



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

RELATORIO SOBRE A POLITICA NACIONAL DE SAÚDE APRESENTADO AO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE EM JANEIRO / 1978

1. INTRODUÇÃO

2. PROBLEMAS INSTITUCIONAIS

- 2.1. Considerações gerais
- 2.2. Instrumentos legais e mecanismos de atuação já existentes
- 2.3. O Conselho Superior de Saúde e a Política Estadual de Saúde
- 2.4. O Conselho Deliberativo: Órgão gestor do Sistema Estadual de Assistência Médico-Sanitária e Hospitalar.
- 2.5. Unidades Financiadoras:
 - 2.5.1. Proposições a curto prazo
 - 2.5.2. Proposições a médio prazo

3. A AREA PROGRAMÁTICA "PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A PESSOAS"

- 3.1. À rede básica de assistência médico-sanitária
 - 3.1.1. Objetivos
 - 3.1.2. Características operacionais
- 3.2. À rede de assistência médico-hospitalar
- 3.3. Às programações integradas de Saúde
 - 3.3.1. Programa de controle da tuberculose
 - 3.3.2. Programa de controle da hanseníase
 - 3.3.3. Programa de assistência à gestante e ao parto
 - 3.3.4. Programa de assistência ao recém-nascido, ao infante e ao pré-escolar
 - 3.3.5. Programa de assistência ao escolar
 - 3.3.6. Programa de saúde mental
 - 3.3.7. Programa de assistência ao adulto

4. A AREA PROGRAMÁTICA "AÇÃO SOBRE O MEIO AMBIENTE"

5. A AREA PROGRAMÁTICA "ATIVIDADES DE APOIO"



1. INTRODUÇÃO

O Sr. Secretário da Saúde designou uma Comissão do Conselho Estadual de Saúde para, em conjunto com um Grupo de Técnicos da Secretaria da Saúde, da Secretaria de Higiene da Prefeitura e do INPS, fazer comentários e elaborar sugestões relacionadas com a Política Nacional de Saúde, atendendo solicitação do Exmo. Sr. Ministro da Saúde.

O Grupo de Trabalho, constituído, reuniu-se várias vezes e elaborou o presente relatório, contendo comentários e sugestões baseadas no documento relativo ao tema 4 da VI Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, 1977.

O grupo definiu seus objetivos de acordo com a sugestão da Comissão Permanente de Consulta entre os Ministérios da saúde e da Previdência e Assistência Social, a saber:

1.º) estudo da operacionalização do Sistema Nacional de Saúde, de acordo com os marcos institucionais já definidos pelo Governo Federal; para tanto, aceitou-se a conceituação do documento "POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE", apresentado à VI Conferência Nacional: — "o objetivo da Política Nacional de Saúde é, dando prosseguimento a uma série de atos Governamentais, especialmente a Lei que organiza o Sistema Nacional de Saúde, estabelecer diretrizes para a operação do setor de produção de serviços de saúde, no que se refere ao âmbito da atuação e ao relacionamento entre as diversas instituições e níveis de Governo e o setor privado, visando à operação do Sistema com a máxima cobertura populacional com os melhores resultados possíveis face aos recursos empregados";

2.º) estudo de viabilidade da implantação de programações integradas de saúde no Estado de São Paulo, seu conteúdo, principais mecanismos de implantação e acompanhamento, fatores facilitadores e obstáculos à sua implantação.

O documento é uma contribuição que parte da situação vigente no Estado de São Paulo, como tal apresentando sugestões específicas para a realidade



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

paulista, válidas, possivelmente, para outras Unidades Federais. Contém também, entretanto, proposições de âmbito geral que lhe pareceram capazes de facilitar quaisquer tipos de organização em nível estadual.

O documento básico da Política Nacional de Saúde deverá certamente considerar a gama enorme de diferentes realidades de saúde nas Unidades Federadas.

Dentre as proposições deste relatório, destacamos duas que, pela sua abrangência e repercussões, devem ser abordadas inicialmente.

