

AS "AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE" E O MINISTÉRIO DA SAÚDE

- DOCUMENTO PRELIMINAR ELABORADO PELA SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DA SECRETARIA GERAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

- SECRETÁRIO DE PLANEJAMENTO

JOSÉ AGENOR ALVARES DA SILVA

- CONSULTORES

FRANCISCO ASSIS MACHADO

RICARDO DE FREITAS SCOTTI



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

S U M Á R I O

- I. O SIGNIFICADO DAS "AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE" NA ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA DO BRASIL
- II. CAMINHOS PARA UM "NOVO" SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE
- III. A IMPORTÂNCIA DAS "AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE" NO MOMENTO ATUAL
- IV. ALGUMAS DIFICULDADES CONCEITUAIS NA FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS ADEQUADAS À CONDUÇÃO DAS A.I.S.
- V. A PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NAS "AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE"

QUESTÕES PARA DEBATE NO SEMINÁRIO INTERNO DO MS

- DOCUMENTO EM SEPARADO

I - O SIGNIFICADO DAS AÇÕES INTEGRADAS (A.I.S) NA ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA DO BRASIL

- 01 - A organização dos Serviços de Saúde no Brasil no período anterior a 1930 se caracterizou pela predominância do modelo liberal privado tradicional e pelo Sanitarismo campanhista desenvolvido pelo Ministério da Saúde articulado com as Secretarias Estaduais de Saúde. São marcos deste período o aparecimento de instituições filantrópicas de assistência (Santa Casas) e das Caixas de Aposentadorias e Pensões.
- 02 - A revolução de 1930 introduz mudanças estruturais com o Estado assumindo um novo papel no setor social, com a entrada em cena de novos e importantes atores sociais anteriormente marginalizados, como é o caso dos trabalhadores urbanos.
A partir daí, no setor saúde se desenvolvem diferentes modelos de atendimento, com racionalidades distintas e atendendo a interesses diferentes e muitas vezes contraditórios, como uma política de conciliação de classes do Estado populista de então.
- 03 - No final dos anos 50 iniciam-se transformações que virão, nas três décadas seguintes, caracterizar os principais condicionantes do setor. Este MOVIMENTO MODERNIZANTE que atinge também o setor saúde pode ser entendido como intensificação ou de aprofundamento do desenvolvimento capitalista, tendo como objetivo fundamental a plena realização da lógica da eficiência na produção de bens e serviços.
- 04 - Na década de 60, surge o discurso do sanitarismo desenvolvimentista e o processo CENDES/OPAS de planejamento. Já em 1963, as idéias de modernização e racionalização do Setor se tornam dominantes entre técnicos e intelectuais de saúde.
- 05 - O plano Leonel Miranda (1966) e a unificação dos "Institutos" (1967) representam iniciativas diferentes de racionalização embora ambos tivessem consequências semelhantes, na medida em que significam o fortalecimento da empresa produtora de serviços médicos com fins lucrativos.
A primeira iniciativa indica caminhos e estimula a privatização dos recursos geridos pelo Estado no Setor, e a segunda cria um mercado

unificado para as ações que serão produzidas pelas futuras empres
sas vendedoras de serviços médicos.

- 06 - Com a intensificação do desenvolvimento capitalista e a crescente incorporação de grandes contingentes de cidadãos com direitos trabalhistas conquistados (inclusive os de assistência médica), com o aparecimento de novas doenças não preveníveis mas apenas amenizáveis e com a má distribuição e crescente concentração dos recursos tecnológicos disponíveis, a assistência médica torna-se extremamente onerosa, transformando os custos assistenciais e a eficiência do setor saúde em "questões de Estado".
- 07 - Por volta de 1965 os gastos com assistência médica na Previdência Social ultrapassavam em muito os do complexo Ministério/ Secretarias de Saúde. Era a consolidação, cuja defasagem se tornaria cada vez mais crescente, do modelo urbano-industrial iniciado em 1930 que, na saúde, tem como característica mais marcante as crescentes diferenças entre os recursos da saúde pública (para toda a população) e os da assistência médica (para contribuintes previdenciários para parcela da população engajada nos setores secundário e terciário da economia), cristalizando uma dicotomia falsa e dispar entre "prevenção e cura".
- 08 - No final da década de 60, a crise econômico-financeira que se configurava conduziu à procura de modelos alternativos de extensão de cobertura de serviços de saúde a um custo suportável pela economia, possibilitando que várias experiências fossem levadas a efeito, principalmente em áreas menos atraentes à iniciativa privada.
- 09 - Em 1972 são iniciados na Região de Montes Claros em Minas Gerais, com o patrocínio do IPPEDASAR (Instituto para Pesquisas e Preparo do Desenvolvimento Sanitário Rural), e financiamento da USAID com a participação da Universidade de Toulaine (USA), estudos com o objetivo de encontrar modelos de extensão de cobertura de serviços de saúde para áreas rurais, a baixo custo. Destes, vão resultar dois projetos experimentais - Norte de Minas e Caruarú - acompanhados de perto pelo Ministério da Saúde.
- 10 - Em 1975 foi promulgada a Lei 6.229 que dispõe sobre a organização do "SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE" (S.N.S), uma tentativa de institucionalização do modelo vigente. No mesmo ano a V Conferência Nacional

