade e, por conseqüência, a garantia de sua aceitação e do seu bom êxito.

Conhecemos, senhores secretários, a exata extensão da rede de serviços de saúde que administram. Sabemos da considerável capacidade instalada de que dispõem, em termos de recursos humanos e rede física. Entretanto, senhores secretários, conhecemos também a extensão das dificuldades que enfrentam e do regime de penúria com que gerem seus serviços.

A realidade é que a tônica dos serviços estaduais e municipais é única e quase universal, com raras exceções. Via de regra, estão os diagnósticos institucionais a denunciar, repetitivamente:

- deficiências de recursos materiais, notadamente, em medicamentos;
- equipamentos inexistentes ou em vias de obsolescência e sem manutenção adequada e periódica;
- unidades físicas demandando reparos e não raras vezes reconstrução integral;
- recursos humanos insuficientes, qualitativamente desatualizados;
- ausência de política de pessoal que assegure remuneração adequada e justa, que favoreça a educação continuada, e que ofereça perspectiva profissional.

Todos esses fatores e desajustes, que se entrelaçam e se somam, têm sido exaustivamente apontados como os responsáveis pelos baixos níveis de rendimento e mesmo pela ociosidade destes serviços. Tais níveis de operacionalidade são de todo inaceitáveis, pois oneram duplamente a coletividade: pela expectativa criada e não satisfeita, e pela repartição dos esforços comprometidos com a sua manutenção. A posição de observadores distantes e privilegiados não nos cabe e nem nos recomenda, sobretudo diante de grandes contingentes populacionais com necessidades elementares de saúde ainda por satisfazer, e de onde partem justas pressões, de intensidade crescente. Temos que romper este ciclo vicioso. A recuperação dos serviços de saúde do setor público, estadual e municipal é cada vez mais inadiável e torna-se um imperativo.

Estimamos partilhar com os senhores este desafio. Basta que unamos nossos esforços e recursos, através de mecanismos estáveis de articulação e coordenação interinstitucionais. Manifestamos ainda nossa confiança no PREV-SAÚDE, como instrumento facilitador das mudanças que se fazem necessárias. A Lei n.º 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde, tem os parâmetros que devem orientar essas transformações.

A consolidação do PIASS e a implantação do PREV-SAÚDE criarão condições para co-

locar à disposição da população, a nível nacional, uma rede de serviços de saúde integral, regionalizados, hierarquizados e dispendo de sistema de referência que permita o atendimento da demanda, nos diversos níveis dos serviços, escalonados de conformidade com a complexidade requerida.

Paralelamente, o Ministério da Previdência e Assistência Social, ao lado de outras medidas administrativas, está elaborando estudos que visam, sem comprometer a eficácia, simplificar e padronizar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos no âmbito do INAMPS, procurando reduzir os custos operacionais dos serviços ofertados através dos seus serviços próprios, contratados e conveniados. Buscamos imprimir ao INAMPS maior racionalidade e, assim, liberar recursos que possibilitem fazer frente aos gastos com a ampliação da cobertura através do PREV-SAÚDE.

Essa maior agilidade administrativa permitirá ao INAMPS, através dos seus serviços próprios, contratados e conveniados, articular-se com a rede de serviços básicos, na condição de elemento, predominantemente, de referência da demanda e da prestação de cuidados de saúde mais diferenciados e de maior complexidade.

Ainda na esfera de ação do Ministério da Previdência e Assistência Social, estudos estão sendo desenvolvidos no sentido de, através da Central de Medicamentos (CEME), ampliar a produção e racionalização da distribuição dos medicamentos inscritos na categoria de

essenciais. O objetivo é eliminar ou minimizar a aquisição de medicamentos por parte do usuário carente, sabidamente, um dos pontos de estrangulamento dos serviços médico-assistenciais.

Essas medidas, uma vez concretizadas, concorrerão, sem dúvida, para a elevação da capacidade resolutive dos serviços de saúde e, em especial, para o pleno êxito do PREV-SAÚDE.

Estamos certos de que essas diretrizes, mecanismos, e elementos estratégicos, criarão as condições de viabilidade e factibilidade que possibilitem a extensão da cobertura real da população por serviços de saúde, e, sobremaneira, aquelas populações até então apenas nominalmente alcançadas pelos serviços assistenciais, e motivo de nossas constantes preocupações.

As diretrizes de trabalho adotadas encontram-se ajustadas e adequadas às nossas disponibilidades atuais, e estão coerentes com a necessidade de participar e colaborar no combate à inflação, através, principalmente, da elevação dos índices de produtividade dos recursos do setor público.

Por último, entendemos que nossas proposições favorecem o aperfeiçoamento técnico e administrativo de nossas instituições assistenciais, contribuem para a democratização da atenção à saúde, concorrem para a valorização do homem brasileiro e para a construção de uma sociedade desenvolvida e livre, objetivo do III PND e fundamento de todo o esforço nacional.

PAINEL

MODELOS DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO COM OS DEMAIS NÍVEIS DE ATENDIMENTO

Presidente: **Dr. Jofran Frejat**
**Secretário de Saúde do Distrito
Federal**

Moderador: **Deputado Ubaldo Dantas**
**Membro da Comissão de Saúde
da Câmara dos Deputados**

O MODELO PIASS, SUA PROGRAMAÇÃO E SUA EVOLUÇÃO PARA O PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

JOSÉ ALBERTO HERMÓGENES DE SOUZA
Coordenador do Programa de Interiorização
de Ações Básicas de Saúde e Saneamento
Ministério da Saúde

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi elaborado pela Secretaria Técnica do GEIN/PIASS para ser apresentado na 7.^a Conferência Nacional de Saúde.

Procurou-se, inicialmente, discutir alguns aspectos referentes à organização da assistência médica no Brasil e suas relações com a estrutura sócio-econômica, na tentativa de compor um quadro dos antecedentes que levaram ao surgimento dos programas de extensão de cobertura.

Em seguida, fez-se uma breve descrição e análise do PIASS, atualmente o programa de maior abrangência territorial e de cobertura populacional com serviços básicos de saúde.

Mostraremos a evolução do programa, de suas origens, passando por sua implantação e desenvolvimento no Nordeste até chegarmos à proposta da sua ampliação a todo o território nacional e sua incorporação ao Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

1 — INTRODUÇÃO

Até a década de 30, na assistência médica brasileira predominava o modelo liberal-privado com participação de instituições filantrópicas religiosas e previdenciárias autônomas (caixas de aposentadorias e pensões). As transformações econômicas e políticas ocorridas nesta época, determinaram uma maior interferência do Estado no setor social. A crescente urbanização e industrialização fazem entrar em cena setores que, por sua importância econô-

mico-política, passam a exigir do Estado atenção para com seus direitos de cidadania, entre os quais o direito à saúde. A legislação trabalhista e a criação da previdência social (os institutos) constituem os marcos iniciais de interferência efetiva do Estado na assistência médica. A política de conciliação de interesses que caracteriza o Estado populista, que então se instala, vai se refletir, no nível de organização da atenção médica, na existência de diferentes modelos de atendimento com racionalidades distintas e por vezes contraditórias.

Nos anos recentes, a incorporação de contingentes cada vez mais amplos da população ao processo produtivo, com aumento da pressão de demanda, bem como a predominância de interesses de grupos minoritários ligados ao chamado complexo médico-industrial, agravaram distorções já existentes, tais como má distribuição dos recursos, alto custo e baixa cobertura dos serviços, além da manutenção da dicotomia entre ações de saúde de alcance coletivo e individual.

Na organização da atenção médica no Brasil, configura-se um complexo sistema de distribuição dos serviços, com a coexistência de diferentes modelos de atendimento, esquematicamente identificados em três áreas:

- a) área institucional: seguro social obrigatório (INAMPS); direto (Ministério e secretarias de saúde); filantrópico (LBA); específico para categorias (Forças Armadas);
- b) área liberal-clássica: hospitalar e consultórios particulares;

c) área privatizada: empresas médicas, consultórios conveniados, grupos médicos, cooperativas médicas.

Este quadro aparentemente caótico e irracional é produto da ação histórica de diferentes setores sociais, que, segundo suas forças políticas, nele imprimiram em maior ou menor grau a marca de seus interesses. Prevendo a proximidade de um impasse, o Estado, mais uma vez, passa a adotar uma série de medidas que visam corrigir distorções, através de reformulações administrativas que buscam melhor distribuição do trabalho e coordenação do setor saúde. Cria-se a lei do Sistema Nacional de Saúde em julho de 1975.

Embora a lei não elimine distorções do sistema de saúde, permite, por outro lado, o surgimento de programas experimentais que buscam modelos alternativos de organização de serviços, com os programas de extensão de cobertura de serviços de saúde adquirindo neste contexto um espaço para seu desenvolvimento.