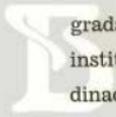
A primeira delas é a proposta de vinculação do INAMPS, como autarquia, ao Ministério da Saúde, porque as atividades de assistência médica da previdência social encontram-se hoje corporificadas em um único organismo, distinto das demais atividades previdenciárias. Esta proposição, na realidade, permeia todo o documento, na medida em que o problema da integração está presente, tanto nos aspectos de **estruturação** do Sistema Estadual de Saúde, como nos aspectos de **implantação de programações integradas de saúde em São Paulo**.

A segunda das proposições diz respeito ao tratamento especial que deve merecer o problema da seleção, admissão e remuneração do pessoal que trabalha no setor saúde. Deve ser reconhecido que é impossível a implantação do Sistema Nacional de Saúde, enquanto, por exemplo, não se puder utilizar recursos de mais de uma fonte para remuneração do servidor; ou enquanto persistirem os atuais procedimentos de recrutamento, seleção, admissão e gerência de pessoal, com critérios totalmente afastados das necessidades específicas do setor.

2. PROBLEMAS INSTITUCIONAIS

2.1. Considerações gerais

O grupo ao abordar o problema da implantação de programações integradas de saúde, considerou como opção política, já estabelecida, o caráter multi-institucional e não monopolístico do setor saúde, compreendendo órgãos subordinados a vários Ministérios, várias Secretarias de Estado e de Município, inte-



INSTITUTO
BUTANTAN
A SERVIÇO DA SAÚDE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

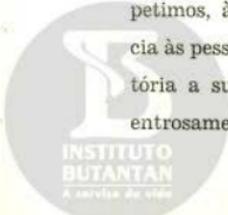
GABINETE DO SECRETÁRIO

grado, ainda, por agências de caráter beneficente ou filantrópico, por profissionais liberais e por empresas de caráter lucrativo.

As dificuldades institucionais em conseguir a integração decorrem, principalmente, dos obstáculos políticos às diferentes alternativas de subordinação entre as instituições (subordinação clássica, vinculação, delegação, coordenação funcional ou de programas, etc.).

Neste sentido se propõe a passagem das atribuições, recursos físicos, humanos e financeiros do INAMPS para a esfera do Ministério da Saúde; o INAMPS passaria a ser autarquia vinculada ao Ministério da Saúde.

É uma proposição à primeira vista surpreendente mas de indiscutível lógica, racionalidade e oportunidade. Realmente, a Lei n.º 6.229, de 17-07-75, atribui ao Ministério da Previdência e Assistência Social a responsabilidade da prestação de serviços de saúde às pessoas, elaborando planos, coordenando o subsistema, prestando-os diretamente ou utilizando serviços de terceiros, utilizando novos métodos terapêuticos ou modalidades de assistência e facilitando aos usuários o acesso aos medicamentos, fixando, finalmente, em colaboração com o Ministério da Saúde, as normas e padrões para a prestação desses serviços. Um fato novo, em 1977, a Lei n.º 6.439 de 01-09-77, fez com que tudo se modificasse, com a individualização do INAMPS — Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, como órgão exclusivamente destinado às ações de Saúde do Ministério da Previdência e Assistência Social. Nessas condições, não mais se justifica a dicotomia, entre os dois Ministérios, para executar ações de saúde, aceitável quando a instituição (INPS) que em um deles (MPAS) cuidava dessa área, incluía várias outras absolutamente desvinculadas dessa missão. Existindo um órgão arrecador independente, o INAMPS destina-se hoje exclusivamente, repetimos, às ações previstas no Sistema Nacional de Saúde, na parte de assistência às pessoas. Não subsistindo os motivos para a separação em duas áreas, é obrigatória a sua unificação para aceleração das ações, comando unificado, melhor entrosamento em todos os níveis e impossibilidade do surgimento de divergências





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

de qualquer natureza a entravar os propósitos do Sistema Nacional de Saúde.

2.2. INSTRUMENTOS LEGAIS E MECANISMOS E ATUAÇÃO JÁ EXISTENTES

O grupo procurou identificar, no Estado de São Paulo, quais os instrumentos legais que já permitem uma integração ou coordenação das diversas instituições que operam serviços de saúde, e, também, quais os mecanismos de atuação já existentes que possibilitam implantar as programações integradas de saúde.