de Saúde explicita este modelo quando define as prioridades a se rem cumpridas pelo Setor Público de Saúde caracterizando dois grandes campos institucionais: o do Ministério da Saúde, responsável pela Saúde coletiva e o do MPAS voltado para a saúde individual das pessoas.

- 11 - Em 1976 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS - abrangendo a área da SUDENE. A concepção do PIASS como primeiro estágio do S.N.S. em uma região, implicou na necessidade de uma integração das várias instituições prestadoras de serviços de saúde. Esta foi a primeira grande experiência brasileira de extensão da cobertura a baixo custo.

Em 1979 o PIASS foi expandido para todo o território nacional, adaptando-se o modelo adotado no Nordeste às peculiaridades das outras regiões.

- 12 - Embora o PIASS tenha lançado diretrizes que deveriam orientar a prática operacional do S.N.S., é com o PREVSAÚDE que os contornos deste Sistema se tornam mais nítidos. O PREVSAÚDE, formulado em 1980, incorpora o ideário do PIASS enquanto componente rural, e avança bastante, principalmente no tocante a uma nova política de financiamento. Ele representou ainda um reconhecimento oficial da necessidade de reformulação das prioridades e alteração de métodos de uma política nacional de saúde que mantém em funcionamento um modelo caótico, elitista e corruptor e que em consequência desatende os interesses da população e dos trabalhadores do Setor. As diretrizes de reorientação ali contidas, somadas a outros aspectos, tornam a proposta PREVSAÚDE inaceitável para a iniciativa privada e para os grupos com estes identificados dentro do INAMPS/M.P.A.S. A forte reação daí gerada leva à inviabilização da proposta.

- 13 - A agudização da crise financeira da Previdência com esgotamento do modelo vigente força a retomada das idéias de se buscar maior eficiência, estabelecendo-se então a retomada de estratégias mais aceitáveis pela iniciativa privada, consubstanciadas, em 1982, no "PLANO DE REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ÂMBITO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL", elaborado pelo CONASP - (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária).

- 14 - Se o PREVSAÚDE representava anseios e desejos de integração, o Plano do CONASP trouxe-os - devido à crise - para uma perspectiva pragmática e abriu a possibilidade efetiva de se criar as bases para mudanças no setor.
- 15 - A necessidade de integração política, programática e financeira gerada pelo processo de implantação do "PLANO CONASP" leva outras instituições públicas (Ministério da Saúde, MEC, Secretarias Estaduais de Saúde) a aderirem à idéia de um PROGRAMA de ações integradas de saúde.
- 16 - As idéias de integração das ações e das instituições regidas por um PROGRAMA evoluem para a concepção de AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE-(A.I.S) como uma estratégia de reordenação do Setor, representando assim a versão mais recente do grande projeto brasileiro de modernização do Setor Saúde, atendendo interesses racionalizadores e eficientistas da acumulação do capital, e avança mais o incorporar os interesses dos usuários e trabalhadores do setor.

II - CAMINHOS PARA UM "NOVO" SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

