

4265

PL 17

SECRETARIA DE SAUDE
BRASIL

GRUPO DE TRABALHO DE SAUDE E MEIO AMBIENTE

PEDRO SIMON

PLANO DE GOVERNO

Moisés

Este trabalho é uma proposta integrada de saúde e meio ambiente, em consonância com a proposta do Sistema Único de Saúde.

Em nenhum momento se pretende verdade imutável, uma vez que foi elaborado ao longo do amplo debate do setor saúde que vem ocorrendo a nível nacional durante o último ano.

Como toda proposta progressista de mudança, está sujeito a revisões, bem como a entradas de interesses outros que não a saúde da população.

Procuramos elaborá-lo com o máximo cuidado crítico das propostas apresentadas e tentando torná-las sempre operacionais e realizáveis.

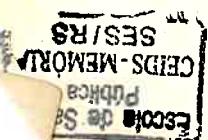
Não está acabado, por ser um processo. Além disto alguns tópicos, por suas especificidades, necessitam aprofundamento, o que será realizado a partir da data de entrega deste documento.

Agradecemos especialmente ao Dr. Sérgio Arouca e a todos os companheiros que se dispuseram a trazer seu apoio no encontro realizado em Porto Alegre com o Senador Pedro Simon, e aos autores dos inúmeros textos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária que, com sua experiência e sabedoria, vêm contribuindo para o avanço democrático em nosso país.

Agradecemos também a todos os que de alguma forma colaboraram para efetivação desta proposta de governo (listamos em anexo).

APRESENTAÇÃO

86-17



O trabalho foi elaborado em equipe e por equipes. Na coordenação participamos com a socióloga Lúcia Silva e Silva. Na leitura, discussão, diagnóstico, elaboração de propostas e redação final, além da coordenação, participou a socióloga Maria Baumgarten Corrêa.

A Dra. Maria Ceci Misoczky e o Dr. Gilberto Padilha de Vargas prestaram inestimável colaboração em todas as áreas estudadas.

Os Drs. Rogério Pires, Maria de Fátima Marques da Silva e Elba Virgínia Pinto também frequentaram esta equipe.

A área de saúde bucal foi elaborada pelos Drs. Djalmo Sanzi Souza, Carlos Franco Neto, Rogério Dalglio Pires, Cláudio B. Dalla Coletta, Cláudia R. Machado e Denise P. Chagas-telles.

A área de meio ambiente contou com a colaboração importante e significativa do Prof. Dr. Luiz Carlos Pinheiro Machado, do Dr. Jair Sarmiento da Silva e Dr. Edgar Henrique Klover, além da diária presença dos companheiros do Departamento de Meio Ambiente: Tupy Feijó Neto, Marco Aurélio Ramalho Correa, Paulo Paliavona, Marisa Notari Bortoncello e Assis Pedro Perin Piccini.

Queremos ainda citar e agradecer aos companheiros dos Grupos de Trabalho do Saneamento, Desenvolvimento Urbano, Trabalho, Educação e Agricultura, e a Comissão de Saúde dos Prefeitos, possibilitando o surgimento de uma proposta integrada para o Governo Pedro Simon, bem como ao Dr. Cláudio Accurso que coordena os trabalhos do Plano de Governo. Agradecemos a dedicação e desprendimento das secretárias Profa. Bernadete, Leocádia e Marcia, bem como das datilógrafas.

Agradecemos, por fim, ao nosso Governador Pedro Simon pela sua sensibilidade, abertura e iniciativa em promover condições para que este amplo debate em torno das questões fundamentais de seu futuro governo pudesse se concretizar e, sendo assim, através deste canal esperamos ter podido prestar ao povo do Rio Grande do Sul e ao PMDB mais uma contribuição técnica e política. Agradecemos sobretudo ao nosso Governador por mais uma vez demonstrar e exercitar o espírito democrático que sempre norteou seu comportamento.

Porto Alegre, 28 de Janeiro de 1987.

Dra. Angela B. Pinheiro Machado

Coordenação do Grupo de trabalho da

Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente.

GRUPO DE TRABALHO DA SECRETARIA DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE

Participantes em saúde e meio ambiente:

Maira Baumgarten Corrêa, socióloga.

Gilberto Padilha de Vargas, médico sanitarista.

Maria Ceci Mizockzy, médica sanitarista.

Rogério Pires, odontólogo.

Maria de Fátima Marques da Silva, médica sanitarista.

Elba Virgínia Pinto, médica sanitarista.

Djalma Sanzi Souza, odontólogo.

Fernando do Canto, médico.

Alceu Alves da Silva, contador e administrador hospitalar.

Participantes em meio ambiente:

Rupy Feijó Neto, economista.

Marco Aurélio Correa, administrador de empresas.

Assis Pedro Piccini, químico.

Márisa Bortoncello, engenheiro-químico.