Entre os instrumentos legais podem ser citados:

- Lei Federal n.º 6.259 de 30-10-75, Decreto Federal 78.231 de 12-08-76 e Portarias Ministeriais que dispõem sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e Programa Nacional de Imunizações bem como Resolução SS n.º 42 de 12-10-77, que regulamenta o credenciamento de Postos de Vacinação no Estado de São Paulo;
- Decreto Estadual n.º 9.294 de 17-12-76, que estabelece facilidades para o entrosamento Secretaria da Saúde-Prefeituras Municipais (fornecimento de medicamentos, vacinas e suplementos alimentares);
- Portarias do Ministério da Previdência e Assistência Social que estabelecem normas de convênios a serem celebrados entre as instituições de previdência social e os governos estaduais e municipais e outros órgãos públicos;
- Resolução da Secretaria do planejamento criando Fundos Especiais de Despesa nos Hospitais da Secretaria da Saúde, permitindo convênios com INAMPS, IAMPS e Prefeituras Municipais;
- Normas do Conselho Estadual de Auxílios e Subvenções para concessão de auxílios e subvenções aos hospitais.



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

Entre os mecanismos de atuação já existentes podem ser citados entre outros, os seguintes convênios:

- Convênio entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e a Secretaria da Saúde que cria o Centro de Integração de Atividades Médicas-CIAM, objetivando a integração de serviços médicos no Estado de São Paulo;
- Convênio Secretaria da Saúde-Prefeituras, nos moldes do Convênio realizado com a Prefeitura de São Paulo;
- Convênios para a criação dos Postos de Assistência Médico-Sanitária (PAS), realizados entre a Secretaria da Saúde e Prefeituras Municipais;
- Convênio INPS-Hospital-Escola;
- Convênio Secretaria da Saúde-Escolas de Auxiliares de Enfermagem;
- Convênio da Secretaria da Saúde com Faculdades de Medicina e Faculdade de Saúde Pública para operação de Centros de Saúde-Escola e Hospitais de Ensino;
- Convênios entre a Secretaria da Saúde e Hospitais Psiquiátricos e Hospitais Gerais filantrópicos e lucrativos;
- Convênio entre Centro de Controle de Zoonoses da Prefeitura de São Paulo-Ministério da Saúde-Opas-Secretaria da Saúde;
- Convênios da Superintendência de Controle de Endemias — SUCEN com Prefeituras de Municípios e com o Fomento de Urbanização e Melhoria das Estâncias — FUMEST;
- Convênio Secretaria da Saúde-Prefeitura de São Paulo para fiscalização dos estabelecimentos que comercializam alimentos.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

A existência destes instrumentos legais e mecanismos de atuação possibilita, de imediato, o início da implantação de programações integradas de saúde. Entretanto, inexistente, a nível do Secretário da Saúde, um comando único que coordene esta implantação.

O grupo propõe uma organização estrutural (ver quadro anexo), com as seguintes unidades básicas:

- Conselho Superior de Saúde
- Conselho Deliberativo
- Unidades Financiadoras

2.3. O CONSELHO SUPERIOR DE SAÚDE E A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE

Propõe-se a criação de um Conselho supra-secretarial, presidido pelo Sr. Governador do Estado, tendo como membros, além do Secretário de Estado da Saúde, outros Secretários de áreas relacionados com a Saúde, bem como de representantes de órgãos federais (INAMPS) e Coordenador de Saúde do Sudeste do Ministério da Saúde).

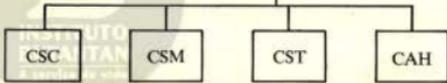
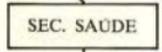
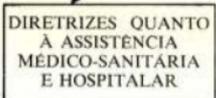
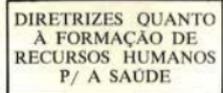
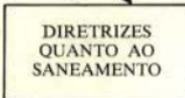
O Secretário de Estado da Saúde proporá ao Conselho Superior de Saúde um projeto de Política Estadual de Saúde que, uma vez aprovado e sancionado pelo Governador, será a Política Estadual de Saúde, documento com as diretrizes básicas para a atuação nas áreas de assistência médico-sanitárias e hospitalar, saneamento e formação de recursos humanos para a saúde.

