

O PAPEL DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE
SAÚDE NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Trabalho apresentado no III Simpósio sobre Política Nacional de Saúde - painel: "Papel dos Estados na Execução da Política Nacional de Saúde" - Junho de 1.982 - Comissão de Saúde da Câmara Federal

Nelson Rodrigues dos Santos
Deptº de Med. Preventiva e Social - UNICAMP
Centro de Saúde Escola de Paulínia

I N D I C E

1. A Questão da "Impotência Institucional" das SES	01
1.1- Causalidade setorial da "impotência"	
1.2- Causalidade extra-setorial da "impotência"	
1.3- "Fechamento" ou "Isolamento" institucional	
2. Tentativas positivas das SES na última década	05
3. Evolução recente de alguns marcos positivos no nível federal do setor público de saúde	06
4. Alguns passos concretos necessários ao fortalecimento institucio nal das SES	08

SIGLAS UTILIZADAS NESTA APRESENTAÇÃO

SES - Secretaria Estadual de Saúde

MS - Ministério da Saúde

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

FSESP - Fundação Serviços de Saúde Pública

SUCAM - Superintendência das Campanhas

FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

MT - Ministério do Trabalho

PIASS - Programa de Ações de Saúde e Saneamento

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

CPC - Comissão Permanente de Consultas

GCE - Grupo de Coordenação Estadual

PIN - Programa de Integração Nacional

MINTER - Ministério do Interior

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SBS - Serviços Básicos de Saúde

CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONASP - Conselho Nacional de Administração em Saúde Previdenciária



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

1. A QUESTÃO DA "IMPOTÊNCIA" INSTITUCIONAL
DAS S.E.S.

Visualizamos basicamente 6 fatores que caracterizariam a "potência" institucional de uma S.E.S.:

- Orçamento suficiente
- Rede Física suficiente
- Recursos Materiais suficientes
- Recursos Humanos suficientes e capacitados
- Eficácia e eficiência no cumprimento das metas institucionais
- Projeto político da instituição bem fundamentado, viável e explicitado.

Apesar da grande vinoulação e interdependência destes fatores, a experiência tem revelado, inequivocamente, que a falência de apenas um ou dois deles, descaracteriza a "força" ou "potência" institucional da S.E.S., colocando-a em grande dependência, tanto de outras instituições públicas como privadas, no interior do setor saúde.

As S.E.S., no seu conjunto, vêm revelando impotência não só para assumir soluções dos problemas de saúde, na esfera de responsabilidade do setor, mas também para coordenar e normatizar o setor no Estado Federativo, e mais, até mesmo para a formulação de uma Política Estadual de Saúde.

1.1- Causalidade setorial da "impotência":

Seria a fragilidade do setor público de Saúde (Municipal, Estadual e Federal) perante o setor privado (Liberal, Filantrópico e Lucrativo-Empresarial).

Aspectos mais enfáticos no eixo M.S.-S.E.S., e menos no M.P.A.S.:

- Controle mais eficaz de endemias só nos casos de segurança nacional e comércio exportador. (Exs: F. Amarela e Malária nos seringais). A Campólio parece ser exceção, e com discussão ainda não esgotada.

- Programas específicos com alto grau de verticalismo e centralização e baixíssima eficácia, destinados à população economicamente passiva e a pouco ativa (Materno-Infantil, Tuberculose, M. de Hansen, Saúde Mental, etc).

- Orçamentos baixíssimos, salários aviltantes para o pessoal de saúde, e ausência ou precariedade de desenvolvimento dos recursos humanos (Treinamentos, reciclagens, carreiras, etc.)

Aspectos mais enfáticos no M.P.A.S., e menos no eixo M.S.-S.E.S.:

- Relação com o setor privado - passiva e subalterna, preponderando de modo quase absoluto o repasse financeiro a través da compra de serviços médico-hospitalares privados pelo pós-pa gamento (US) e mais recentemente também pelo pré-pagamento.

Aspectos comuns ao M.S., S.E.S. e outras ins-
tituições públicas de saúde:

- Incapacidade para programar ações integra-
is de saúde por complexidades crescentes.

- Incapacidade de executar as atuais ações es-
pecíficas de saúde - além dos motivos já referidos, também pelas ocio sidades sempre acima de 50%, e as irracionalidades e paquidermismo do complexo administrativo-burocrático.