No plano internacional, organismos como a OPAS/OMS e a CEPAL passam, no início da década de 70, a recomendar ênfase na formulação de políticas de desenvolvimento social, colocando a necessidade de enfrentar prioritariamente o problema da "marginalidade". São propostos programas de "desenvolvimento comunitário", fundamentados no conceito de participação. Em 1972 os ministros da saúde das Américas reúnem-se em Santiago para elaborar o Plano Decenal de Saúde para as Américas (OPAS/OMS), situando como principal objetivo da década de 70 a extensão de cobertura dos serviços de saúde no campo.

Reiteradas denúncias de crise no setor saúde em diversos países abrem campo para experiências alternativas de prática médica estimuladas por organismos internacionais ligados ao ensino e serviço. Desenvolve-se a partir delas um corpo doutrinário e conceitual baseado na regionalização, hierarquização e integração dos serviços, na ênfase em ações de cuidados primários desenvolvidas por pessoal auxiliar e na participação comunitária que visa orientar a implantação de programas de extensão de cobertura.

Este conjunto de antecedentes viria criar as condições para o surgimento, em agosto de

1976, do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

2 — UM PROGRAMA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO BRASIL: PIASS

A partir do segundo semestre de 1975 o IPEA da Secretaria de Planejamento e o Ministério da Saúde formulam uma série de documentos, que virão a constituir as bases da exposição de motivos dos quatro ministérios (Saúde, Previdência e Assistência Social, Interior e Secretaria de Planejamento), solicitando ao Senhor Presidente da República, a criação do PIASS, o que se efetiva através do Decreto n.º 78.307, de 24 de agosto de 1976.

2.1 — O DECRETO

Nos dois primeiros artigos do decreto, transcritos a seguir, estão definidos os objetivos e as diretrizes do programa:

"Art. 1.º — 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 20 000 habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da Região.

Art. 2.º — 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 frequente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados;

III — encaminhamento a serviços especializados;

IV — disseminação de unidades de saúde de 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”.

2.2 — ESTRUTURA/ORGANIZAÇÃO

a — A instalação da rede de serviços de saúde é feita através de **módulos básicos**. O módulo básico é um conjunto formado por **postos de saúde** localizados em comunidades rurais, apoiados por uma unidade de maior porte, **centro de saúde**, situado na sede do município.

Geralmente a área de atuação de um **módulo básico** corresponde a um **município**.

b — O **posto de saúde** é uma unidade simples operada por auxiliar de saúde de nível elementar, especialmente treinado para a execução de ações básicas de saúde.

c — O **centro de saúde** é uma unidade mais complexa, com atendimento médico

permanente e laboratório básico, responsável pela supervisão e apoio aos postos de saúde.

d — A articulação da rede de **módulos** com os demais níveis da rede de serviços de complexidade crescente se faz através de uma garantia do acesso da população aos serviços mais especializados (unidade mista ou hospital local).

e — As ações básicas desenvolvidas pelas unidades de saúde são complementadas pelo apoio à implantação de equipamentos de **saneamento básico** (unidades simplificadas de abastecimento de água e soluções domiciliares para destinação de dejetos).

f — A **regional de saúde** (delegacia regional ou centro regional ou regional de saúde) coordena vários módulos básicos. Todas as unidades de saúde existentes nesta área geográfica estão organizadas numa escala de complexidade crescente de hierarquização de serviços e contém todos os níveis (figura 1).

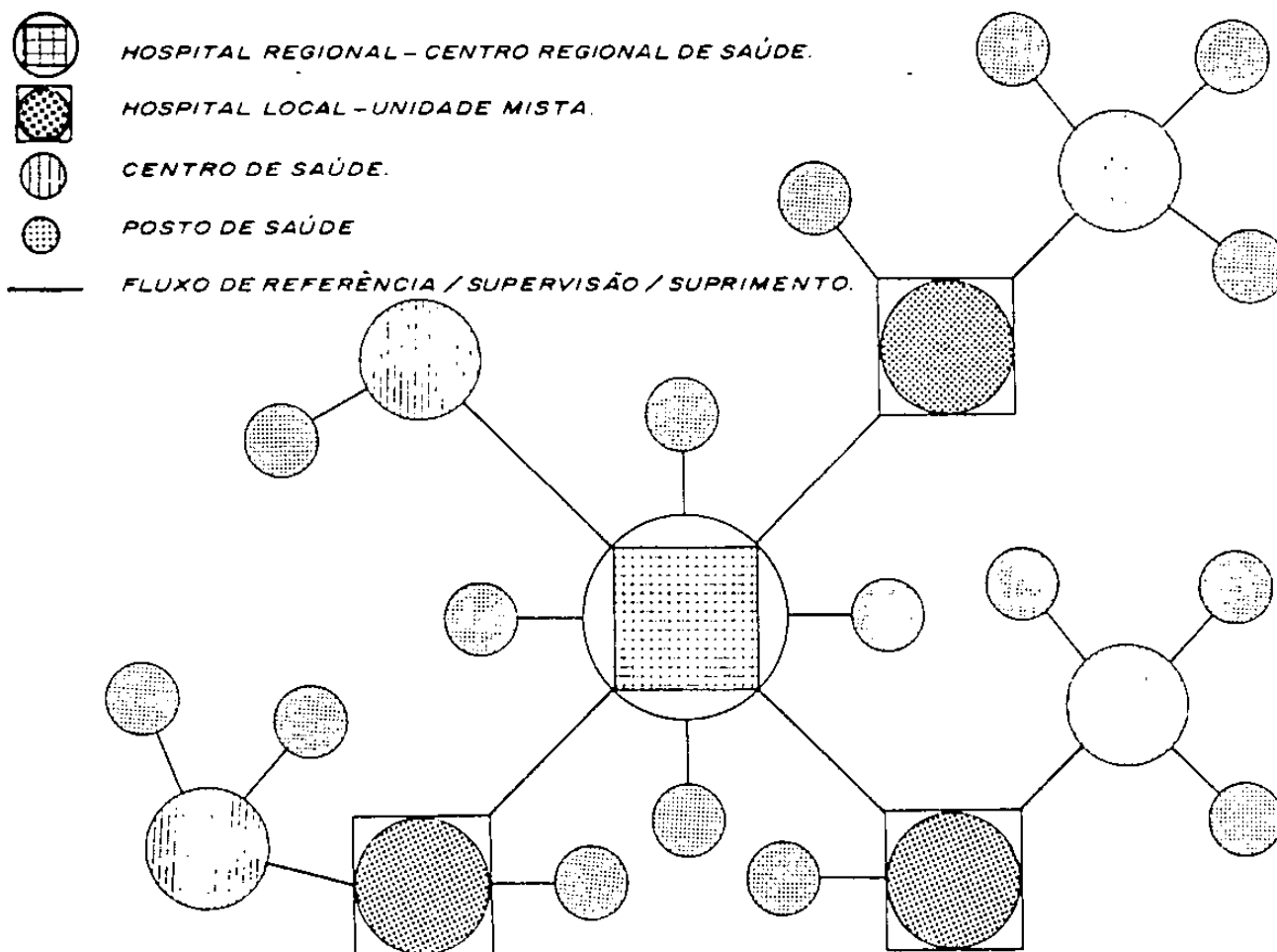


Figura 1 — Modelo do sistema regionalizado e hierarquizado de saúde.

CARACTERÍSTICA	C O M P O N E N T E S	
	I - POSTO DE SAÚDE	II - CENTRO DE SAÚDE
Localização	Distritos, vilas e povoados	Sedes municipais
População-alvo	2 000 pessoas	6 000 pessoas
Ações Básicas	<ul style="list-style-type: none"> . Desenvolvimento comunitário . Controle de doenças transmissíveis . Atenção materno-infantil . Primeiros socorros . Tratamentos padronizados . Controle de egressos . Coleta de amostras . Visitação domiciliar . Apoio à curiosas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> . As mesmas do posto mais consulta médica e/ou odontológica . Laboratório . Vigilância epidemiológica . Supervisão e treinamento . Atenção hospitalar geral (no caso de unidades mistas)
Referência	Para o centro	Para unidades mais complexas
Recursos humanos	Atendentes polivalentes (geralmente em número de 2)	Atendentes polivalentes, visitadoras, laboratorista, auxiliar de saneamento, apoio administrativo, dentista, médico
Instalações e Equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> . Área de 40 a 70 m² . Construção simples . Material de técnicas básicas de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> . Área de 70 a 150 m² . Construção simples . Material e equipamento padronizado para unidade ambulatorial ou mista
Custo médio de instalação e operação anual	Cr\$ 150 000,00 e Cr\$ 120 000,00	Cr\$ 350 000,00 e Cr\$ 840 000,00
III - REGIONAL DE SAÚDE Localizada no município mais estratégico de uma microrregião sócio-geográfica. Conta com equipe multiprofissional e sua função é de supervisão, coordenação, administração e apoio a vários módulos básicos.		IV - SANEAMENTO a) Abastecimento de água: poços, reservatórios, ligações domiciliares, chafarizes e lavanderias. b) Destino de dejetos: fossas secas.