- 17 - Se o compromisso político assumido pela NOVA REPÚBLICA, de reaproximação entre o Estado e a Nação for levado a efeito, uma luta consequente de democratização do setor saúde se desenvolverá com a construção de um "NOVO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE".
- 18 - Segundo propostas que vêm sendo debatidas, elaboradas e reivindicadas por diversos segmentos da sociedade, o NOVO S.N.S. deverá conter as diretrizes básicas, a serem ratificadas em amplo debate nacional, como por exemplo os seguintes:
 - a) "Unificação" do novo Sistema com a integração das ações de saúde de dentro de cada esfera de Governo.
 - b) Novos mecanismos de relação entre as três esferas governamentais: Federal - Estadual - Municipal.
 - c) INTEGRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE com dicotomia entre atenção à saúde coletiva e individual.
 - d) Universalização e equalização do acesso à atenção à saúde.
 - e) Integração efetiva dos recursos públicos federais, estaduais e municipais.
 - f) Descentralização do Sistema com base na municipalização e no seu controle pelos usuários.
 - g) Regionalização e hierarquização dos serviços com a readequação e expansão da rede pública.
 - h) Política de Recursos Humanos adequada às necessidades do NOVO Sistema.
 - i) Elaboração e implantação de programas prioritários adaptados às peculiaridades regionais e locais.
 - j) Assistência farmacêutica gratuita, através de um programa de produção e oferta de produtos profiláticos e terapêuticos.
 - l) Avaliação e adequação da tecnologia a ser utilizada.
 - m) Participação dos usuários e trabalhadores do Setor.

- 19 - As idéias de um Sistema "unificado" de saúde, associadas às de fortalecimento da FEDERAÇÃO se TRADUZEM pela integração programática das ações de saúde em todos os níveis, pela articulação entre as diferentes esferas de Governo.
- 20 - Podem-se identificar dois caminhos para atingir este novo Sistema Nacional de Saúde;
- 19) Através de um REORDENAMENTO INSTITUCIONAL, estabelecido por instrumentos legais que o promovam.
- 29) Através de APOIO POLITICO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL que sustentem e legitimem políticas e estratégias de organização de Serviços de Saúde, demonstradas concretamente, construindo na prática o NOVO S.N.S.
- 21 - Os caminhos acima identificados são apenas aparentemente distintos, sendo na verdade vertentes de uma mesma estratégia e não podem ser trilhados separada ou excludentemente.
- 22 - Ambos devem estar articulados pelas forças e setores que os sustentam, promovendo uma mobilização política nas instituições de saúde, sociedade civil, parlamento, partidos políticos e esferas de Governo, revendo mecanismos e instrumentos de operacionalização do novo SNS.
- 23 - Dispõe-se hoje de pré-condições necessárias à concretização do NOVO S.N.S.:
- a) Iniciativas no campo do REORDENAMENTO INSTITUCIONAL como por exemplo a Resolução 01 de 28 de maio de 1985, que delegou poderes ao Senhor Presidente da Republica para elaboração de lei dispondo sobre reestruturação do MS e MPAS. Esta resolução, alem de gerar amplo e salutar debate nacional, já resultou em avanços como o da transferência da CEME para o Ministério da Saúde.
- b) No que se refere à mobilização político social no sentido de uma reestruturação do setor saúde, vivencia-se em todo o país o desenvolvimento das AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE.

24 - Mesmo que o Congresso Nacional, através de uma Lei reestruture o modelo institucional atual, definindo assim um novo Sistema Nacional de Saúde, ele só será efetivado na prática, através de negociações e acordos, a nível das instituições, esferas de governo, usuário do Sistema, seus representantes legislativos, trabalhadores de saúde.

25 - Neste sentido, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a ser promovida pelo Ministério da Saúde em dezembro de 85, se tornará no mais importante fórum de debates e definições de políticas e estratégias principalmente no que se refere aos temas definidos:

I - Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania;

II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de: integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação; redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estados, Municípios, Territórios) na prestação dos serviços de saúde;

III - Financiamento setorial.

26 - Enquanto a VIII C.N.S é o fórum adequado às discussões sobre o novo CNS, as AIS, através de seus colegiados e mecanismos de integração e articulação, formam-se o local privilegiado para sua efetivação.