Estas diretrizes gerais orientarão os planos, programas e projetos das várias secretarias naquilo que diz respeito ao Setor Saúde.

A elaboração da Política Estadual de Saúde deverá ser um processo com ampla participação das instituições produtoras dos serviços de saúde, associações profissionais, órgãos regionais e locais, com objetivo de traduzir as aspirações da comunidade com relação ao setor saúde.



Função: — Aprovação da Política Estadual de Saúde proposta pelo Secretário de Estado da Saúde.
Presidido pelo Governador.
Membros: — Secretário da Saúde e outros Secretários envolvidos com o Setor Saúde.
 — INAMPS.
 — Coordenador de Saúde do Sudeste do Ministério da Saúde.



OUTRAS SECRETARIAS

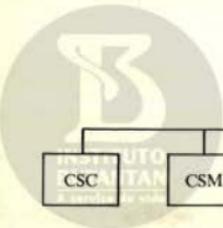
INAMPS

SECRETARIAS DE HIGIENE



Função: gestor do setor de assistência médica sanitária e hospitalar.
Presidido pelo Secretário de Estado da Saúde.
Membros: órgãos que participam das programações integradas de saúde.

Programações integradas





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

2.4. O CONSELHO DELIBERATIVO: — órgão gestor do Sistema Estadual de Assistência Médico-Sanitária e Hospitalar.

As diretrizes da Política Estadual de Saúde referentes ao sistema de assistência médico-sanitária e hospitalar deverão ser implantadas por um órgão coordenador, o Conselho Deliberativo, com as seguintes características:

- é órgão gestor do sistema de assistência médico-sanitária e hospitalar, com poder de determinação sobre as instituições nele representadas;
- é presidido pelo Secretário de Estado da Saúde e seus membros são representantes de todas as instituições que participam das programações integradas de saúde;
- as funções de planejamento, supervisão e avaliação das programações integradas de saúde serão exercidas por uma Secretaria Técnica do Conselho Deliberativo; o núcleo principal desta Secretaria será constituído pela assessoria de planejamento da Secretaria da Saúde, e, também, por técnicos de outros órgãos (INAMPS, Secretaria de Higiene da Prefeitura, por exemplo), colocados à disposição da Secretaria Técnica.

É importante enfatizar que uma das primeiras determinações do Conselho deverá ser a regionalização do sistema, regulamentando a criação de Conselhos Deliberativos Regionais; sem esta descentralização a implantação das programações integradas de saúde será inviável.

2.5. UNIDADES FINANCIADORAS

Quanto aos recursos financeiros para operação do sistema foram estudadas proposições a curto e médio prazo:

2.5.1. Proposições a curto prazo:

2.5.1.1. A dinamização do Centro de Integração de Assistência Médica

- CIAM — com o objetivo de implantar as atividades previstas



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

no Convênio em toda a rede de Centros de Saúde, de ambulatórios de Saúde Mental e Laboratórios de Saúde Pública, com o objetivo de implantar uma rede básica de assistência médico-sanitária.

Uma nova metodologia de trabalho poderá ser implantada imediatamente pelo CIAM:

- atendimento indiscriminado a previdenciários e não previdenciários.
- comando único e programações comuns.
- subsídio pelo INAMPS, considerando que praticamente toda a população tem cobertura previdenciária.

Tal dinamização traria, de imediato, substancial apoio financeiro do INAMPS à Secretaria da Saúde; propõe que tais recursos deveriam ser aplicados prioritariamente na contratação e treinamento de recursos humanos, e, sempre que possível, na melhoria dos níveis salariais. A atual tendência do CIAM, de investimentos em reformas, ampliações e equipamentos de Centros de Saúde, deveria ser revista, considerando-se que o elemento humano é o instrumento mais importante para as ações de saúde, principalmente, quando se pretende a adoção de técnicas mais simplificadas. Por outro lado, o CIAM por suas próprias características, possibilita maior flexibilidade na gestão dos recursos humanos.