- Incapacidade para o equacionamento e execu-
ção de eficientes sistemas de previsões (de riscos, doenças, atos pré ventivos, atos médico-hospitalares, etc.) e cálculos atuariais.

- Incapacidade para o equacionamento e execu-
ção de eficientes sistemas de controle de qualidade, auditorias médi-
co-hospitalares, etc.

- Sedimentação, através das décadas, de esta-
mentos institucionais alicerçados em poderosos núcleos tecno-burocrá-
ticos e no clientelismo eleitoral.

1.2- Causalidade extra-setorial da "impotência":

Seria a fragilidade do poder dos Estados Fe-
derativos perante o poder Federal.

a) Fragilidade na identificação e formulação
do elenco de necessidades da população, responsabilidade esta centra-
lizada hoje em órgãos federais a partir de objetivos e métodos defini dos também a nível federal.

b) Decisão das políticas econômicas e políti cas sociais, centralizada nos órgãos federais. Exs:

- . Política tributária com concentração na área federal (por volta de 70%).
- . Predomínio e imposição do capital espe-
culativo sobre o capital produtivo e o tipo de endividamento externo.
- . Produção agro-pecuária e mineral para exportação.
- . Alocação da "renda indireta".
- . Política de transportes
- . Política energética, etc.

Esta fragilidade do Estado Federativo parece ter sido resultado de sucessivas intervenções externas, de países mais fortes, desde o Brasil-colônia, no sentido de reverter o início da nossa história, quando os Municípios (poder local) e Capitâneas e embriões dos futuros Estados assumiram a vanguarda da expansão territorial, do povoamento e do processo produtivo. Os ciclos econômicos da mineração, agropecuária, importação de bens de capital, endividamento externo, etc, foram sendo cada vez mais assegurados aos interesses externos, através do fortalecimento gradativo do Poder Federal onisciente e onipresente.

Este fenômeno aplica-se no setor público de saúde, onde os órgãos federais avocam a si os maiores recursos e maior "know-how", dificultando-os e negando-os às S.E.S., e como se não bastasse, a elas atribuem a origem da sua própria incapacidade. Exs.:

M.S. - Os programas especiais, ainda com alto grau de verticalismo, as Coordenadorias Regionais de Saúde, a FSESP, a SUCAM, etc., interpretam e aplicam ainda, da pior maneira, o fechamento "centralização normativa e descentralização executiva", exercendo incessantemente a "cooptação" dos melhores técnicos e programadores de saúde, conforme vão se forjando nas S.E.S., para os quadros das instituições federais. A FSESP e SUCAM, principalmente a primeira, órgãos da administração indireta do MS, concentram os recursos financeiros e "know-how", pouco ou nada passando às S.E.S.

M.P.A.S. - Através da compra intensiva de serviços médico-hospitalares privados, acabou por absorver (mesmo que em grande parte precariamente) a demanda da maior parte da população economicamente ativa e seus dependentes. Com isto, constituiu-se num dos fatores mais determinantes da separação cura-prevenção e marginalização das S.E.S.

F.A.S. - Com a conhecida prioridade dada ao financiamento da construção e equipagem da rede hospitalar privada na região sudeste, veio reforçar o impasse das S.E.S.

Ministérios do Interior, do Trabalho e outros: Com mecanismos semelhantes, cumpriram o mesmo papel dos anteriores.

1.3- "Fechamento" ou "Isolamento" Institucional

A fragilidade das instituições públicas de saúde, entre outras consequências, tem levado cada uma a identificar seu "espaço vital", que "deverá ser mantido intocável a todo custo, não somente através de acordos tácitos com as outras, como da manutenção do exclusivismo de certas atividades".

Este fenômeno, ao largo dos interesses da população, acarreta resistências quase sempre intransponíveis à integração e mesmo articulações inter-institucionais. Forma-se um quadro que poderíamos chamar de "etnocentrismo institucional". Exs.:

O eixo M.S.-S.E.S. externa um "status" de detentores da exclusividade da defesa dos reais interesses de saúde da população, das medidas de alcance coletivo e da competência normatizadora em saúde.

O M.P.A.S. externa um "status" de detentor das soluções concretas dos problemas concretos da atual demanda por serviços médicos-hospitalares.

O M.T. assume a exclusividade normatizadora na gravíssima questão da saúde ocupacional, e assim por diante.