Paulo Fallavena, químico.

Coordenação:

Lúcia Silva e Silva, socióloga sanitarista.

Angela B. Pinheiro Machado, médica.

COLABORAÇÕES RECEBIDAS (orais ou por escrito)

Dr. Luciano Todeschini
Dr. Ellis D'Arrigo Busnello
Dr. Sérgio Luiz Bassanesi
Dr. Carlos Franco Costa Neto
Dr. Danilo Rolim
Dr. João Werner Falk
Dr. Sérgio Benito Macagnini
Dr. Silvano Kocha Netto
Dr. Litvin
Dr. Jacques Fainy Luz
Dr. Lucio Spier
Dra. Nora Regina Pesce Fork
Dr. Paulo Viana
Dra. Maria Inês Azambuja
Dr. Romeo Baldissera
Dr. Osmar Terra
Dr. Claudio Dalla Coleta
Dra. Cíjlia R. Machado
Dra. Denise Chagas Welles
Dra. Regina De Marco Ferreira
Dr. Narciso Isaias
Dr. Nestor Borba
Dr. Jair Sarmiento da Silva
Dr. Luiz Carlos Pinheiro Machado
Dr. Edgar Klover
Diretoria do IPB
Beatriz Ely Duarte
Eunice Focchi

1 - POLÍTICA DE SAÚDE E ESTRUTURA DA SSMA

1 - INTRODUÇÃO

2 - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

2.1. Quadro Geral

2.2. Ações Integradas de Saúde

2.3. Reforma Sanitária

3 - POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

4 - ESTRUTURA E OPERACIONALIZAÇÃO

4.1. Estrutura atual

4.2. A nova estrutura

4.2.1. Competências da Secretaria

4.2.2. Estrutura

4.2.2.1. Assessoria de Planejamento

4.2.2.2. Escola de Saúde Pública

4.2.2.3. Diretoria de Atenção à Saúde

4.2.2.4. Diretoria de Meio Ambiente

4.2.2.5. Diretoria de Apoio à Saúde Pública

5 - PROPOSTA DE FINANCIAMENTO DO SETOR

6 - REGIONALIZAÇÃO

7 - DESENVOLVIMENTO DA ESTRUTURA

7.1. Diretoria de Atenção à Saúde

7.1.1. Organização dos Serviços de Saúde

7.1.1.1. Laboratórios da Rede

7.1.1.2. Política de Ações Básicas

7.1.1.2.5. Atenção à Saúde Bucal

7.1.1.3. Hospitais da Rede

7.1.2. Hemocentro

7.2. Diretoria de Apoio à Saúde Pública

7.2.1. Instituto de Pesquisas Biológicas

7.2.2. Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul

Rio Grande do Sul

7.2.3. Departamento de Epidemiologia Social

7.3. Escola de Saúde Pública

11 - PROPOSTAS PARA OS PRIMEIROS 180 DIAS

1 - MEDIDAS DE IMPACTO

2 - OS PRIMEIROS 180 DIAS

- 2.1. Instalação da Comissão Estadual da Reforma Sanitária e Comissão Distrital da Reforma Sanitária.
- 2.2. Implantação de um Sistema Estadual de Informações em Saúde e Meio Ambiente.
- 2.3. Desenvolver Planejamento Centralizado a partir das informações coletadas regionalmente e localmente.
- 2.4. Descentralização Administrativa.
- 2.5. Capacitação de Recursos Humanos.
- 2.6. Incentivo à Pesquisa.
- 2.7. Incentivo à Produção.
- 2.8. Rede de Serviços.
- 2.9. Rede de Laboratórios de Saúde Pública e Meio Ambiente
- 2.10. Saneamento Básico.
- 2.11. Valorização Profissional
- 2.12. Hospitais.
- 2.13. Escola de Saúde Pública.
- 2.14. Ações básicas de Saúde
- 2.14.1. Saúde da Mulher - PAISM
- 2.14.2. Saúde mental
- 2.14.3. Saúde do Idoso
- 2.14.4. Saúde da Criança
- 2.14.5. AIDS
- 2.14.5. Saúde do Trabalhador

- 2.15. Levantamento ambiental.
- 2.16. Integração Inter-setorial.
- 2.17. Departamento de Perícia Médica.
- 2.18. Convênios.
- 2.19. Outras propostas
 - 2.19.1. As clientelas especiais.
 - 2.19.2. Integração do DMA com a Secretaria da Justiça.

1 - POLÍTICA DE SAÚDE E ESTRUTURA DA SSMA

I - INTRODUÇÃO

Saúde reflete as condições de vida objetivas, originando-se em uma esfera que transcende à simples oferta e consumo de serviços médicos. Neste sentido, saúde expressa qualidade de vida de uma população em um determinado tempo e espaço, implicando indagação permanente sobre seus determinantes políticos, econômicos, sociais e culturais. Assim, qualquer política de saúde deve necessariamente levar em conta educação, saneamento básico, habitação, emprego, meio ambiente, alimentação, lazer, etc. E, portanto, imprescindível sua articulação às áreas que a condicionam em busca de uma ação integrada e embasada na realidade social e institucional.