Figura 1 A - Características do módulo básico por componentes.

2.3 — COORDENAÇÃO/PARTICIPAÇÃO INSTITUCIONAL

A condução geral do programa ficou a cargo do Grupo Executivo Interministerial (GEIN), composto por representantes dos ministérios condôminos do programa: Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Ministério do Interior (MINTER) e Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN). Ao GEIN cabem as decisões superiores no que diz respeito às diretrizes, estratégias, prioridades, acompanhamento e avaliação do programa. A coordenação do GEIN é da competência do Ministério da Saúde, representado pelo Secretário-Geral. O GEIN dispõe, a nível central, de apoio técnico e administrativo fornecido pela Secretaria Técnica do Programa (ST).

No nível estadual, a condução do programa ficou a cargo de um Grupo de Coordenação Estadual (GCE), que conta com representantes, no mínimo, das seguintes instituições: Ministério da Saúde (Delegacias Federais), Ministério da Previdência e Assistência Social (Superintendências Regionais do INAMPS),

Ministério do Interior (SUDENE) e governo estadual (Secretarias de Saúde e Planejamento).

A nível local, a condução deveria ficar a cargo de um Grupo de Coordenação Local (GAL), composto de representantes da prefeitura, centro de saúde e organizações da comunidade. Entretanto, na prática, esses grupos não foram constituídos, ficando a coordenação a cargo da equipe do centro de saúde.

Os recursos para o financiamento da implantação de infra-estrutura de saúde e saneamento são provenientes da SEPLAN, através do Programa de Integração Nacional (PIN), Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), e do MINTER, através do POLONORDESTE. Os recursos para a operação e manutenção são provenientes, principalmente, do INAMPS e, em menor quantia, das secretarias estaduais de saúde, Ministério da Saúde, prefeituras, companhias de saneamento estaduais e POLONORDESTE.

Coube às secretarias estaduais de saúde, com os recursos acima mencionados, a implantação e execução do programa. Colaboraram neste sentido as companhias de saneamento, prefeituras e organizações da comunidade (figura 2).

NÍVEL	INSTITUIÇÃO	PARTICIPAÇÃO					
		GEIN	GCE	COORDENAÇÃO LOCAL	FINANCIAMENTO	EXECUÇÃO	SUPERVISÃO
FEDERAL	M. S.	⊕	⊕		⊕		⊕ (Indireta)
	MPAS	⊕	⊕		⊕		⊕ (Indireta)
	MINTER	⊕	⊕		⊕		⊕ (Indireta)
	SEPLAN	⊕			⊕		⊕ (Indireta)
ESTADUAL	Secretaria de Saúde		⊕		⊕	⊕	⊕
	Companhia de Saneamento		⊕			⊕	⊕
MUNICIPAL	Prefeitura			⊕	⊕	⊕	
COMUNIDADE	Organizações			⊕		⊕	

Figura 2 — Matriz institucional do PIASS.

2.4 — DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS

Um conjunto de princípios e diretrizes fundamentais orienta a condução geral do PIASS, alguns já definidos no próprio decreto presidencial que o criou, outros incorporados à medida em que se desenvolveu o processo de implantação.

2.4.1 — EXTENSÃO DE COBERTURA

Atendimento a toda a população, com prioridade na implantação de serviços básicos de saúde para as áreas rurais, pequenos centros urbanos de maior densidade de pobreza nas cidades de médio e grande porte e regiões metropolitanas.

Extensão de cobertura entendida não apenas como proporção numérica entre população atingida e a população total, mas como o resultado de uma oferta eficaz e sistematizada dos serviços básicos de saúde que satisfaçam às necessidades da população, dispostos em lugares acessíveis, garantindo o acesso aos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

2.4.2 — PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

Envolvimento da comunidade na discussão dos objetivos da programação e na avaliação dos serviços, através de suas formas próprias de organização e de trabalho coletivo, incorporando o seu potencial criativo para a superação das situações desafiadoras.

2.4.3 — REGIONALIZAÇÃO

Compreendida como o conjunto de três idéias básicas:

- a transferência de poder de decisão para a periferia (descentralização);
- a transferência de recursos e atividades para regiões (desconcentração);
- a hierarquização de serviços numa escala de complexidade crescente com incorporação de todos os recursos existentes em uma determinada área sócio-econômica e geográfica.

2.4.4 — HORIZONTALIZAÇÃO PROGRAMÁTICA

Implica na transformação do processo tradicional de planejamento vertical por programas. O planejamento das atividades passa a ser feito de forma integrada, a partir do nível local e segundo as necessidades da população.

2.4.5 — INTEGRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

As secretarias de saúde devem desempenhar papel fundamental no desenvolvimento das ações de alcance coletivo sem deixar de dar a devida importância àquelas de alcance individual, abrangendo de forma integral as medidas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde de forma a possibilitar o atendimento às necessidades básicas do indivíduo e da comunidade.

2.4.6 — RECURSOS HUMANOS

O mecanismo operacional dos serviços básicos de saúde deverá incluir a capacitação de recursos humanos vinculada ao serviço, com ampla participação de seu pessoal, propiciando uma reflexão simultânea da própria prática que permita compreensão da realidade e metodologia de trabalho conseqüentes com os objetivos propostos. Esta metodologia e as formas de cooperação podem ser utilizadas no âmbito central, estadual, regional ou local e nas diversas formas de treinamento.

2.4.7 — TECNOLOGIA

Adotar procedimentos simples, apropriados, eficazes e de baixo custo, especificados em normas e instruções condicionadas às situações locais, aplicadas sob supervisão permanente.

2.4.8 — INTEGRAÇÃO INTERINSTITUCIONAL

A integração das diversas instituições que atuam no setor se impõe como instrumento de racionalidade, otimizando recursos no desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde, bem como evitando dualidade de ações e desperdício de esforços.

2.5 — DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA (1976/1979)

Em outubro de 1976, o Senhor Ministro da Saúde baixou a Portaria n.º 374, designando os representantes dos quatro ministérios no GEIN, criando seu órgão executivo, a Secretaria Técnica, e detalhando sua competência.

As atividades, em 1977, se concentraram em criar pré-condições nos estados para o desenvolvimento dos projetos PIASS. Foram assinados os convênios básicos, constituídas as equipes estaduais, elaborados os anteprojetos e liberadas as primeiras parcelas de recursos financeiros aos estados. A atuação do GEIN e da ST, na fase inicial do programa, caracterizou-se pela preocupação com a definição, a nível central, de normas e padrões que permitiriam compor o modelo PIASS. Esta estratégia não produziu os resultados esperados.

Uma avaliação do programa realizada em dezembro de 1977 levou a condução geral (GEIN-ST) a reformular sua estratégia, que a partir de janeiro de 1978 passou a se apoiar em dois princípios:

- A proposta do PIASS tem conteúdo inovador e como tal sua implantação deve propiciar um processo de aprendizagem baseado na reflexão da prática dos projetos estaduais, ou seja, não se trata de definir **a priori** um modelo PIASS, já que o mesmo deve emergir da própria experiência do programa.

- Para consolidação do programa é imprescindível o apoio das populações beneficiadas, manifesto através de suas lideranças formais. Para tanto, é necessária a rápida implantação de serviços para atender às necessidades de saúde da população e assim gerar uma expectativa por sua permanência e expansão.

Os dois princípios adotados na estratégia definiam a necessidade de se buscar com mais agressividade a implantação dos serviços. A implantação acelerada dos projetos estaduais sem a preocupação apriorística da definição de normas permitiu que ao final de 1978 estivessem funcionando 642 centros de saúde e 1 250 postos de saúde, cobrindo potencialmente 6 400 000 pessoas com serviços

básicos de saúde. O programa foi implantado em 699 municípios, o que corresponde a 56% do total de municípios da área de abrangência do programa no Nordeste. Foram treinados 2 873 profissionais de saúde de níveis médio e elementar (69% do total programado). Com referência às ações de saneamento básico foram implantados 172 sistemas simplificados de abastecimento de água em comunidades rurais e instaladas 22 000 privadas de fossa seca. A pouca expressividade das metas alcançadas neste subprograma (saneamento básico), dentre outros fatores, prendeu-se ao fato de não terem sido liberados pelo FAS os recursos previstos para essas atividades e a decisão do GEIN em aplicar os recursos do PIN prioritariamente no segmento saúde.