Deve estar por aí a irrefreável e obstinada resistência dos representantes institucionais a "vestir a camisa" do setor saúde, mesmo nos momentos mais críticos dos conclave, reuniões técnicas e políticas do setor - na melhor das hipóteses discursam pelo setor quando premiados pelas evidências e pela publicidade, não abandonando em nenhum momento a "camisa institucional" - contribuindo e reforçando o caráter pluri-institucional descoordenado e competitivo, e porisso, o fracasso do setor.

2. TENTATIVAS POSITIVAS DAS S.E.S. NA
ÚLTIMA DÉCADA

2.1- Programação dos atendimentos de clientes submetidos a certos riscos. Exs.: Pré-Natal, Rotina da criança até 18 meses, rotina aos tuberculosos, hansenianos, etc.

2.2- Desenvolvimento de melhores atividades de informática em Saúde e Vigilância epidemiológica em algumas SES.

2.3- Convênios S.E.S./Prefeituras Municipais para execução dos programas das primeiras, em alguns Estados.

2.4- Assunção do P.I.A.S.S., apesar de bastante parcial e intermitente.

2.5- Assunção da implantação e oferta de serviços básicos de saúde, rompendo com a simples oferta dos programas convencionais de saúde pública (Proposta S.E.S. para a periferia do município de S. Paulo).

2.6- Descentralização técnica e decisória para as Diretorias Regionais (Experiência de Minas Gerais).

2.7- Compatibilização da delimitação geográfica e das funções das regiões da S.E.S. (Diretorias, Departamentos ou Delegacias Regionais), com as micro-regiões das Agências Locais do INAMPS - Exs.: Estudos e propostas elaborados na Bahia.

2.8- Convênios de algumas S.E.S. com o INAMPS, principalmente a S.E.S. do R.G.S., com interessantes desdobramentos quanto à setorização da grande Porto Alegre.

2.9- Surgimento, e nas principais S.E.S., consolidação de núcleos de técnicos mais capacitados e mais voltados para os atuais desafios da Atenção Primária à Saúde, Serviços Básicos de Saúde, Articulações Inter-institucionais, Regionalização, Descentralização com participação, etc. Todos estes núcleos, são ainda subalternos, nos diferentes níveis das instituições.

Nenhuma destas tentativas atingiu os objetivos inicialmente desejados - umas concretizam ações terminais mas com baixíssimas coberturas, concentrações, e eficácia, de um modo geral; outras chegam a exaustivos e acertados estudos e programações; e outras, mal passam de propostas iniciais. Contudo, estas tentativas, no seu conjunto, estão a indicar as reais tendências naturais dessas instituições, isto é, revelam o potencial que se encontra hoje reprimido, esvasiado e distorcido pelos fatores listados na primeira parte desta apresentação. Indicam, enfim, os rumos ao futuro.

3. EVOLUÇÃO RECENTE DE ALGUNS MARCOS
POSITIVOS NO NÍVEL FEDERAL DO SE-
TOR PÚBLICO DE SAÚDE

1.975 - Lei 6.229 do SNS

Segundo esta lei, cabe às S.E.S.: Instituir o planejamento integrado de saúde articulado ao plano federal; criar e operar os SBS do SNS, e assistir técnica e financeiramente os municípios para operar os SBS.

1.976 - Criação da CPC

- Decreto-Lei do PIASS-ND

Segundo este Decreto-Lei, os recursos financeiros de investimento seriam repassados às SES pelo PIN, FAS, MS e MINTER, e de custeio, pelo MPAS. Apesar da ação centralizadora da FSESP, avocando a si parte dos recursos financeiros, foi possível repassar certo volume de recursos às SES, que permitiu a implantação de parte da rede de unidades elementares e de apoio. Este mesmo decreto colocou as decisões, a nível dos Estados, para o GCE, cuja composição dava esmagadora maioria aos representantes das instituições federais. Os GCE nunca assumiram o papel a eles atribuído.

1.978 - Portaria Interministerial 01 (MS-MPAS), que discrimina as diretrizes para expansão dos SBS, e dispõe para decisão nos Estados, um colegiado praticamente igual ao GCE, de cuja implantação e funcionamento não há informações.

1.979 - Aviso-Circular Interministerial 493 (MS-MPAS), dirigido aos Governadores Estaduais, solicitando em prazo curto, de Planos Estaduais Integrados, a ser elaborados por comissões compostas pelo Delegado Federal de Saúde (MS), Superintendente Regional do INAMPS (MPAS) e pelo Secretário Estadual de Saúde. Não nos consta a elaboração deste plano em nenhum Estado.

