

REORGANIZAÇÃO DA SECRETARIA DA SAÚDE

PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DOS ERSAs

ERSA

1 - OBJETIVO

Articular os recursos de saúde da área para um atendimento à população através: da prestação de assistência médica e das ações de caráter coletivo.

ATRIBUIÇÕES

- coordenar de acordo com as diretrizes definidas pela Comissão Interinstitucional de Saúde a integração dos recursos de saúde na sua área;
- realizar e acompanhar, a nível interinstitucional, o planejamento das ações de saúde;
- definir objetivos e metas de saúde, à nível regional, através da identificação e avaliação das necessidades de saúde da população;
- compatibilizar a proposta de trabalho da região com as diretrizes e programação da Secretaria da Saúde;
- definir o sistema de referência e contra-referência dos equipamentos de saúde da área;
- gerenciar os recursos de saúde do Estado, adequando-os ao planejamento regional;

- realizar, através dos equipamentos da Secretaria da Saúde (hospital, centro de saúde, laboratório e ambulatório), as atividades de atendimento médico, vigilâncias epidemiológica e sanitária, de finidas no plano de trabalho da área de forma a proporcionar a as sistência integral à saúde;
- coordenar e/ou executar as atividades de treinamento e desenvolver um sistema de supervisão técnica dos recursos humanos alocados nos equipamentos de saúde da área;
- dar suporte administrativo à rede de equipamentos de saúde do Estado.

2 - COMPETÊNCIAS DO DIRETOR DO ERS

Aos Diretores dos ERSAs, além de suas competências específicas e de outras que lhes forem conferidas por lei ou decreto, em suas respectivas áreas de atuação, compete:

- Em relação às atividades gerais:

- a) coordenar, orientar e acompanhar as atividades das unidades subordinadas;
- b) coordenar, de acordo com as diretrizes definidas pela Comissão Regional Interinstitucional de Saúde a integração dos recursos de saúde na sua área;
- c) responder pelas relações e articulações interinstitucionais, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, com apoio da assessoria;
- d) garantir o cumprimento das metas e estratégias definidas de acordo com os objetivos propostos;
- e) convocar e coordenar as reuniões do CTA, resguardando seu poder de decisão final;
- f) compatibilizar a proposta de trabalho da região com as diretrizes e programação da Secretaria da Saúde;
- g) gerenciar os recursos de saúde do Estado, adequando-os ao planejamento regional;
- h) solicitar informações a outros órgãos e entidades;
- i) encaminhar papéis e processos diretamente aos órgãos competentes para manifestação sobre assuntos neles tratados;
- j) criar comissões e grupos de trabalho, não permanentes;
- k) decidir os pedidos de certidões e "vista" de processos.

- Em relação ao Sistema de Administração de Pessoal, exercer as competências previstas no artigo 27, e enquanto dirigentes de unidades de despesa, as previstas no artigo 29 do Decreto nº 13.242, de 12 de fevereiro de 1979.

- Em relação à Administração de Material e Patrimônio, enquanto dirigentes de unidades de despesa, exercer as competências previstas nas alíneas "b" e "d" do inciso III do artigo 23 do decreto.

3 - DIRETORIA ADJUNTA

- Coordenar e integrar as ações das unidades das áreas-meio do ERSA, compatibilizando as necessidades e interesses das áreas-fim e das áreas meio.
- Implementar e avaliar o modelo de prestação de serviços de saúde, bem como estabelecer mecanismos que possibilite dispor de informações para o gerenciamento.

4 - ATRIBUIÇÕES

4.1 - O GRUPO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA tem as seguintes atribuições:

- identificar as necessidades de saúde da região;
- elaborar e executar o planejamento do ERSA, compatibilizando-o com as diretrizes da Secretaria da Saúde, bem como consolidar e acompanhar o orçamento do ERSA;
- adequar a programação de saúde à realidade regional; elaborar, com os dirigentes da área executiva, e acompanhar os sistemas de supervisão técnica e de referência e contra-referência;
- processar, a partir dos instrumentos definidos pelos órgãos centrais competentes as informações de saúde necessárias ao processo de tomada de decisão nos níveis central, de direção do ERSA e das unidades prestadoras de serviços de saúde; bem como zelar pela qualidade da coleta das informações nas unidades geradoras;
- promover e assessorar o diretor do ERSA, na articulação entre a rede pública e privada estabelecendo convenios e acompanhando o atendimento;

- orientar e acompanhar as atividades de vigilância epidemiológica e estatística executadas pelas unidades do ERSa, de acordo com a orientação do CVE;
- implementar e avaliar o modelo de prestação de serviços de saúde, bem como executar atividades de pesquisa necessárias ao aperfeiçoamento do modelo, informando aos Diretores Adjunto e do ERSa.