III - A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE NO MOMENTO ATUAL

- 27 - As A.I.S. já colocaram muito de seus objetivos em prática. Já atingiram todos os estados brasileiros cobrindo uma população de 91 milhões de habitantes (67% da população brasileira) produzindo benefícios e espectivas que as consolidam.
- 28 - Concebidas como uma estratégia de organização de um NOVO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE, as A.I.S. possibilitam o desenvolvimento de propostas e enunciados em políticas de saúde apresentadas como racionais, eficientizadores, e democratizantes, permitindo consideráveis avanços em alguns aspectos:
- a) Gestão colegiada como forma de integração intrasetorial e articulação entre diferentes esferas de governo, o que possibilita hoje apontar proposições mais seguras naquilo que durante anos vem sendo chamado de "Coordenação Interinstitucional".
 - b) Formulação de modelos de organização de serviços de modo a torná-los mais adequados a grandes concentrações urbanas, incorporando na prática críticas dos usuários quanto ao perfil das Unidades de Saúde e outros aspectos do sistema.
 - c) Explicitação de importantes entraves a serem superados pelo NOVO S.N.S. tais como os relacionados com a referência entre níveis de atendimento com o convívio entre os interesses comunitários do Estado, dos usuários, dos trabalhadores de saúde e a iniciativa privada, da articulação política, do gerenciamento, etc.
 - d) Demonstração da possibilidade de democratização do acesso aos Serviços Básicos de Saúde com custos mais toleráveis para nossa economia, e da justeza das idéias difundidas em programas anteriores por um sistema público de saúde, eficiente, moderno e democratizado.
 - e) Descentralização decisória e regionalização dos serviços.
 - f) Reformulação dos processos de trabalho na produção de serviços de saúde buscando-se maior eficiência através do parcelamento do ato médico em tarefas atribuíveis a diferentes trabalhadores, com a criação de um novo "trabalhador coletivo".

g) Maior clareza do significado da Municipalização dos serviços de saúde.

h) Reconhecimento da SAÚDE como DIREITO de todo cidadão a ser garantido pelo Estado.

29 - Inúmeras questões, entretanto, ainda não puderam ter soluções apontadas pelas "AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE". Dentre elas podemos citar a da assistência farmacêutica, a da descentralização do combate às endemias, a do financiamento não regressivo do sistema, a do modelo gerencial, a do controle e avaliação, a da compatibilização de quadros de pessoal, regimes de trabalho e carreiras profissionais, a das práticas institucionais a nível de serviço, e outras dificuldades conceituais e práticas no desenvolvimento das A.I.S.



IV - ALGUMAS DIFICULDADES CONCEITUAIS NA FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS ADEQUADAS À CONDUÇÃO DAS A.I.S.

- 30 - No processo de desenvolvimento das "Ações Integradas de Saúde", com o aporte de distintas visões, forjadas à luz de diversos interesses, instituições, esferas de governo e grupos sociais, identifica-se uma heterogeneidade de concepções que tem sido uma sobrecarga às dificuldades operacionais.
- 31 - Assim, alguns conceitos ainda deverão ser aprofundados, melhor esclarecidos e explicitados para maior homogeneização entre os condutores e executores das A.I.S.
- 32 - Dentre algumas dificuldades conceituais destacam-se:

32.1 - QUANTO À INTEGRAÇÃO: frequente confusão na utilização de dois conceitos fundamentais:

- a) Integração setorial ou interinstitucional: fusão das instituições ou órgãos em uma entidade com o desaparecimento ou transformação dos originais. Parece ser desejável dentro de uma mesma esfera de governo.
- b) Articulação intergovernamental: criação de espaços permanentes de negociação para acordos entre governos (federal, estadual, municipal) e grupos representativos de interesses, preservando-se autonomias e identidades.

Para ilustrar a "confusão na utilização destes conceitos" apontados podemos tomar como exemplo os atuais colegiados de gestão das A.I.S.:

- CIPLAN: integração setorial, interinstitucional na esfera do governo federal.
- C.L.I.S. (ou C.I.M.S.): articulação intergovernamental (federal, estadual, municipal), nas decisões de caráter local.
- C.I.S.: integração entre instituições federais (Superintendência Regional do INAMPS - Delegacia Federal de Saúde do MS) e, simultaneamente, articulação entre governo federal e estadual.

32.2 - QUANTO ÀS FORMAS DE FINANCIAMENTO

Atualmente identificam-se duas principais formas:

- a) Pagamento por produção: gerando conflito entre o aumento da eficiência e a queda da qualidade. Acresce-se a dificuldade de estabelecer mecanismos de controle pelos usuários da produção e, principalmente, da qualidade.
- b) Co-gestão: as formas hoje tentadas no setor saúde levam a demonstrar a ineficiência da administração pública pelo fisiologismo, clientelismo; corporativismo dos trabalhadores de saúde e ausência dos usuários nas decisões.

32.3 - QUANTO ÀS FONTES DE FINANCIAMENTO

Persistem muitas dúvidas sobre a melhor definição sobre a origem dos recursos para o financiamento: taxa^{ção} sobre salários, sobre lucros, sobre IPI, etc.

32.4 - QUANTO A RECURSOS HUMANOS

Esta questão trata do enfoque dado às diretrizes que orientam a preparação de quadros de pessoal: perspectiva técnica versus política.