O PIASS, além da implantação de centros e postos de saúde, propõe a integração em uma rede única de todas as unidades prestadoras de serviços de saúde, organizando-as sob a forma de um sistema estadual de saúde que passe a desenvolver ações integralizadas de saúde para toda a população sob coordenação das secretarias de saúde dos estados.

A concepção do PIASS como primeiro estágio do Sistema Nacional de Saúde em uma dada região implica na necessidade de uma integração sistêmica das várias instituições prestadoras de serviços de saúde. A assinatura dos convênios com o INAMPS constituiu-se num passo decisivo para a consolidação do programa.

O substancial aumento do número de unidades, o avanço no processo de regionalização (promovido através de estímulos técnicos e financeiros) e a progressiva capacitação em termos de recursos materiais e humanos para fazer frente às novas demandas trouxeram como resultado o fortalecimento das secretarias de saúde.

A participação das prefeituras e lideranças comunitárias em várias fases da implantação do programa permitiu o estabelecimento de uma ampla base de apoio, atendendo a uma das suas diretrizes fundamentais, qual seja, a da participação comunitária.

A estratégia de implantação fundamentada no conceito de processo de aprendizagem permitiu a elaboração de normas técnicas mais adequadas às necessidades do programa.

A partir da análise da experiência acumulada pela própria prática, puderam ser estabelecidas normas técnicas relacionadas com o treinamento de pessoal de nível médio e elementar, com a implantação, operação e manutenção da rede de serviços de saúde e de sistemas simplificados de abastecimento de água e com diretrizes para programação.

O estímulo à criatividade das equipes estaduais permitiu o estabelecimento de modelos que se mostraram eficazes no atendimento das diretrizes de baixo custo e ampla extensão da cobertura.

O planejamento das atividades, particularmente aquelas da programação para 1979 e 1980, dos projetos estaduais foi feito através da consolidação progressiva a partir do nível regional, possibilitando uma maior participação e melhor adequação das atividades propostas às necessidades de saúde locais.

Em 1978 e 1979 o interesse maior era a implantação do programa sem a preocupação de implantar módulos básicos completos. Neste sentido, todos os estados foram dotados de recursos; no entanto, o desenvolvimento do programa não ocorreu uniformemente, e, de acordo com dados de dezembro de 1979, podem ser classificados em três grupos, de acordo com o grau de desenvolvimento de cada um: Grupo A: Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Alagoas. Grupo B: Ceará e Paraíba. Grupo C: Maranhão Piauí e Sergipe.

A característica do Grupo A é ter atingido uma "massa crítica" de unidades implantadas, passando, portanto, a ter como preocupação básica o desenvolvimento de funções relacionadas com a operação dos serviços. A característica do Grupo B é ter avançado na implantação, contudo, sem alcançar a cobertura desejável. Estes estados passavam então a se preocupar tanto com a extensão da rede quanto com a operação dos serviços. A característica do Grupo C é que esses estados se encontravam no estágio inicial de implantação, devendo, portanto, se preocupar basicamente com a extensão da rede física.

Essas características, incluindo-se a capacidade operativa, foram utilizadas como critérios para a distribuição dos recursos financeiros aos estados e para a definição de estra-

tégias no que se refere à implantação, operação, regionalização e sancionamento.

2.6 — METAS ATINGIDAS ATÉ DEZEMBRO DE 1979

As metas alcançadas e os recursos alocados ao programa até dezembro de 1979 se encontram nos quadros 1 a 6. Esses dados se referem a toda a rede de serviços básicos implantados com recursos PIN/PIASS e PIN/POLONORDESTE e ainda à rede incorporada ao programa, que recebeu complementação de equipamentos, reformas, treinamento de pessoal e apoio logístico, de acordo com as diretrizes e metodologia do PIASS.

2.7 — METAS PARA 1980 — SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

De acordo com a orientação atual do Ministério da Saúde, a programação PIASS para este ano não mais foi elaborada isoladamente, mas, sim, de forma integrada como parte do Plano Operativo de 1980, instrumento do convênio único entre o Ministério da Saúde e cada governo estadual. O Plano Operativo dá prioridade aos serviços básicos e foram consideradas as seguintes áreas programáticas:

- Implantação/Reestruturação da Rede de Serviço de Saúde e Sancionamento
- Operação/Manutenção da Rede
- Apoio Técnico-Administrativo

Para o desenvolvimento da programação estadual o PIASS foi considerado como mais uma fonte de recursos, a somar-se com as demais, uma vez que a proposta PIASS foi incorporada à proposta mais ampla do MS. As metas para 1980 estão descritas nos quadros 7 a 10.

3 — EXPANSÃO NACIONAL DO PIASS E O PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

O êxito do PIASS no Nordeste veio comprovar a exequibilidade do modelo e a adequação das diretrizes que o orientam, constituindo uma base firme sobre a qual é possível erigir um sólido e eficaz programa de âmbito

nacional. Seu início pela região Nordeste foi uma opção estratégica que, implicitamente, admitia a gradativa presença nas demais áreas do território nacional.

Esta realidade está fielmente expressa nas diretrizes setoriais de governo formuladas pelo Ministério da Saúde em abril de 1979 ("intensificação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento"), e, como um consenso de todos os ministérios da área social, nas diretrizes para a ação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1979. Indicou o CDS, para operacionalização possível ainda este ano, um programa nacional de serviços básicos de saúde, com a extensão a todo o País do atual Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, e cobertura de áreas urbanas de médio porte, capitais e regiões metropolitanas. Além disso, destacou o PIASS como programa prioritário para acompanhamento e avaliação pelo Conselho.

Não há dúvida, por outro lado, que paralelamente à implantação de uma estrutura de saúde e saneamento para atendimento de volumosos contingentes populacionais hoje desassistidos, o PIASS é um eficaz agente de racionalização dos recursos já disponíveis.

Concretamente, trata-se de implantar uma estrutura regionalizada de serviços de saúde no País, com a participação uniforme e uniprogramática das diversas instituições presentes no setor. A hierarquização do trabalho nas localidades de menor porte constitui o degrau básico e de maior amplitude do sistema, permitindo imediata interligação com o subsistema urbano (cidades de médio e grande porte, capitais e regiões metropolitanas).

Neste sentido pode-se observar na experiência do Nordeste que as demandas geradas com a implantação e operação dos módulos básicos exigiram respostas concretas em relação à referência da população atendida, o que determinou efetivas medidas para a regionalização e hierarquização dos serviços, bem como a integração setorial preconizada e nem sempre obtida com o funcionamento de colegiados multiinstitucionais formalmente constituídos.

Vale referir ainda que o programa, ao prestar atendimento local (com efetiva participação comunitária), segundo padrões de

prioridade epidemiológica e sócio-econômica, permite comprovadamente uma severa redução nos custos dos serviços prestados.

A desejada ênfase conferida pelo governo brasileiro ao desenvolvimento social, aliada à notória carência de serviços de saúde e ao conhecimento acumulado através de uma experiência bem sucedida que gerou ampla e positiva expectativa no setor configuram condições extremamente propícias à ampliação nacional do PIASS.

Coube ao Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA) da Secretaria de Planejamento e ao Ministério da Saúde, que elaboraram os documentos básicos do PIASS para o Nordeste em 1976, juntamente com o Ministério da Previdência e Assistência Social, com base na prática do programa no Nordeste, elaborar uma série de documentos que viriam a constituir as bases da exposição de motivos dos quatro ministros (MS, MPAS, MINTER e SEPLAN) para a expansão nacional do PIASS. Com essa exposição de motivos foi solicitada ao Senhor Presidente da República, através do CDS, a intensificação e expansão do PIASS para todo o território nacional, que veio a se efetivar através do Decreto n.º 84.219, de 14 de novembro de 1979. A coordenação e as participações institucionais são semelhantes ao projeto original. São objetivos da expansão nacional:

- implantar e operar rede de unidades sanitárias destinadas ao desenvolvimento de ações integrais de saúde em localidades de até 20 mil habitantes, bem como
- instalar e operar sistemas simplificados de abastecimento de água e soluções domiciliares para destino de dejetos em povoados, vilas e cidades de pequeno porte.

Com as mesmas diretrizes já propostas e desenvolvidas no Nordeste será dada ênfase à intensificação do programa na região e à expansão para as regiões Norte e Centro-Oeste, estado do Espírito Santo e, no estado de Minas Gerais, às macrorregiões do polígono das secas, noroeste e vale dos rios Jequitinhonha, Mucuri e Doce, além de prioridade para as áreas de maior densidade de pobreza nas demais macrorregiões do estado de Minas Gerais e estados das regiões Sudeste e Sul.

As estratégias de implantação em cada estado tornam necessária a adequação do modelo PIASS às diferentes características regionais com a constituição de instrumentos que viabilizem a participação dos níveis estadual e local na programação da rede a ser implantada.