- Atuação nova, inovada e corajosa do MS na área das doenças crônico-degenerativas, no que se refere à prevenção e terapêutica do Cancer.
- Expansão do PIASS a outros Estados, mantendo-se os GCE.

- I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara Federal, quando o Poder Legislativo revelou-se não somente um fórum de debates mais profundos e democráticos das questões de saúde, como também um poder com capacidade muito maior de entender, aceitar e assumir um SNS descentralizado e democratizado.

- 1.980 - Criação da CIPLAN
 - 7ª CNS cujo relatório final justifica e compromissa como primeira prioridade do setor saúde, a organização de ampla rede de SBS em todo o país.
 - Apresentação e debate nacional do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev-Saúde.

- 1.981 - Resolução 03 da CIPLAN que normatiza em detalhe a adequação e expansão dos SBS nos Estados, dimensionando: as necessidades, os níveis de complexidade, a estrutura modular, as áreas físicas e atividades, os recursos humanos e materiais, as articulações funcionais, e as prioridades de expansão.
 - Criação do CONASP, que passa a introduzir, gradativamente, recomendações e normas no sentido de alterar em maior profundidade a política previdenciária de saúde.

- 1.982 - Proposta da CIPLAN às SES, de minuta de Convênio Trilateral (MS-MPAS-SES), prevendo recursos necessários aos SBS nos Estados, sob três grandes referenciais: regionalização e hierarquização dos serviços, integração das atividades curativas e preventivas, e universalização da atenção à saúde. A gerência deste convênio em cada Estado caberia a um conselho semelhante ao previsto no Aviso-Circular 493, e por isso, este aspecto certamente será um dos que merecerão melhor discussão.

Apesar destes marcos positivos originarem dentro de um contexto próprio da política e do poder federal, é impossível não reconhecer alguns paralelos com as tentativas positivas das SES: a sua quase totalidade não cumpriu os objetivos iniciais, e pouco se chegou às ações terminais desejadas, destacando-se aqui o PIASS e algumas recomendações recentes do CONASP.

Apesar de explicitados oficialmente, estes marcos não refletem o conjunto ou a maioria dos poderes e interesses distribuídos e arraigados no interior das instituições federais de saúde - são oficiais e ao mesmo tempo subalternos, e por isso reversíveis e sensíveis a alterações conjunturais. Indicam contudo as tendências e rumos ao futuro.

4. ALGUNS PASSOS CONCRETOS NECESSÁRIOS AO FORTALECIMENTO DAS S.E.S.

4.1- Não insistir na consolidação e ampliação de espaços institucionais, competindo com as outras instituições de saúde e "vestindo a camisa da instituição", mas sim aceitar que o fortalecimento institucional desejável está dependente do fortalecimento do setor, que por sua vez, depende do aprofundamento e da sinceridade nas articulações inter-institucionais.

4.2- Inovar as atuais tentativas de articulação com o INAMPS, hoje calcadas exclusivamente na relação financeira de compra de serviços, mas, que deve também valer-se da integração "em espécie", isto é, programações comuns ou compatibilizadas por cobertura e serviços; cessão, realocação e intercâmbio de recursos materiais e humanos, etc.

4.3- Romper os limites dos programas atuais de Saúde Pública, ampliando-os para maiores coberturas e efetividade, e também a outros grupos populacionais e riscos (adultos, saúde ocupacional, etc.). Romper também com o "preventivismo" e sanitismo convencionais ainda presentes, e ampliar as atividades na direção da integração prevenção-cura, atenção primária, SBS, articulações inter-institucionais e regionalização.

4.4- Capacitar-se solidamente em tecnologia de diagnóstico da demanda, previsão de riscos e danos por fatores epidemiológicos, sociais, etários, demográficos, etc., e a previsão das ações ou atos de saúde necessários, nos diferentes graus de complexidade, o que permitirá previsões de custos e novas políticas orçamentárias em saúde. Capacitar-se enfim, em cálculos atuariais, auditorias ambulatoriais e hospitalares, e outros mecanismos de controle de qualidade.

4.5- Participar efetivamente no governo do Estado e perante as outras Secretarias, no sentido de fortalecimento do Estado Federativo, através de profunda reformulação da política tributária, e participação nas decisões de políticas econômicas e políticas sociais. No caso do setor saúde, também no sentido de ampliar os repasses financeiros do INAMPS, FSESP, MINTER, SUCAM, FAS, etc., às SES, dentro da visão que esses repasses deverão ser, na verdade, devolução do que é indevidamente extraído do Estado, e de que esses repasses deverão ser acompanhados da transferência da tecnologia hoje também concentrada no nível federal.