Para ampliação do CIAM, o Ministério de Saúde deverá atuar diretamente junto ao M.P.A.S., devendo ser estudados, especificamente, mecanismos que permitam a remuneração de pessoal



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

de saúde de qualquer nível com recursos públicos de mais de uma fonte.

2.5.1.2. A regionalização do CIAM, de modo a permitir, a nível de cada Divisão Regional de Saúde, atividades de coordenação entre INAMPS e Secretaria da Saúde. Para atingir este objetivo, é fundamental a regionalização do INAMPS obedecendo os mesmos limites das atuais Divisões Regionais de Saúde. Tudo faz crer que isto realmente acontecerá.

2.5.1.3. A dinamização dos Fundos Especiais de Despesa, recentemente criados nos hospitais estaduais, com a realização de convênios com o INAMPS, IAMSPE e também as Prefeituras Municipais.

2.5.2. Proposições a médio prazo:

O fato do Conselho Deliberativo fazer um planejamento apenas indicativo, com relação à alocação dos recursos financeiros procedentes de várias fontes, diminui o seu poder de determinação junto aos órgãos executores das programações integradas de saúde.

A médio prazo deve-se caminhar para mecanismos que visem à utilização rigorosa dos recursos dentro dos princípios prescritos pelo Conselho ou mesmo para a consolidação de todos os recursos financeiros dos órgãos representados no Conselho Deliberativo para um único fundo.

O grupo estudou tanto proposições de constituição de um Fundo Estadual de Saúde como de uma Fundação Estadual de Saúde. Entretanto, não se optou em definitivo por nenhuma das proposições, considerando que estudos mais aprofundados deveriam ser estabelecidos.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

3. A ÁREA PROGRAMÁTICA "PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A PESSOAS"

O grupo considerou prioritária a discussão da área programática "prestação de serviços a pessoas", prevista no artigo 2.º da Lei do Sistema Nacional de Saúde, que compreende "as atividades de proteção e recuperação da saúde das pessoas, por meio de aplicação individual ou coletiva de medidas indicadas pela medicina e ciências correlatas".

O documento "Política Nacional de Saúde", já referido, propõe a existência de duas redes distintas: "uma encarregada principalmente do atendimento de necessidades sentidas, relacionadas com a ocorrência de condições mórbidas, e outra, de alcance coletivo, que trabalhe principalmente com necessidades não sentidas ou consentidas, relacionadas principalmente à promoção e proteção da saúde".

O grupo faz restrições a este critério de identificação de duas redes, pois pode levar a uma concepção errônea de que a prestação de assistência médica não é parte integrante da atenção primária à saúde.

Já o relatório final da VI Conferência Nacional de Saúde, salienta "a importância de definir-se uma regionalização dos serviços, composta por uma rede de complexidade crescente"; neste caso, o critério passa a ser o da identificação de diferentes níveis de complexidade das ações. A partir dessa concepção é que, para fins de programação, o grupo identifica dois níveis de prestação de serviços a pessoas: um primeiro nível, constituído pelas unidades da rede básica de assistência médico-sanitária e um segundo nível — mais complexo, constituído pela rede de assistência médico-hospitalar (que inclui a assistência ambulatorial especializada).

Por isto, o grupo enfatiza a importância da integração programática com amplo entrosamento entre as redes de assistência médico-sanitária e médico-hospitalar, com o objetivo de evitar dicotomias e separação entre as mesmas. É importante, ainda, um fluxo de documentação médica entre os vários níveis de atendimento, para dar continuidade à assistência em saúde.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

3.1. À REDE BÁSICA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA

O grupo considerou prioritária, dentro da área programática "prestação de serviços a pessoas", a definição da rede básica de assistência, seus objetivos e sua operacionalidade.

3.1.1. Objetivos da rede básica de assistência médico-sanitária:

Caracterizada pela execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de nível mais simples dirigidas a três (3) áreas:

- a) às pessoas: — imunização
 - visitas domiciliares
 - pré-natal
 - Puericultura
 - complementação alimentar para grupos de maior risco
 - reconhecimento e atendimento de sintomas e doenças simples
 - encaminhamento à consulta médica
 - consulta médica geral;
- b) ao meio: — Soluções de abastecimento de água e destino dos dejetos a nível domiciliar;
- c) de apoio: — Informação (estatística vital, fatores ambientais e sociais), colheita de material para exames.