O nível de saúde de um povo é a resultante de seu desenvolvimento sócio-econômico.

A configuração atual da realidade política brasileira permite pensar e planejar a área social e, especificamente, a saúde, da forma descrita acima.

Após mais vinte anos de hegemonia dos setores políticos e econômicos que nos levaram ao caos econômico, social e institucional com que nos deparamos hoje, vivemos agora um período que abre novas perspectivas em termos de avanços sociais e da possibilidade de um planejamento em novas bases e passível de ser executado.

A vitória recente, nas últimas eleições, de representantes de setores progressistas da Sociedade Brasileira para os governos de muitos estados, bem como para a Constituinte, conferiu ao debate de alternativas para o Sistema de Saúde uma base política de peso, viabilizando o projeto de uma ampla Reforma Sanitária.

2.1. Quadro Geral

O quadro atual de saúde no Brasil revela um emaranhado de institucional público e privado que responde a uma lógica de interesses políticos e econômicos bem determinados e configurados como total irracionalidade "... na absurda pulverização dos recursos, fragmentação e sobreposição das ações, para o que contribui a ausência de comunicação entre os vários níveis do sistema, sobretudo no que diz respeito aos mecanismos de referência e contra-referência entre as várias instituições de saúde".¹

As políticas sociais, ao longo dos anos de ditadura, curvaram-se aos interesses econômicos e particularistas da fração hegemônica no comando da nação. Essas políticas foram per-

petadoras das desigualdades, oferecendo programas compensatórios que têm como objetivo reduzir os efeitos adversos num país de desenvolvimento desequilibrado e selvagem.

O grande desafio da transição democrática na política da saúde é superar seu caráter compensatório, estabelecendo um patamar de cidadania que esteja vinculado à conquista de direitos sociais universais. O contrário significará regressar ao assistencialismo, legitimar condições de pré-cidadania e reafirmar o direito discriminatório à saúde.

A herança do autoritarismo na área da saúde é uma política que promoveu o sucateamento das instituições públicas de saúde no país, favorecendo a fraude e a baixa qualidade dos serviços oferecidos. Tal situação não poderá ser revertida no âmbito do atual arcabouço institucional e dos instrumentos jurídicos existentes.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que reuniu mais de cinco mil pessoas do setor e da sociedade civil organizada, redefiniu a política nacional de saúde, visando fundamentalmente superar o atual caráter compensatório, reconhecendo a saúde como dever do Estado e direito do cidadão. Foram lançadas, na Conferência, as bases de uma ampla Reforma Sanitária que possibilita a efetivação da proposta central de fortalecimento dos Estados e Municípios a partir da integração, sob comando único das diferentes instituições de saúde, promovendo a universalização do acesso aos serviços de saúde.

Inequivocamente, os rumos da política nacional de saúde definiram-se desde a instalação da Nova República. As "Ações Integradas de Saúde" (AIS) passaram de programa secundário e restrito e experiências municipais esparsas a estratégia de transição para o "Sistema Único de Saúde", espaço importante para a consolidação da luta pela Reforma Sanitária.

2.2. Ações Integradas de Saúde

Por "Ações Integradas de Saúde" entende-se a conjugação de recursos humanos, materiais e financeiros das instituições de saúde, geridos e programados à luz de diretrizes que redefinem os próprios papéis institucionais:

- Universalização e equalização do atendimento à saúde;

- Descentralização na gestão dos serviços;

- Integração interinstitucional entre vários órgãos existentes e entre os vários níveis de atenção;

- Definição de uma política de recursos humanos e de ciência e tecnologia;

- Desenvolvimento de formas de participação de profissionais e usuários na gestão dos serviços de saúde.

As AIS partem, portanto, de uma visão globalizante de atendimento do indivíduo como um todo. Fazem parte, basicamente de uma política democrática e descentralizadora, na medida que atribuem a cada município a responsabilidade e a oportunidade de planejar e gerenciar os programas de saúde a partir de suas necessidades.