4.2 - A DIVISÃO DE SERVIÇOS tem como atribuições:

- compatibilizar os recursos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde, a nível dos equipamentos básicos - Centros de Saúde, Laboratórios e Ambulatórios de Saúde Mental;
- acompanhar e avaliar a prestação dos serviços de saúde e a operação dos sistemas de supervisão técnica e de referência e contra-referência dos equipamentos sob sua responsabilidade.

4.3 - "OUVIDORIA" e ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

- nível de assessoria ao Diretor Adjunto a ser preenchida por profissional de nível universitário;
- objetivos:
 - a) garantir um espaço para a população colocar seus comentários e queixas acerca dos serviços;
 - b) colaborar na avaliação dos serviços.
- atribuições:
 - a) responder, receber os comentários, indagações e queixas da população sobre os serviços prestados;
 - b) prestar informações à população sobre os serviços prestados.

4.4 - CONSELHO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

São atribuições desse Conselho:

- aprovar os planos de trabalho do ERSa e os reajustes necessários;
- emitir parecer sobre a proposta orçamentária anual;
- apreciar propostas de convênio;
- promover articulação entre os gerentes do ERSa;
- manifestar-se sobre quaisquer assuntos que lhes sejam submetidas pelo Diretor do ERSa.

06.05.1986

A REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Dr. João Yunes

A ampla discussão que vem se fazendo na sociedade brasileira sobre a questão da saúde, seja por parte dos técnicos e das comunidades, seja por parte dos movimentos populares, sindicatos e partidos políticos converge para posições bastante semelhantes.

Há consenso em vários pontos:

- 19) Que cabe ao Estado a responsabilidade de garantir ao cidadão o direito à saúde; em consequência, os serviços de saúde constituem serviços essenciais, por tanto serviço público e as relações entre Estado e prestadores privados de serviços de saúde devem ser revistas, sob esta ótica;
- 29) Que as diferentes instituições que atuam no setor saúde devam se integrar em um Sistema Unificado de Saúde, descentralizado, que reconheça a autonomia dos setores estadual e municipal na implantação da Política Nacional de Saúde.
- 39) Que o setor saúde não deve ser considerado apenas sob a ótica dos serviços de assistência médica mas considerado em sua complexa interação com outros setores sociais: a educação, abastecimento, saneamento, meio ambiente, habitação, etc;
- 49) Que a participação popular em todos os níveis de de cisão do Sistema Unificado de Saúde, do local ao central é a única garantia de uma oferta de serviços, justa do ponto de vista social, adequada e racional do ponto de vista técnico.
- 59) Que há necessidade de se destinar mais recursos para o setor saúde, aproximando-se da percentagem de 8 a 10% do PIB, como em outros países.

- Poderia enumerar vários outros pontos de convergência, mas estes já são suficientes para se formular a questão básica: - se há tantos pontos em comum porque não há propostas concretas e igualmente consensuais?

Porque ao se formular propostas concretas se esbarra em vários conflitos: - conflitos de poder entre instituições públicas (por exemplo quando se propõe a vinculação do INAMPS ao Ministério da Saúde):

- Conflitos de interesses de diferentes grupos sociais (por exemplo, quando se propõe a universalização do atendimento, sem distinção entre clientela previdenciária e não previdenciária, entre clientela urbana e rural);

- Conflitos com corporações profissionais (por exemplo, quando se propõe um novo modelo de assistência médica e nova forma de remuneração do trabalho médico);

- Conflitos entre diferentes concepções dos setores sociais na Nova República (por exemplo, quando se propõe novas fontes de custeio e maior participação do setor saúde no bolo do orçamento).

Estes exemplos são suficientes para demonstrar que não se caminha facilmente para propostas concretas tendo em vista a existência de conflitos reais.