4.6- Opor-se à ação federal esvaziadora das SES, através da fixação na SES dos seus melhores quadros técnicos e políticos, da formação e captação de tecnologias, e, impondo-se perante os órgãos federais com credibilidade e confiabilidade para assumir papel fundamental na programação, coordenação e execução do Sistema Estadual de Saúde.

4.7- Reformular as atuais políticas de pessoal, através da elevação dos níveis salariais, da criação de carreira profissional para os vários níveis, da criação de vagas suficientes para as necessidades dos SBS, a começar dos Atendentes ou Auxiliares de Saúde, e da criação de sistemas permanentes, eficazes e descentralizados de treinamento e reciclagens.

4.8-Fortalecimento das Regionais de Saúde (Diretorias, Departamentos ou Delegacias) - através da manutenção nas regionais, de equipes multi-profissionais, bastante capacitadas em técnicas e políticas regionais de saúde. Este fortalecimento é condicional para os objetivos da regionalização dos serviços, integração, participação e resistência ao clientelismo e burocratismo.

4.9- Articulação prioritária com as Prefeituras Municipais, no sentido da programação, implantação e operação dos SBS. Há indicações evidentes hoje, que sem a participação efetiva das municipalidades, na realidade brasileira, não se poderá viabilizar a rede de SBS, que deverá se constituir na base do SUS. Nestas articulações, as SES deverão apresentar-se às Prefeituras, despidas da prepotência de quem centraliza os recursos financeiros e as tecnologias e não aceita a capacidade e o potencial do município. Caso contrário, haveria uma indesejável reprodução das relações das instituições federais com as SES, e sabemos todos que esta tendência existe.

4.10- Preparar-se, como componente do setor público, para propor articulações adequadas com o setor privado para a organização do Sistema Estadual de Saúde, principalmente naquelas regiões mais desenvolvidas, onde o setor privado é mais expressivo como capacidade instalada e volume de produção. Nestas articulações, um dos mecanismos será inevitavelmente a compra de serviços. A decisão de como comprar serviços privados deverá, a nosso ver considerar um fenômeno que parece estar intensificando nos últimos anos, que é a opção crescente dos hospitais privados das regiões mais desenvolvidas, para a forma de pré-pagamento, através de convênios diretos Hospital Privado-Empresa.

Esta opção passa a conviver com a forma anterior de pós-pagamento que apesar de ainda mais volumosa, parece destinada à desativação progressiva por motivos que escapam a esta apresentação, mas importantes para a análise da economia política da saúde.

Para efeito desta apresentação, o importante é levantar a questão sobre as formas de controle dos serviços comprados do setor privado: controle da sua necessidade, da sua indicação, da sua quantidade, da sua qualidade e dos seus custos, e controle tanto pelo setor público como pela sociedade, através das suas organizações representativas dos diferentes segmentos e dos poderes legislativos (municipais, estaduais e federal). Do ponto de vista técnico, este controle dependerá da capacidade de executar auditorias, aplicar sistemas de previsões, cálculos atuariais, etc., capacidade esta que deverá estar disponível ao setor público e às organizações sociais.

Sabe-se, universalmente, que nos países e regiões onde o setor público e o privado são compelidos a articular-se, por força do regime sócio-político, a forma de pós-pagamento é a que menos viabiliza o controle, sendo que o pré-pagamento, que hoje já desdobra-se em algumas variantes, é bem mais suscetível ao controle das instituições públicas e da própria sociedade.

Ao finalizarmos, resta referir que o setor público de saúde, neste processo, deverá passar por dois desafios: a) Sair da situação passiva de apenas elaborar e dar respostas às articulações propostas pelo setor privado, isto é, passar de controlado para controlador, ou pelo menos negociar em pé de igualdade, já que historicamente é o setor público que assume a responsabilidade do social, do direito universal à saúde, e b) Exercitar no interior das próprias instituições públicas, as formas de controle - das necessidades, das indicações, das quantidades, da qualidade e dos custos, e, paralelamente, de canais que permitam o controle do setor público pelos diferentes segmentos sociais e pelo poder legislativo. Sem este exercício sincero, não vemos como o setor público possa credibilizar-se e fortalecer-se para controlar o setor privado em benefício de toda a população.