A gerência das AIS, nos vários níveis, está estruturada através de comissões que constituem instâncias de planejamento, gestão e acompanhamento:

- CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação:

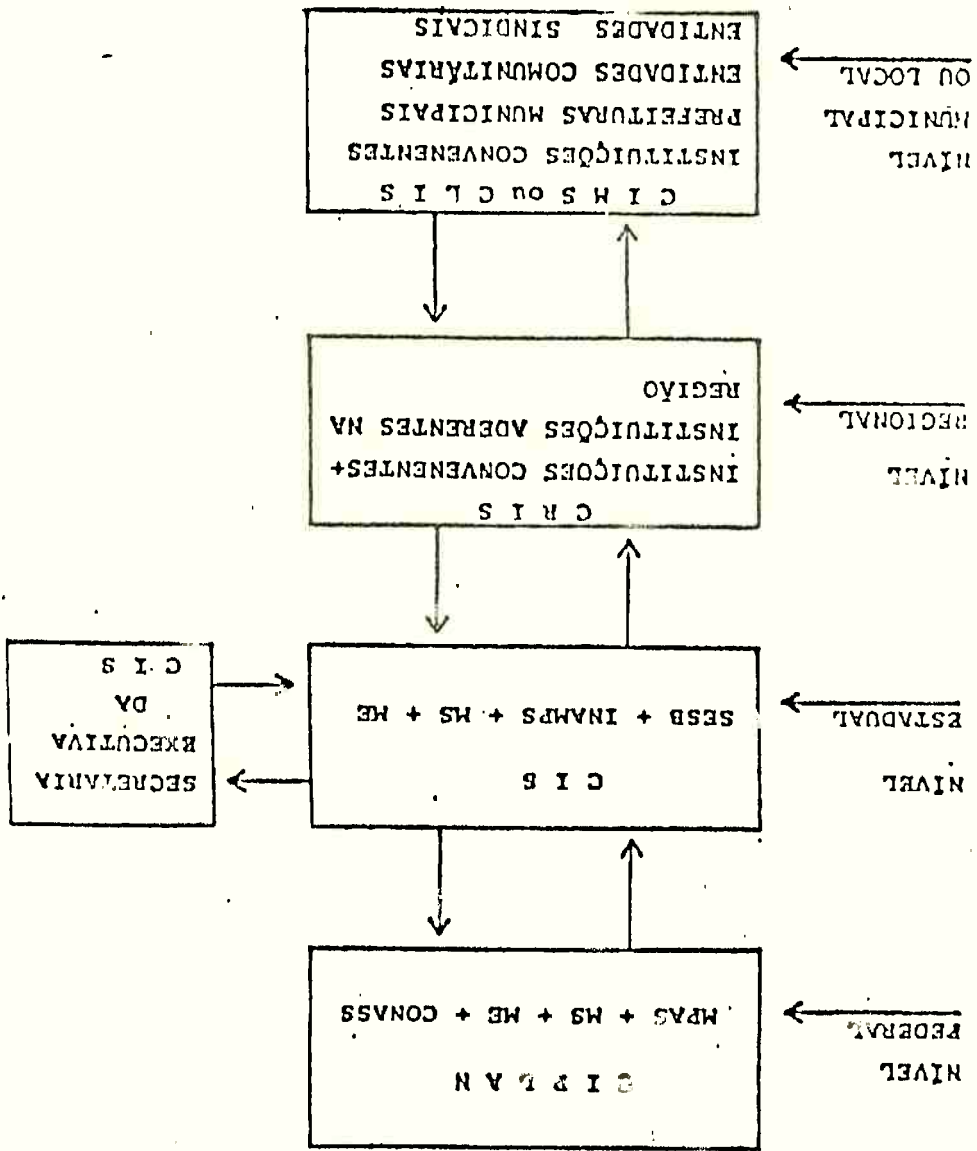
. Constituída, a nível federal, por representantes do MPAS, MS, MB e CONASS (Comissão Nacional de Secretários de Saúde);

. Fornece normas e diretrizes às Instituições Federais e faz acompanhamento a nível nacional da AIS.

- CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde:

. Constituída pelo Secretário de Saúde do Estado, Su-

- perintendente Regional do INAMPS, Representantes do ME e MS;
- Define e zela pela efetivação da política estadual de saúde;
 - Promove a integração entre as instituições envolvidas, tanto em estabelecimento de programas como na utilização de recursos físicos e financeiros;
 - Assegura a participação dos municípios nos níveis correspondentes;
 - Busca estratégias para efetivação dos princípios que norteiam a aplicação da AIS.
- Secretaria Executiva da CIS:
- Constituída por elementos das várias instituições envolvidas com a função de orientar, acompanhar e avaliar a implantação e implantação das AIS, pro-postas pela CIS.
- CRIS - Comissão Regional Interinstitucional de Saúde:
- Constituída por representantes das Instituições e da comunidade organizada, a nível regional;
 - Coordena a estruturação e análise as necessidades da expansão dos serviços de saúde em sua área de abrangência.
- CIMS/CLIS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde/Comissão Local Interinstitucional de Saúde:
- Constituída por representantes das Instituições e da Comunidade Organizada, a nível local;
 - Busca a organização do Sistema Municipal de Saúde, regionalizado, de modo a se obter o melhor aproveitamento dos recursos de saúde da localidade, no sentido de atingir os objetivos das AIS.