Usualmente, apesar de se reconhecer que qualquer programa, a ser implantado num contexto marcado por interesses contraditórios ganha uma conotação POLÍTICA, as diretrizes de preparo dos quadros são marcadas pela preocupação quase que exclusiva da capacitação TÉCNICA.

32.5 - QUANTO À DICOTOMIA

A dicotomia que se verifica no conceito de saúde - de que existiria uma saúde preventiva e uma outra curativa - tem justificado a existência de instituições excludentes, que apontam para responsabilidades de uma ou de outra ação. Na medida em que os indivíduos necessitam tanto de uma como de outra, o conceito de dicotomia de ações deve evoluir para o de complementariedade de ações, ainda que tais atos venham a ser praticados por diferentes profissionais e instituições. Prevenção e cura, antes de se excluírem, são essencialmente complementares, justificando estar sob uma

única responsabilidade. Em um mesmo nível de complexidade, deve-se garantir a integralidade do atendimento, representado pelo acesso da população a diferentes serviços.

32.6 - QUANTO A OUTROS CONCEITOS que devem merecer tratamento especial na estratégia de condução das A.I.S.:

- a) Supervisão, sobretudo no que diz respeito aos componentes de controle de quantidade, qualidade, eficiência e eficácia dos serviços.
- b) Modelos e normas de programação de atividades e de Unidades de Saúde para que sejam flexíveis e ajustáveis às diferentes realidades regionais.
- c) Relações entre o setor público e o privado nos diferentes níveis de atenção.
- d) Referência a níveis mais complexos de atenção ambulatorial e hospitalar.



V - A PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NAS A.I.S.

- 33 - O Ministério da Saúde sempre teve um destacado papel de vanguarda nas experiências brasileiras de organização de um sistema nacional de saúde.
- 34 - Assim foi no projeto Montes Claros e Caruaru, no PIASS, no PREVSAÚDE, e nas propostas defendidas nas Conferências Nacionais de Saúde, formulando ou apoiando políticas modernizantes para o setor.
- 35 - Dentre as instituições que atuam no Setor Saúde, o Ministério da Saúde, surge como o núcleo natural de organização do NOVO sistema, pois sempre teve seus esforços dirigidos e comprometidos com a saúde de TODOS os cidadãos.
- 36 - Na medida em que as A.I.S. vêm se consolidando como a vertente operacional da construção do NOVO S.N.S., a estratégia de participação do MS deve ser refletida e atualizada visando sua maior otimização.
- 37 - Em que pese a marcante presença do MS na CIPLAN (nível federal), isto não se reproduz a nível estadual (CIS) e local (CLIS), onde sua participação tem sido, no mínimo, tímida.
- 38 - Nos Estados, as Delegacias Federais de Saúde, participam inexpressivamente das C.I.S., mesmo porque não representam efetivamente um Ministério integrado. Não respondem pela FSESP, SUCAM, FIOCRUZ e FPS. Além do mais, outras áreas do MS como Secretaria Geral, SNPES, SNABS, SNVS desenvolveram canais próprios com as Secretarias Estaduais.
- 39 - Por outro lado, o MS ao aportar recursos financeiros significativos aos Estados, o vem fazendo sem sintonia com as Ações Integradas de Saúde, mas geralmente vinculados à estrutura de programas verticais na sua atuação programática, gerencial e operacional. Até mesmo os recursos e programas destinados ao desenvolvimento de infra-estrutura de Serviços não estão sendo programados e executados na concepção das A.I.S.
- 40 - Assim, ao mesmo tempo em que o MS assume importante iniciativa po

lítica na unificação das instituições federais e na reestruturação de todo o Setor, não tem demonstrado coerência nas ações de seus próprios órgãos que atuam sem homogeneizar a sua participação.

Sistemas Estaduais de Saúde vão se constituindo com a hegemônica participação das Secretarias Estaduais e do INAMPS, ficando o MS, apesar do montante de recursos que investe com uma atuação secundária.

- 41 - O reconhecimento da importância já incontestada das "Ações Integradas de Saúde", e o papel nuclear que deverá desempenhar o Ministério da Saúde na formulação do "Novo Sistema Nacional de Saúde", exigirá que se defina uma estratégia de atuação mais comprometida, articulada, clara e agressiva, de forma que as ações de todos seus órgãos e áreas se orientem por diretrizes comuns, reforçando-se mutuamente a fim de aumentar sua presença efetiva junto aos Estados.