As diretrizes e normas operacionais, não entendidas como exigências centrais apriorísticas, mas enriquecidas pelas experiências progressas em cada nível, implicam em atividade permanente de acompanhamento e avaliação.

Como o PIASS não se limita à implantação de novas unidades de serviços de saúde, mas fundamentalmente à criação de uma rede de serviços básicos de saúde cuja unidade fundamental é o módulo básico, esforços foram desenvolvidos no sentido de incorporar a esta rede as unidades isoladas já existentes nos estados ou aquelas ligadas a outros programas de extensão de cobertura, bem como a integração efetiva com as unidades de maior complexidade (unidades mistas e hospitais) do setor público e privado.

Essa integração sistêmica, iniciada com o PIASS, será indispensável para a consolidação da rede de atenção primária do Sistema Nacional de Saúde, que está sendo proposta no Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, com extensão para todo o território nacional, sem se limitar à zona rural.

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde representará o esforço do governo federal em promover a integração das ações de saúde, corrigindo-se históricas distorções em parte decorrentes da escassa articulação político-programática entre os Ministérios da Saúde e Previdência Social, até então.

Através dessa integração, criar-se-ão as condições para implantar e manter em funcionamento, em todo o País, a rede de serviços básicos de saúde, de natureza pública, de cobertura universal e de caráter permanente, capaz de assegurar a todos os brasileiros, indistintamente, os cuidados e a proteção oferecidos pela adequada utilização dos instrumentos de saúde e saneamento básico.

O funcionamento descentralizado dessa rede básica substituirá a pesada e onerosa atuação federal direta, fortalecendo-se os estados e municípios, mais próximos dos proble-

mas a atender e, portanto, potencialmente mais indicados para desenvolver ações continuadas e adequadas às necessidades comunitárias, com práticas preventivas de maior eficácia e procedimentos terapêuticos com tecnologia simplificada, evitando-se ações sofisticadas e o uso indiscriminado de tratamentos hospitalares, opções dispendiosas com resultados quase sempre insatisfatórios

4 — COMENTÁRIOS

1 — O PIASS deve ser entendido como uma proposta de serviço e não apenas como um programa de implantação de uma rede básica para aumentar a penetração dos programas especiais dos serviços de saúde tradicionais. Desta forma ele se constitui num elemento de transformação das práticas de serviço desenvolvidas pelas secretarias estaduais de saúde, o que, por sua vez, implica na necessidade de reformulações estruturais das mesmas.

2 — A grande preocupação atual é responder eficazmente às expectativas na área em que o programa vem atuando, desenvolvendo mecanismos que garantam a oferta de ações de saúde que atendam às necessidades básicas da população, tanto em quantidade quanto em qualidade dos serviços.

3 — A participação comunitária deve permeiar todo o processo de implantação/operação da rede de serviços.

Deve ser entendida como um fim e não tão-somente dentro de uma visão instrumental de barateamento dos custos. Deve ser efetiva sobretudo no que se refere a decisões de interesse local do programa, e será tão mais expressiva quanto melhor responder às suas reais necessidades. Em princípio, desaconselha-se a organização de associações ou sociedades de saúde, devendo preferentemente se apoiar nas organizações comunitárias pré-existent.

4 — Tendo em vista que os recursos do PLANASA são dirigidos basicamente para comunidades urbanas de maior porte, nas quais existe possibilidade de retorno financeiro para o investimento, a atuação do subprograma de saneamento tem dado priorida-

de às localidades pequenas (povoados, vilas, etc). Estas populações, além de extrema carência, não têm, via de regra, nenhuma possibilidade de encaminhamento de reivindicações a outros órgãos.

Por outro lado, os recursos obtidos pelo MS junto à Caixa Econômica Federal (programa FAS) têm sido insuficientes para que o segmento saneamento acompanhe as metas alcançadas na implantação da rede básica de serviços de saúde. Urge a identificação de novas fontes ou a reorientação das atuais diretrizes de outros programas.

Outro problema é a manutenção dos sistemas de abastecimento de água. Deve-se evitar soluções que impliquem numa sobrecarga da população, em nome de uma visão puramente instrumental da participação comunitária.

5 — Na capacitação de recursos humanos é fundamental que, ao lado da preocupação prioritária com os níveis elementares, não sejam minimizadas as necessidades de aten-

ção ao nível de gerência local, regional e central do programa.

6 — Para a consolidação da proposta PIASS e a viabilização da rede pública de serviços básicos de saúde é de vital importância que as decisões políticas de regionalização tornem-se efetivas, traduzindo-se realmente em transferência de poder decisório e aporte de recursos financeiros às estruturas regionais.

7 — A horizontalização programática, proposta desde o início do PIASS, como uma idéia de inversão do processo tradicional de planejamento, torna-se hoje instrumento indispensável ao cumprimento das metas programadas pelo plano operativo do convênio único MS/governo estadual para 1980, bem como para o planejamento coerente das ações desenvolvidas pela rede de serviços básicos de saúde.

A partir desta nova realidade se impõe a revisão das atuais normas aplicadas aos programas tradicionais que vêm sendo desenvolvidos.

QUADRO I - SITUAÇÃO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE E SANEAMENTO NO NORDESTE ATÉ DEZEMBRO DE 1979. REDE BÁSICA (PIASS/PO-LONORDESTE)

88

ESTADOS	NÚMERO DE REGIONAIS	M U N I C I P I O S			UNIDADES FUNCIONANDO		CAPACIDADE DE COBERTURA (**) (PESSOAS)	SANEAMENTO	
		TOTAL EXISTENTE	ÁREA PIASS (*)	TRABALHADOS	CENTROS DE SAÚDE	POSTOS DE SAÚDE		SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA EM FUNCIONAMENTO	PRIVADAS
MARANHÃO	11	130	117	63	63	94	566 000	2	—
PIAUI	7	115	106	83	83	156	810 000	28	45
CEARA	13	141	122	103	103	174	966 000	8	7 600
RIO GRANDE DO NORTE	6	150	139	96	96	181	938 000	7	337
PARAIBA	9	171	156	121	121	75	876 000	13	1 700
PERNAMBUCO	8	164	139	95	95	235	1 040 000	5	7 500
ALAGOAS	5	94	74	82	82	197	886 000	—	—
SERGIPE	4	74	28	12	12	5	82 000	—	—
PALHA	17	336	321	169	169	444	1 902 000	31	24
MINAS GERAIS (***)	1	47	47	47	55	183	696 000	78	4 800
T O T A L	81	1 422	1 249	871	879	1 744	8 762 000	172	22 006

* - Área PIASS: cidades, povoados e vilas até 20 000 habitantes

** - Capacidade de cobertura: OIPS = 2 000 e OICS = 6 000 pessoa.

*** - Norte de Minas

QUADRO 2 - COBERTURA MUNICIPAL E POPULACIONAL DO PIASS
NO NORDESTE ATÉ DEZEMBRO DE 1979. REDE BÁSICA
PIASS/POLONORDESTE

68

ESTADOS	MUNICÍPIOS					POPULAÇÃO					
	TOTAL (A)	AREA PIASS		TRABALHADOS		TOTAL (D)	AREA PIASS		COBERTURA		
		N.º (B)	% (B/A)	N.º (C)	% (C/B)		NÚMERO (E)	% (E/D)	META (F)	ATINGIDA (G)	% (G/F)
MARANHÃO	130	117	90	63	54	3 604 125	2 556 047	65	1 415 620	566 000	40
PIAUI	115	106	92	83	78	2 236 277	1 547 293	69	928 375	810 000	87
CEARA	141	122	87	103	84	5 565 300	3 063 067	55	1 837 840	966 000	53
RIO GRANDE DO NORTE	150	139	93	96	69	2 070 100	1 704 700	82	1 022 820	938 000	92
PARAIBA	171	156	91	121	78	2 791 669	1 705 557	61	1 023 342	876 000	86
PERNAMBUCO	164	139	85	95	68	6 332 000	3 484 156	55	2 090 493	1 040 000	50
ALAGOAS	94	74	79	82	100	1 941 380	1 333 442	69	800 065	886 000	110
SERGIPE	74	28	38	12	43	1 051 800	391 920	37	235 152	82 000	43
BAHIA	336	321	96	169	53	9 065 200	2 393 022	82	4 438 813	1 902 000	43
MINAS GERAIS	47	47	100	47	100	1 135 014	1 135 014	100	836 152	696 000	83
T O T A L	1 422	1 249	88 %	871	70 %	35 792 865	24 119 218	68	14 628 672	8 762 000	60