- Estrutura Funcional:

2.3. Reforma Sanitária

Atendendo à recomendação da VIII Conferência Nacional de Saúde, constituiu-se, através de Portaria Interministerial (Ministério da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação), a Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Esta comissão é representativa de diferentes setores da sociedade brasileira e do Estado, e tem a incumbência de formular propostas para estabelecer as diretrizes para uma nova ordem jurídica e institucional do sistema de saúde no país. Serão assim criadas as condições para aprofundar o processo que já foi desencadeado e vem se ampliando em resposta às crescentes pressões pela universalização do acesso aos serviços de saúde.

Em seu sentido mais abrangente, a Reforma Sanitária deve ser entendida como um processo político de conquistas em direção à democratização da saúde, sendo imprescindível, no entanto, desde já, definir um novo arcabouço institucional para o Sistema Nacional de Saúde que propicie, a partir de bases adequadas de financiamento, uma nova configuração dos serviços de saúde ao nível local, uma nova relação com o usuário.

Para tanto será necessária a redefinição das relações entre os serviços públicos e privados. Este processo começa pelo acesso das CIMS a mecanismos de controle dos serviços prestados pelo setor privado, pela transparência de alocação de recursos e pela flexibilidade para redimensionar tais serviços de acordo com a necessidade da população.

Isto requer uma alteração profunda na qualidade de intervenção do Estado, que até hoje concorre para uma total eliminação do risco empresarial, através de financiamentos do FAS para hospitais e ambulatoriais, a juros subsidiados, cuja oferta de serviços era absorvida através de convênios e contratos com a Previdência Social.

É a renovação de tais privilégios e distorções que alguns grupos, com fortes interesses na área da saúde, apresentam falsamente como um avanço da "estatização". Os interesses

clientelistas que ainda hoje permitem a oferta de serviços de saúde em nosso país tornam essa área uma intrincada trama de privilégios e abusos. Assim, uma Reforma Sanitária eficaz não se concretiza como um processo indolor, pois remove privilégios e distorções incrustados na estrutura de poder de uma Sociedade, reafirmando a cidadania.

A Reforma Sanitária pressupõe que:

• "A saúde seja entendida como um processo resultante das condições de vida e a atenção à saúde não se restrinja à assistência médica, mas a todas as ações de promoção, proteção e recuperação.

• A saúde seja um direito de todos e um dever do Estado, assegurados constitucionalmente, daí decorrente a natureza social das ações e serviços de saúde subordinados ao interesse político.

• O setor de saúde seja organizado e redimensionado, de forma a permitir o acesso universal e igualitário de toda a população a todas as ações e serviços necessários, dentro do conhecimento e tecnologia disponíveis." ²

São princípios finalísticos da Reforma Sanitária:

• a universalização: que consiste em estender o acesso à saúde a toda a população, através do setor público ou privado por ele controlado, independente dos vínculos de contribuição ou das condições sócio-econômicas dos indivíduos;

• a equidade: que consiste em que esse acesso não seja feito através de constituição de clientela, mas sim que todos tenham direito aos mesmos serviços em todo o país, independente da vinculação funcional da posição social na hierarquia ocupacional ou do local de moradia ou trabalho;

• a integralidade: que consiste em conceber a saúde em seu sentido mais amplo, o que pode ser definido pela incorporação da assistência médica, saúde pública, vigilância epidemiológica-sanitária, distribuição de medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, cuidados à saúde do trabalhador, medidas de saneamento básico e controle ambiental, tudo isto numa perspectiva integrada ao nível da rede de serviços.

A Reforma Sanitária orienta-se pelos seguintes princípios estratégicos:

- **Integração Institucional:** com comando único em cada esfera de governo, o que implica a constituição de um sistema único de Saúde em âmbito nacional;

- **Regionalização:** criação de condições técnicas, políticas e financeiras para que cada localidade possa desenvolver e prestar, com autonomia, um patamar de ações de saúde, na perspectiva da integralidade, adequadas a um dado perfil sócio-epidemiológico da região, com um nível satisfatório de resolução;

- **Hierarquização:** definição de competências entre os serviços de saúde dadas pelo nível de complexidade tecnológica inerente a cada uma das esferas no desempenho das ações;

- **Distritalização:** unidades locais técnico-administrativas de menor tamanho na concepção do novo sistema. Esta unidade operacional básica tem responsabilidade definida sobre uma dada população residente em uma determinada área, quanto às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, voltadas tanto para as pessoas quanto para o meio. Não se trata de pensar os distritos sanitários como a regionalização das Ações Integradas de Saúde, mantendo as restrições institucionais atualmente existentes.

Trata-se de utilizar a nova correlação de forças nos estados para, utilizando a importante experiência acumulada das AIS, colocá-las em novas bases, assegurando a efetiva integração das ações. Na conformação do distrito sanitário deve estar presente o critério da resolutividade, ou seja, a busca de que esse nível de atenção se qualifique para equacionar autonomamente a maior quantidade possível das questões de saúde que aí se apresentem.