Como resolver estes conflitos?

- a tradição autoritária e centralizadora da ação estatal no Brasil poderá nos conduzir à opção de um novo sistema de saúde de construído de cima para baixo: assim por exemplo vincula-se o INAMPS ao Ministério da Saúde, universaliza-se a assistência médica-previdenciária, define-se novas fontes de custeio, criam-se novos fundos de saúde e assim por diante.

A solução tecnocrática, utilizando os modelos de grandes organizações burocráticas na área de prestação de serviços nós já conhecemos; suas características são: uniformidade e simetria de respostas, ênfase nas soluções de "larga escala", centralização normativa, descentralização apenas entendida como delegação de poder, mas jamais como reconhecimento da autonomia de outros níveis.

A eficácia e a eficiência que em alguns casos foram alcançados por estas organizações com certeza não se aplicam à área da saúde (modelo de empresas): entre outros motivos está a diversidade das ações finais de prestação de serviço; a diversidade do quadro nosológico de cada região; a diversidade dos padrões culturais, que condicionaram a demanda; enfim as características próprias do setor saúde de como setor social que é.

- Como então avançar em propostas concretas em direção do Sistema Unificado de Saúde?

De imediato:

- 1º) Recuperar o conceito de Federação também no setor Saúde, com o reconhecimento das Secretarias Estaduais de Saúde como a instância mais importante na integração dos diversos níveis das instituições governamentais e do setor privado.
- 2º) Consolidar as Ações Integradas de Saúde, que devem ser vista como um caso singular em que a estratégia de implantação do modelo é a própria construção desse modelo.

Não se deve pensar as Ações Integradas de Saúde burocraticamente, pois, não se trata de um simples convênio de compra de serviços onde o INAMPS aparece como doador dos recursos e cobradores de resultados e os Estados e municípios como recebedores e justificados res destes recursos.

As Ações Integradas de Saúde são o mecanismo real de planejamento integrado, onde se deve garantir a imediata participação popular, recuperar a participação das federações e sindicatos de trabalhadores na gestão dos recursos previdenciários, e garantir também a participação nas Comissões Interinstitucionais de Saúde.

Este planejamento integrado-passa pelo, conhecimento e envolvimento do nível local, ultrapassando a idéia simplista de uma municipalização que depende apenas do poder executivo municipal. Trata-se de fortalecer o poder local cuja extensão é definida a nível de cidade da região.

- Passa também por uma programação orçamentária integrada onde se define e compromete os recursos necessários a serem alocados para o setor saúde por cada uma das instituições.

- este planejamento integrado deve se estender às atividades de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica (incluindo as grandes endemias) que concretiza assim o conceito de integralidade das ações de saúde, derrubando as barreiras entre ações preventivas e curativos, e entre ações individuais e coletivas.

Algumas questões importantes merecem aqui serem mais debatidas e definidas, como a questão do relacionamento entre setor público/privado. Defendemos o princípio de que a participação do setor privado na área assistencial deverá ser por delegação temporária de uma função social, a ele concedida pelo poder público, podendo perder esta delegação caso não cumpra suas responsabilidades para com o Estado e a População.

Entendemos então que a solução dos conflitos e as negociações para superá-los decorrem de uma participação efetiva dos trabalhadores em todos os níveis; do fortalecimento das Comissões Regionais e locais; da descentralização das decisões; de novas modalidades de relacionamento entre setor público e privado. Em outras palavras o Sistema Unificado de Saúde será aquilo que a prática das AIS for estabelecendo, sendo que neste processo a meta é a construção de um novo modelo assistencial e não somente a Reorganização administrativa dos serviços.

Finalizando, quero retomar a idéia de medidas que podem e devem ser adotadas ou incorporadas de imediato (já enunciada) e de outras que deverão ser consolidadas no novo texto da Constituição; das quais a mais importante é o reconhecimento de Saúde como direito básico da cidadania e que a garantia deste direito é responsabilidade do Estado. Sendo que, para que o Estado possa garantir este direito haverá necessidade de uma reforma sanitária que tanto defina o novo Sistema Unificado de Saúde, como os direitos do cidadão à Saúde.

Março/86

Palestra proferida na
8ª Conferência Nacional de Saúde - Brasília