QUADRO 3 - RECURSOS HUMANOS TREINADOS PARA A REDE
BÁSICA DE SAÚDE-PIASS, ATÉ DEZEMBRO DE 1979

ESTADOS	NÍVEL ELEMENTAR	NÍVEL MÉDIO	NÍVEL SUPERIOR	T O T A L
MARANHÃO	106	-	-	106
PIAUI	56	16	-	72
CEARÁ	227	188	26	441
RIO GRANDE DO NORTE	301	84	21	406
PARAÍBA	106	24	14	144
PERNAMBUCO	456	155	19	630
ALAGOAS	306	-	23	329
SERGIPE	92	14	-	106
BAHIA	555	182	20	757
MINAS GERAIS	618	-	66	684
T O T A L	2 823	663	189	3 675

QUADRO 4 - RECURSOS ALOCADOS PARA IMPLANTAÇÃO DA REDE
DE SERVIÇOS BÁSICOS (Em Cr\$ 1,00)

ESTADOS	R E C U R S O S P I N		
	PIASS	POLONORDESTE	TOTAL
MARANHÃO	40 811 000	31 447 168	72 258 168
PIAUI	44 514 000	56 798 095	101 312 455
CEARÁ	81 129 000	78 543 900	159 673 455
RIO GRANDE DO NORTE	54 778 000	41 691 862	96 470 049
PARAÍBA	57 617 000	79 059 524	136 677 209
PERNAMBUCO	92 955 000	46 516 000	139 471 280
ALAGOAS	45 348 000	39 655 601	85 003 601
SERGIPE	9 495 000	21 000 000	30 495 000
BAHIA	124 367 000	79 380 259	203 747 259
MINAS GERAIS	55 367 000	-	55 367 000
F S E S P	68 354 000	-	68 354 824
T O T A L	675 000 000	474 092 409	1 149 092 409

QUADRO 5 - RECURSOS ALOCADOS PARA MANUTENÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS BÁSICOS E APOIO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO (Em Cr\$ 1,00)

ESTADOS	APOIO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO (ALOCADOS PELO MS 1976/1979)	REDE DE SERVIÇOS BÁSICOS (ALOCADOS PELO INAMPS EM 1979)	TOTAL
MARANHÃO	5 893 000	37 120 000	43 013 000
PIAUI	3 202 000	30 183 000	33 385 000
CEARÁ	5 658 500	26 421 552	33 080 052
RIO GRANDE DO NORTE	6 874 000	20 591 000	27 465 000
PARAIBA	6 294 000	36 273 000	42 567 000
PERNAMBUCO	5 624 000	23 227 500	28 851 500
ALAGOAS	3 951 000	28 325 000	32 276 000
SERGIPE	3 303 500	1 776 000	5 079 500
BAHIA	9 027 000	179 562 000	188 589 000
MINAS GERAIS	5 876 300	65 396 000	71 272 000
TOTAL	56 703 300	448 875 052	505 578 352

QUADRO 6 - DADOS MÉDIOS DE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS MÓDULOS BÁSICOS PARA O NORDESTE, EM 1979.

DADOS MÉDIOS PARA	CENTRO DE SAÚDE	POSTO DE SAÚDE
1 — Obras		
a — construção	Cr\$ 354 100,00	Cr\$ 128 300,00
b — reformas	Cr\$ 124 600,00	Cr\$ 41 100,00
c — área construída	108 m ²	49 m ²
d — custo por m ²	Cr\$ 3 200,00	Cr\$ 2 600,00
2 — Equipamento total	Cr\$ 132 100,00	Cr\$ 45 000,00
3 — Recursos humanos		
a — equipe mínima	3 (nível elementar), 2 (nível médio) 2 (nível superior)	2 (nível elementar)
b — custo total de treinamento/pessoa	Cr\$ 10 000,00 (formação) Cr\$ 5 000,00 (reciclagem)	
4 — Custo de manutenção mensal	Cr\$ 70 000,00	Cr\$ 10 000,00

QUADRO 7 - METAS DE IMPLANTAÇÃO/REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE E SANEAMENTO NOS ESTADOS DO NORDESTE. PLANO OPERATIVO DE 1980

ESTADOS	OBRAS						EQUIPAMENTO						SANEAMENTO		
	U M			C S			U M			C S					
	C	R	C	R	C	R	T	P	T	P	T	P			
MARANHÃO	-	2	5	17	80	-	-	6	-	8	29	87	11	33	-
PIAUÍ	-	4	-	10	78	10	5	5	3	8 ⁹	87	11	32	1 703	-
CEARÁ	-	-	2	7	81	5	-	-	2	42	106	70	159	2 100	-
RIO GRANDE DO NORTE	-	-	7	12	32	9	-	-	7	10	28	9	20	5 985	-
PARÁIBA	-	-	11	-	28	-	-	-	14	-	28	-	69	1 700	-
PERNAMBUCO	-	16	9	18	51	11	-	35	9	26	68	68	22	9 269	-
ALAGOAS	-	3	6	11	46	1	-	4	6	61	53	10	-	-	-
SERGIPE	-	1	1	-	23	5	-	1	17	-	62	-	13	6 010	-
BAHIA	-	-	11	14	103	4	-	-	15	27	102	8	68	2 440	-
MINAS GERAIS	-	-	91	5	311	3	-	-	41	-	291	-	-	-	-
TOTAL	-	26	146	97	836	45	-	51	125	203	912	187	416	29 138	-

QUADRO 7-A - METAS DE IMPLANTAÇÃO/REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE E SANEAMENTO NOS DEMAIS ESTADOS DO BRASIL. PLANO OPERATIVO DE 1980

ESTADOS	OBRAS						EQUIPAMENTO						SANEAMENTO	
	UM		CS		PS		UM		CS		PS		Abasteci- mento de Água	Privadas Higiênicas
	C	R	C	R	C	R	T	P	T	P	T	P		
AMAZONAS	1	1	-	-	21	-	1	1	-	1	67	-	-	-
PARÁ	1	4	5	-	7	7	1	4	5	-	7	7	179	21 268
ACRE	9	-	-	-	13	-	9	-	7	5	35	-	-	983
RORAIMA	-	4	-	-	8	2	-	3	-	1	8	5	7	70
RONDÔNIA	-	-	1	12	5	1	-	-	2	8	50	7	27	-
AMAPÁ	-	4	-	-	10	6	-	4	-	-	20	13	4	243
MATO GROSSO	-	-	25	-	15	-	-	-	24	-	15	-	-	-
MATO GROSSO DO SUL	-	-	31	-	52	-	-	-	-	31	52	-	-	-
GOIÁS	-	2	2	12	39	10	-	2	1	25	40	12	35	-
SÃO PAULO	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
RIO DE JANEIRO	1	-	-	4	5	4	1	-	-	-	5	1	-	-
ESPIRITO SANTO	-	-	30	21	67	2	-	-	30	21	67	-	-	-
PARANÁ	-	-	6	3	9	4	-	-	6	3	9	4	27	3 006
SANTA CATARINA	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	10	-	-	-
RIO GRANDE DO SUL	-	-	50	-	-	-	-	-	34	16	-	-	40	8 201
DISTRITO FEDERAL	-	-	34	-	-	-	-	-	34	-	-	-	-	-
SUBTOTAL	12	15	184	52	261	36	13	14	143	111	385	39	319	33 779
TOTAL BRASIL	12	41	330	149	1 097	81	13	65	268	314	1 297	226	735	62 917

QUADRO 8 - METAS PARA OPERAÇÃO DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE
NOS ESTADOS DO NORDESTE. PLANO OPERATIVO DE 1980

E S T A D O S	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	OPERAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE								
		EM DEZEMBRO DE 1979			A IMPLANTAR EM 1980			EM DEZEMBRO DE 1980		
		U M	C S	P S	U M	C S	P S	U M	C S	P S
MARANHÃO	130	6	9	58	24	77	249	30	86	307
PIAUI	115	21	83	153	-	2	92	21	85	243
CEARÁ	140	11	103	174	7	9	237	18	109	411
RIO GRANDE DO NORTE	150	12	96	181	1	34	71	13	130	252
PARAÍBA	171	4	121	75	-	14	28	4	135	103
PERNAMBUCO	164	82	95	231	14	8	135	96	103	366
ALAGOAS	94	12	82	197	-	6	47	12	88	244
SERGIPE	71	1	12	5	1	17	62	2	29	67
BAHIA	336	20	169	444	-	115	396	20	284	840
MINAS GERAIS	722	-	461	644	-	91	311	-	552	955
T O T A L	2 093	169	1 231	2 165	47	373	1 628	216	1 601	3 793

QUADRO 8-A - METAS PARA OPERAÇÃO DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE
NOS DEMAIS ESTADOS DO BRASIL. PLANO OPERATIVO
DE 1980