- **Gestão colegiada:** como instrumento básico tanto da articulação entre os interesses das várias esferas do Governo como da participação dos vários segmentos sociais na formulação e controle da política e das práticas institucionais.

A partir desses princípios organizativos gerais tor-
na-se essencial a participação dos estados e municípios à luz
das condições específicas de cada região do país, permitindo a
consolidação dos Planos Estaduais da Reforma Sanitária.

Aos estados cabem a coordenação entre os municípios
com base em uma Política Estadual de Saúde.

Para pensar a Política Estadual de Saúde e Meio Ambiente, é necessário repassar brevemente a situação atual da saúde no estado e analisar o papel da SSMA na condução do setor no Rio Grande do Sul.

Durante os últimos vinte anos a condução do país, a nível de política econômica, levou a uma deterioração crescente da saúde da população.

Para compensar os agravos à saúde, decorrentes dessa política, os órgãos do estado passaram a promover programas destinados a repor, através de técnicas curativas e ações preventivas, o que é retirado da população pelo arrocho salarial, mas condições de habitação, de saneamento e ambientais.

O Rio Grande do Sul foi o pioneiro na implantação de um modelo de assistência à saúde que, através da concentração de recursos em um conjunto restrito de tecnologia de alto impacto na mortalidade e de baixo custo, exercitou uma simplificação na atenção à saúde, implementando programas que contradizem os princípios democráticos ao reconhecer que, para cidadãos e regiões tidas como de segunda categoria, deve se ofertar uma prática médica e assistencial também de segunda categoria.

Até 1985 existiu uma duplicidade de ações entre os diversos órgãos envolvidos com a saúde, principalmente SSMA e INAMPS. Este último impondo política privatista, priorizando e repassando recursos aos agentes prestadores de serviços assistenciais privados e beneficiando os produtores internacionais de insuños. Ao INAMPS cabia a grande fatia do bolo - a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar - na sua maioria em forma de convênios e repasses a entidades privadas. Por todos estes anos o dinheiro público alimentou os órgãos privados de assistência à saúde, mais interessados em

seu próprio lucro que na melhoria das condições de saúde da população assistida.

À SSMA cabia o papel de atender aquela população à margem da previdência social, marginalizada, carente, de forma a aliviar a grande tensão social existente.

Nesta linha foi, por exemplo, a denominada "estratégia de sobrevivência infantil" que, utilizando para populações de baixa renda a terapia de hidratação oral, o controle do crescimento e o desenvolvimento das crianças, o incentivo à amamentação materna, imunização em larga escala a suplementação alimentar, propõe-se a reduzir significativamente a mortalidade infantil.

Estas ações são necessárias à promoção da saúde. O que ocorre é que a forma como elas estão colocadas dentro do sistema denuncia uma falsa questão. Não podemos mais estabelecer programas estanques, precisamos é concretamente propor medidas que contribuam para a resolução dos problemas sociais.

Sua insuficiência, porém, se configura em seu caráter parcial e na própria ineficiência com que foram empreendidas, que se expressa nos baixos níveis de vacinação de rotina obtidas e no alcance restrito das práticas educativas. Efetua-se ao mesmo tempo toda uma montagem de índices destinados a provar a eficiência dos programas e ações desenvolvidos.

Por outro lado sabe-se que este sistema assistencial tem limites claros que se esgotam juntamente com a capacidade de resistência das populações às alterações econômicas e ambientais profundas que se introduziram no estado nos últimos anos, desmontando-se a propalada eficiência da SSMA, exatamente no governo que agora entra.

Portanto, o sistema proposto pelas administrações da SSMA, ao invés de defender os interesses da maioria da população, foi uma proposta racional que visou fundamentalmente alinhar a relação custo-benefício com atendimento amplo, de baixo

custo e qualidade, em consonância com a política das instituições estatais da velha república, centralizando poder e decisões por órgãos técnicos estratégicos.

Assumiu também caráter campanhista (campanhas de saúde) no sentido de atingir objetivos imediatistas e paternalistas, sem planejamento, sem controle social das ações, apenas postergando os problemas mais graves e colocando a saúde como "presente dado" pelo estado e não como um direito do povo.

As campanhas de vacinação, neste contexto, são o teste-munho claro da falência de uma proposta de atenção à saúde que prioriza os programas verticais em detrimento de uma atuação que tome como pressuposto a integralidade do indivíduo e se efetive a partir de um planejamento que leve em conta as necessidades e problemas locais.

A partir da Nova República, quando as AIS deixaram de ser programa e se colocaram como estratégia de reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), a SMA no Rio Grande do Sul, agora em desacordo político com a Superintendência Regional do INAMPS e a Delegacia Federal de Saúde (MS) - órgãos em mãos do PMDB - , não consegue operacionalizar e implantar efetivamente as AIS.