ESTADOS	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	OPERAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE								
		EM DEZEMBRO DE 1979			A IMPLANTAR EM 1980			EM DEZEMBRO DE 1980		
		U M	C S	P S	U M	C S	P S	U M	C S	P S
AMAZONAS	44	29	25	3	1	1	67	30	26	70
PARÁ	83	24	44	193	5	5	14	29	49	207
ACRE	15	—	6	23	9	6	7	9	12	35
RORAIMA	2	—	2	8	4	—	6	4	2	14
RONDÔNIA	7	1	15	27	—	2	37	1	17	64
AMAPÁ	5	4	4	39	—	—	10	4	4	49
MATO GROSSO	53	—	34	—	—	25	15	—	59	15
MATO GROSSO DO SUL	55	—	81	—	—	31	52	—	112	52
GOIÁS	225	5	229	15	1	—	41	6	229	56
ESPIRITO SANTO	54	—	92	—	—	30	67	—	122	67
SÃO PAULO	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
RIO DE JANEIRO	64	172	40	105	1	4	5	173	44	110
PARANÁ	290	—	70	253	—	9	13	—	79	226
SANTA CATARINA	197	1	224	72	—	—	10	1	224	82
RIO GRANDE DO SUL	232	—	404	—	—	50	—	—	454	—
DISTRITO FEDERAL	9	—	5	10	—	34	—	—	39	10
SUBTOTAL	1 335	236	1 275	753	21	197	284	257	1 472	1 097
TOTAL BRASIL	3 431	405	2 506	2 918	68	570	1 912	473	3 073	4 890

QUADRO 9 - METAS PARA CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NOS ESTADOS DO NORDESTE. PLANO OPERATIVO DE 1980

ESTADOS	MÓDULO BÁSICO					NÍVEL REGIONAL		NÍVEL CENTRAL	
	TREINAR		RECICLAR			RECICLAR		RECICLAR	
	E	M	E	M	S	M	S	M	S
MAANHÃO	338	71	599	42	225	110	20	100	50
PIAUÍ	206	81	162	37	54	35	18	30	25
CEARA	401	146	79	115	236	96	68	-	-
RIO GRANDE DO NORTE	127	52	91	54	87	48	48	60	70
PARAIBA	125	41	-	-	88	-	34	-	-
PERNAMBUCO	918	31	368	732	376	115	113	31	120
ALAGOAS	150	62	10	-	159	-	36	-	-
SERGIPE	186	-	160	50	30	-	-	-	-
BAHIA	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
MINAS GERAIS	811	76	-	-	64	-	-	-	-
T O T A L	3 262	546	1 412	1 030	1 319	404	337	221	225

QUADRO 9-A -- METAS PARA CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NOS
DEMAIS ESTADOS DO BRASIL. PLANO OPERATIVO DE 1980

ESTADOS	MÓDULO BÁSICO					NÍVEL REGIONAL		NÍVEL CENTRAL	
	TREINAR		RECICLAR			RECICLAR		RECICLAR	
	E	M	E	M	S	M	S	M	S
AMAZONAS	141	-	181	12	-	-	-	-	-
PARÁ	480	187	403	103	155	3	20	-	15
ACRE	17	2	21	25	17	-	19	-	-
RORAIMA	16	-	79	7	16	-	2	4	4
RONDÔNIA	194	48	72	65	125	12	9	10	50
AMAPÁ	10	-	20	-	2	-	1	5	5
MATO GROSSO	105	75	102	102	44	30	15	-	30
MATO GROSSO DO SUL	135	76	68	34	-	-	24	-	-
GOIÁS	151	42	154	36	149	30	30	10	10
SÃO PAULO	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
RIO DE JANEIRO	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
ESPIRITO SANTO	534	106	272	-	-	75	-	-	186
PARANÁ	590	-	30	-	-	114	95	-	30
SANTA CATARINA	111	258	-	338	364	-	48	93	16
RIO GRANDE DO SUL	40	369	-	-	653	201	142	31	213
DISTRITO FEDERAL	390	-	117	546	624	-	40	-	-
SUBTOTAL	2 914	1 163	1 519	1 323	2 149	465	445	153	459
TOTAL BRASIL	6 176	1 709	2 931	2 353	3 468	870	782	374	684

QUADRO 10 - RECURSOS FINANCEIROS PARA O PROGRAMA DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE POR FONTE NOS ESTADOS DO NORDESTE. PLANO OPERATIVO DE 1980. (Em Cr\$ 1 000,00)

FONTE ESTADOS	TOTAL DE RECURSOS PARA A REDE DE SERVIÇOS BÁSICOS	TESOURO DO ESTADO (ORÇAMENTO)	INAMPS PROPOSTO Manutenção	PIASS (ALOCADOS)	PIASS/FAS (ALOCADOS)	MS + INAN (ALOCADOS)	OUTROS
MARANHÃO	341 295	86 500	55 842	25 000	50 000	82 345	41 608
PIAUÍ	454 905	100 000	80 000	25 000	50 000	125 576	74 329
CEARÁ	532 071	115 723	135 565	25 000	45 000	164 907	45 876
RIO GRANDE DO NORTE	559 324	128 126	229 738	25 322	50 000	77 413	48 725
PARAIBA	499 450	178 200	100 704	25 000	40 000	115 010	40 536
PERNAMBUCO	752 830	86 041	202 900	32 000	95 000	295 355	41 534
ALAGOAS	308 172	78 071	84 946	30 423	40 000	74 732	-
SERGIPE	201 211	89 808	16 800	15 000	35 000	42 169	2 424
BAHIA	943 442	.....	388 728	84 000	135 000	305 714	30 000
MINAS GERAIS	1 998 595	1 226 250	372 800	108 060	60 000	84 576	146 900
T O T A L	6 591 295	2 088 719	1 668 023	394 805	600 000	1 367 797	471 951

QUADRO 10-A - RECURSOS FINANCEIROS PARA IMPLANTAÇÃO/MANUTENÇÃO
DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, RECURSOS TOTAIS E POR
FONTE DE FINANCIAMENTO PARA 1980. (Em Cr\$ 1 000,00)

FONTE ESTADOS	TOTAL DE RE- CURSOS PARA A REDE DE SER- VIÇOS BÁSICOS	TESOURO DO E S T A D O (ORÇAMENTO)	INAMPS PROPOSTO Manutenção	PIASS (ALOCADOS)	PIASS/FAS (ALOCADOS)	MS + INAN (ALOCADOS)	O U T R O S (ALOCADOS)
AMAZONAS	686 499	239 678	199 657	30 000	-	68 808	128 356
PARÁ	476 819	239 552	40 000	35 000	-	128 389	33 878
ACRE	291 224	14 042	12 533	10 000	-	24 672	229 977
RONDÔNIA	215 619	126 103	9 940	14 000	-	20 472	45 104
RORAIMA	62 119	24 132	12 167	5 000	-	9 140	11 680
AMAPÁ	60 051	25 345	2 133	10 000	-	18 323	4 250
MATO GROSSO	386 805	211 720	15 500	25 000	-	40 122	94 463
MATO GROSSO DO SUL	420 458	289 047	61 853	45 000	-	24 558	-
GOIÁS	337 303	116 811	73 537	70 000	-	75 158	1 797
ESPIRITO SANTO	433 302	259 252	60 768	40 600	-	43 901	28 781
SÃO PAULO	8 328 908	8 176 912	.....	14 000	-	110 333	51 663
RIO DE JANEIRO	677 321	486 951	14 589	6 000	-	82 129	87 652
PARANÁ	524 996	384 921	.....	14 000	-	101 600	24 475
SANTA CATARINA	523 666	287 450	6 155	6 000	-	56 686	167 375
RIO GRANDE DO SUL	739 039	365 527	158 486	17 340	-	72 891	124 795
DISTRITO FEDERAL	703 659	238 673	247 170	30 000	-	18 941	168 875
S U B T O T A L	14 871 788	11 486 116	914 488	371 940	-	896 123	1 203 121
TOTAL BRASIL	21 463 083	13 574 835	2 582 511	766 745	600 000	2 263 920	1 675 072

MODELOS DE SERVIÇOS BÁSICOS E SUA ARTICULAÇÃO COM OS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

MARLOW KWITKO

Secretário de Serviços Médicos
Ministério da Previdência e Assistência Social

Em nosso entendimento, uma estruturação de serviços básicos que melhor se enquadraria às necessidades de nossa população seria constituída de dois modelos fundamentais, no que se refere à prestação de serviços de saúde às pessoas:

MODELO I - Em áreas rurais, carentes de assistência médico-sanitária

Funções: atendimento elementar.

Agentes: auxiliares de saúde, treinados e supervisionados permanentemente por profissionais de saúde de nível superior.

Locais: postos de saúde ou dependências cedidas pela comunidade.

MODELO II - Em áreas urbanas, que já dispõem de estrutura de assistência médico-sanitária

Funções: atendimento profissional indiferenciado e elementar.

Agentes: médicos gerais, enfermeiros, odontólogos, laboratoristas, auxiliares de saúde, pessoal administrativo.