Desde 1985 o INAMPS e a DFS empreenderam esforços para promover as AIS, iniciando o processo de municipalização dos serviços de saúde através dos convênios com as prefeituras, encarregando-se de formar as primeiras CIMS. Este esforço, no entanto, é constantemente posto à prova pela impossibilidade de integração com a SMA que, com sua estrutura voltada para o próprio arcabouço institucional, não descentraliza o poder, a assistência e a administração e impede a continuidade do processo de descentralização das ações de saúde.

A SMA não pode boicotar de forma clara a proposta nacional (isto implicaria em perda de repasses de verbas), assim assume o discurso da política nacional de saúde, mas não a coloca em prática, pois no momento em que a nível nacional propõe-se uma nova forma de relacionamento com o setor privado e se coloca o caráter público, integral, universal e igualitário

Propomos um modelo universalizado, equalizado e organizado por níveis de atenção, ou seja, que garanta a qualquer pessoa, de qualquer localidade, através de sistemas de referência e contra-referência, o acesso a todos os níveis de complexidade tecnológica do sistema de saúde, desde que tecnicamente justificáveis.

Para alterar este quadro é necessário alterar as diretrizes e concepção da SSMA de forma a permitir que atue como órgão responsável pela coordenação e execução da Política Estadual de Saúde e Meio Ambiente.

- Falta de planejamento.
- Inexistência de uma eficaz estrutura de informações;
- Dualidade de ações, pulverização de funções, descalafamento administrativo;

Os principais problemas organizacionais gerados pela atuação da SSMA, considerando sua atual estrutura e vinculação política são:

Existente uma desigualdade qualitativa e quantitativa da infra-estrutura dos serviços oferecidos à população urbana e rural e entre regiões, que deve ser superada. Para isto o setor público deve ser tratado com uma nova estratégia que lhe tire a marca de ineficiente, ocioso, oneroso e irresponsável.

Seus programas, cada vez mais estanques, são dissociados das realidades locais e regionais do estado. O discurso e a proposta das Ações Integradas de Saúde, por exemplo, até hoje ainda não chegou a alguns departamentos como o IPB e o Departamento de Meio Ambiente.

dos serviços de saúde, a SSMA perde uma de suas atribuições políticas principais - a de controlar as tensões sociais dos grupos marginais - entrando em um "nada" administrativo e burocrático cada vez maior, o que levou a uma crescente deterioração da qualidade dos serviços de saúde da rede própria e aumento do clientelismo.

O distrito sanitário, módulo básico de atenção primária (postos de saúde, centros ambulatoriais de referência, hospital geral), deve coincidir com uma microrregião de saúde (que muitas vezes extrapolará os limites geográficos de um município) e sua área de jurisdição deve ser a que define o âmbito gerencial das Comissões Locais de Saúde (as até então CIMS). Desta forma, a primeira instância colegiada das AIS seria definida por critérios de prestação de serviços e resolatividade e não por critérios geográficos institucionais ou administrativos, tendo a gerência desse distrito maior autonomia.

Outro ponto implica em superar concretamente nos serviços a dicotomia entre "saúde pública" e "atenção médica".

Para tal é necessário mudar o relacionamento das instituições tradicionalmente prestadoras dos serviços.

A Comissão Estadual da Reforma Sanitária deverá gerenciar a participação de instituições filantrópicas e privadas, o que vai implicar numa reorientação das ações dessas organizações que não mais atuarão isoladamente.

Conseqüentemente, a normatização técnica das atividades de oferta organizada (por exemplo: atenção à saúde da mulher, atenção à saúde da criança, controle da tuberculose, atenção à saúde do trabalhador, etc.) se fará também sobre as instituições dos setores filantrópicos e privados que não mais serão um "locus" exclusivo de atenção à demanda espontânea, características do componente da "atenção médica".

O Governo Pedro Simon, em consonância com a Política Nacional de Saúde, redefine a Política Estadual de Saúde e Meio Ambiente, assumindo efetivamente a Reforma Sanitária.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) são a estratégia de transição para o Sistema Único de Saúde e, portanto, o espaço importante para a consolidação da Reforma Sanitária.

Esta estratégia, além de resolver os atuais problemas imediatos da conjuntura sanitária estadual, provocará uma ampla reforma conceptual e operacional nos serviços de saúde.

A Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente implantará e coordenará a Reforma Sanitária no Estado do Rio Grande do Sul.

Para a implementação desta primeira fase da Política Estadual de Saúde e Meio Ambiente, as diretrizes básicas são as seguintes:

1. Unificação do Sistema Estadual:

1.1. Articulação Federal-Estadual-Municipal com a ABMA em nível de prestação de serviços, repasse de recursos, planejamento, execução e fiscalização das ações;

1.2. Universalização e equalização - promovendo o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos e garantindo o entendimento de suas necessidades, das mais simples às complexas;

1.3. Descentralização - partindo das realidades locais e regionais, articular o município, o estado e a federação de forma a implementar a Política Estadual de Saúde e Meio Ambiente, superando assim a estrutura centralizada e verticalizada atual.

A autonomia implica necessariamente uma descentralização administrativa e operacional que atingirá a rede básica.

1.4. Municipalização - conferindo aos municípios a responsabilidade pelas ações de saúde. Estes devem ser devidamente assessorados e respaldados em suas necessidades técnicas, financeiras e de recursos humanos, de forma que possam promover satisfatoriamente a melhoria de seus níveis sanitários.

1.5. Hierarquização - organização dos serviços de saúde em níveis de complexidade crescente, de tal forma que os agravos à saúde mais simples sejam resolvidos a nível de unidade de saúde e aqueles encaminhados a hospitais gerais de referência especializado sejam encaminhados a hospitais gerais de referência, que por sua vez poderão encaminhar estes, quando necessário, a hospitais ou serviços especializados. Estabelecer-se a um sistema de referência e contra-referência, entendido como um adequado fluxo de pacientes e informações, entre estes diversos níveis de atenção do sistema de saúde.

1.6. Controle Social - Promover a participação da população no planejamento, execução e fiscalização da Política Estadual de Saúde e Meio Ambiente, garantindo a população o acesso às informações necessárias ao controle social dos serviços, assegurando maior transparência às atividades desenvolvidas e a adoção de ações que correspondam à complexidade do perfil socio-sanitário da população do Estado do Rio Grande do Sul.

2. Integração e participação intra-setorial estadual dos órgãos governamentais ligados à saúde e meio ambiente.

3. Reestruturação da SSMA, transformando-a no órgão responsável pelo planejamento, coordenação e implantação da Política Estadual de Saúde e Meio Ambiente.

Para implementar a política proposta é necessário atuar a concepção e estrutura da SSMA de forma a permitir que atue como órgão responsável pelo planejamento e execução desta política.

A Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente mantém, atualmente, ligados diretamente ao Secretário, a Chefia de Gabinete, a Direção Geral, a Assessoria Jurídica, a Assessoria de Planejamento, a Assessoria de Comunicação Social e o Fundo Estadual de Saúde.

A Direção Geral coordena as atividades dos Setores que têm status de "Departamento", que são:

Departamento de Meio Ambiente, Departamento de Saúde Pública, Escola de Saúde Pública, Instituto de Pesquisa Biológica, Laboratório Farmacêutico do Estado, Departamento Administrativo, Departamento Perícia Médica.

Delegacias-Serviços e Hospitais articulam-se diretamente com a Direção Geral.

A estrutura está, portanto, dividida em departamentos cujo peso dentro da Secretaria está menos ligado às questões técnicas e necessidades de serviços do que a questões de utilização política. Desta forma os departamentos que possibilitam o trabalho clientelístico ganharam um peso maior que aquelas estruturas eminentemente técnicas de pesquisa, formação de pessoal ou produção, enfim as estruturas de apoio imprescindíveis ao funcionamento da rede.

Atualmente, a própria rede dos serviços é ligada à Diretoria Geral e não ao Departamento de Saúde Pública que de-

veria ser o órgão coordenador e executor da política.

Por outro lado, a excessiva centralização causa problemas administrativos. As problemáticas financeiras e de planejamento estão em algum nível ligadas à inexistência de transferência nas decisões administrativas.

Questões como direcionamento de investimentos não obedecem a critérios técnicos assim como inexistem uma eficaz planejamento voltado à resolução dos problemas de saúde da população.

O IPB, LAFERGS e Escola de Saúde Pública têm status de departamento e, no entanto, não têm posição de destaque dentro da estrutura. Na medida que são órgãos estratégicos deveriam estar interligados e integrados com a Saúde Pública e o Meio Ambiente.

Sem incentivo à pesquisa e sem reciclagem e formação de recursos humanos, a política não é operacionalizada. Além disto, a operacionalização das diretrizes políticas é entravada pela burocracia administrativa.

Órgãos como a LAFERGS e o IPB estão sofrendo o sucateamento de seus equipamentos por inexistência de manutenção e/ou reposição dos mesmos.

Quanto a equipamentos, a deficiência vai desde os mais simples, como pinças ou balanças nas Unidades Sanitárias, até aqueles com um grau maior de sofisticação que viabilizam práticas de maior resolução nos hospitais.

O Hospital São Pedro tem sido um sumidouro de recursos financeiros e já sofreu diversos incêndios pelas obsoletas instalações elétricas. Neste, faltam até portas para dar privacidade às diferentes Unidades.

O planejamento ficou totalmente subordinado ao Secretário da Saúde que traga rigidamente seus limites de atuação.