Locais: postos ou centros de saúde; unidades mistas; hospitais gerais localizados onde não existem recursos ambulatoriais.

Por outro lado, a articulação dos serviços básicos com os demais níveis de atendimento pode ser visualizada a partir do esquema anexo (figura 1) onde está representada a hierarquização do atendimento ambulatorial e hospitalar. Um dos princípios básicos da hierarquização, conforme se vê no esquema, é o de que cada nível ambulatorial de atendimento contenha sempre todos os menos hierarquizados, com o objetivo de racionalizar a assistência à população, facilitando seu acesso, sempre através de atendimento básico. Nesse mesmo sentido, pode ser necessária a existência de atendimento básico em determinados hospitais localizados em áreas desprovidas de serviços ambulatoriais.

Outros aspectos importantes, complementos da hierarquização, são os demais componentes do princípio da regionalização, indispensável para organizar o sistema de saúde, a saber:

- **Suficiência:** a região deve conter, dentro de seus limites, os serviços necessários à atenção da quase totalidade das necessidades de saúde da população.
- **Economia:** conjunto de características ou princípios que permitem a racionalização das atividades de atendimento e do uso dos recur-

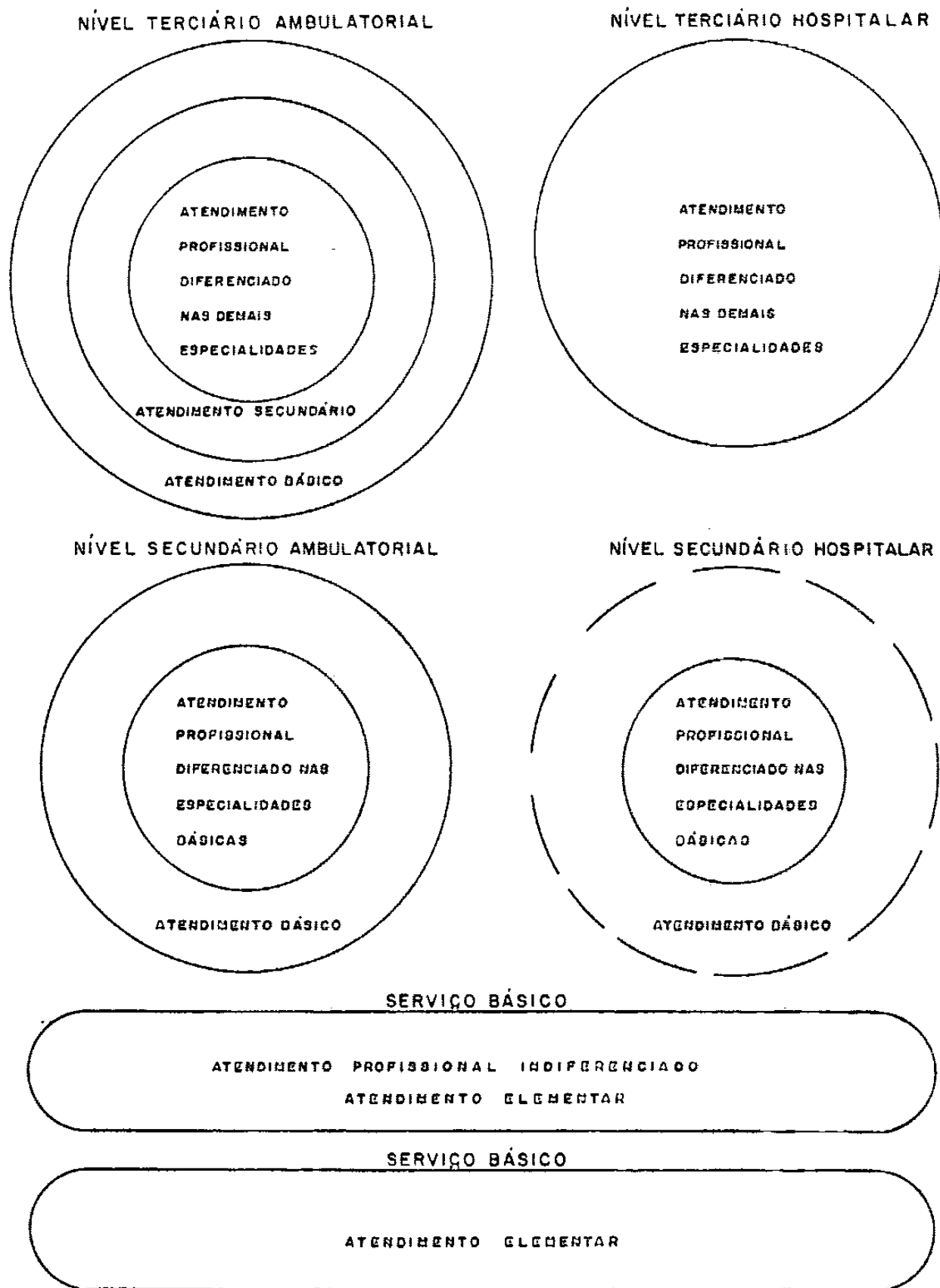


Figura 1 – Serviços de saúde: níveis hierárquicos.

tos, aumentando-lhes a eficiência (inclui-se aqui a própria hierarquização).

- Integração: de atividades de saúde e de estabelecimentos; de instituições (coordenação e articulação funcional); dos serviços de saúde na comunidade.
- Desconcentração: da execução de serviços e de funções administrativas.
- Descentralização: de funções de decisão.
- Flexibilidade: para permitir sua adequação permanente à evolução das condições de saúde e sócio-econômicas da região.

A padronização de condutas (profiláticas, diagnósticas e terapêuticas), de medicamentos e equipamentos, bem como a adoção de sistemas eficientes de supervisão, informação, avaliação e abastecimento, são fundamentais, tanto para a definição precisa das fronteiras de atuação de cada nível, como para a dinâmica do sistema, no sentido de se obter produtividade e resultados melhores possíveis.

É importante também atentar para algumas das principais distorções que podem se verificar no processo de articulação entre os diversos níveis, no sentido de evitá-las e/ou corrigi-las:

- Baixa capacidade resolutiva, em especial da rede de serviços básicos, determinando excesso de referência de casos aos demais níveis, principalmente à rede hospitalar. Trata-se de uma distorção extremamente grave, uma vez que a expansão de cobertura à população poderá, nesse caso, gerar uma demanda hospitalar, além de desnecessária, incapaz de ser custeada com os recursos disponíveis. Para que isso não ocorra, além de todas as medidas organizacionais já citadas, pode ser importante a criação de um plano de carreira, com tempo integral, para os recursos humanos da rede de serviços básicos.
- Acesso direto da população aos níveis secundário e terciário, como já ocorre atualmente. A solução para isso é de caráter organizacional, através de supervisão, avaliação e auditoria.
- Dificuldades de acesso da população encaminhada, através dos serviços básicos, aos

demais níveis, por deficiências de transporte, falta de vagas em hospitais, etc. Uma regionalização adequadamente estabelecida, bem como um eficiente entrosamento entre o setor ambulatorial e o hospitalar poderão minimizar esta distorção.

Deve-se ainda enfatizar que, ao setor público, como gestor da quase totalidade dos recursos aplicados em saúde no País, cabe orientar todo o processo de relacionamento entre os níveis hierárquicos de atendimento, tarefa essa que exigirá um significativo esforço, no sentido de superar dificuldades, tais como: 1) organizar o sistema de saúde em um país de grandes dimensões e com prioridades regionais diversas; 2) coordenar a atuação de todos os demais setores que atuam no sistema (privado, filantrópico, etc.); 3) definir as responsabilidades de cada um destes componentes do sistema de saúde, através da regulamentação de modalidades assistenciais, bem como estabelecer uma programação precisa para cada um dos níveis hierárquicos de atendimento, a começar pelos serviços básicos; etc.

Por último, um aspecto não menos importante, a exigir uma perfeita articulação entre os serviços básicos e os demais níveis de atendimento, é o fato de que este sistema parece constituir-se, em tese, no único caminho viável para ampliar a cobertura assistencial, desafogar a demanda e, simultaneamente, possibilitar à população inteira o acesso a todos os níveis, de modo que, indiscriminadamente, todos possam usufruir dos conhecimentos e tecnologia que a ciência oferece, em benefício da saúde. Para tanto, repita-se, é fundamental a questão tática de que o acesso direto ao sistema de saúde seja rigorosamente feito através dos serviços básicos, admitindo-se como exceção as emergências, as quais, dependendo da complexidade, poderão inclusive ser atendidas nos serviços básicos. Isto, no entanto, pressupõe uma capacitação deste primeiro nível para resolver a maioria dos problemas de saúde que a ele demandarem, com o que ficariam liberados recursos capazes de proporcionar o atendimento dos casos não solucionados, nos níveis de maior complexidade assistencial.