3.1.2. Características operacionais da rede básica de assistência médico-sanitária.

- 3.1.2.1. As unidades de saúde executoras de assistência primária devem compreender dois níveis: um deles, mais simples, constituído por "postos" operados por auxiliares, (com treinamento específico e supervisão continuada) e que podem ou não (dependendo das características e da facilidade de acesso a outras



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

unidades), receber periodicamente um médico-geral para dar consultas previamente agendadas pelos auxiliares. Um segundo nível, tipo Centro de Saúde, executando todas as funções do "posto" acrescidas de Assistência Médica Permanente, colheita de material para exames e Vigilância Epidemiológica. Este segundo nível dá apoio técnico e administrativo a um certo número de "postos" e deve atender a pacientes encaminhados pelos mesmos. Portanto, os "postos" não podem existir isoladamente e só serão viáveis se forem considerados "extensões" de Centro de Saúde. Os Centros de Saúde deverão estar organizados em diferentes graus de complexidade, com amplo entrosamento entre eles.

3.1.2.2. As unidades da rede de assistência médico-sanitária, deverão ter definida sua área geográfica de influência, com uma clientela-alvo sem diferenciação em previdenciária ou não-previdenciária, com o objetivo de facilitar o planejamento das ações à nível local e orientar o usuário quanto à sua unidade de referência.

3.1.2.3. Devem prestar, sob comando único, ações de assistência médica primária, integrando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com ênfase nas primeiras.



INSTITUTO
BUTANTAN
A SERVIÇO DA VIDA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

- 3.1.2.4. Constituem uma rede com objetivos, operacionalização e programação de saúde comuns, mesmo pertencendo patrimonialmente a diferentes órgãos públicos (Secretaria de Estado da Saúde, Prefeituras e INAMPS).
- 3.1.2.5. A remuneração da equipe de saúde da rede de assistência médico-sanitária deverá obedecer a outros critérios que não o do pagamento por unidade de serviço, considerando as próprias características do atendimento dessa rede.
- 3.1.2.6. Dependendo da realidade local, as unidades da rede básica de assistência médico-sanitária poderão ser instalados nos hospitais.
- 3.1.2.7. O Conselho Deliberativo deverá definir:
- a) o número e localização das Unidades que integram a rede básica de assistência médico-sanitária (deve-se partir da experiência da implantação dos Centros e Postos de Vacinação previstos na Lei 6.259);
 - b) o dimensionamento dos recursos humanos e materiais (capacidade instalada) das Unidades, bem como definição do seu grau de complexidade;



INSTITUTO
BUTANTAN
A SERVIÇO DA VIDA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

- c) as programações básicas de saúde, com a adoção de normas e procedimentos uniformes para toda a rede, independentemente de sua vinculação institucional;
- d) a política salarial, procurando, a médio prazo, uniformizar e elevar salários e vencimentos em cada nível, independentemente da vinculação institucional. A política salarial deverá ainda incentivar a fixação de pessoal em zonas mais carentes, adotando sistemas de vantagens pecuniárias nestas regiões.

Os recursos existentes (financeiros, materiais e humanos), já são suficientes para implantar a rede acima mencionada; os obstáculos maiores têm origem nos aspectos político-institucionais, pois, do ponto de vista técnico, as soluções para os problemas são relativamente simples.

O problema de uma demanda incontrolável e crescente, em decorrência de uma maior acessibilidade aos serviços de saúde, e que tende a sobrecarregar a Unidade, deteriorando a qualidade da assistência, merece uma atenção especial. A demanda "espontânea", apenas para atendimento curativo, deve a curto e médio prazo ir sendo regularizada à medida que os programas sejam implantados e o agendamento de consultas se torne rotina de atendimento da Unidade.

Um problema de demanda que exige maior atenção e deve ser estudado pelos órgãos previdenciários é a procura de atestados para fins de admissão, ou para justificar ausência do trabalho, que sobrecarregam excessivamente a Unidade, sem maior significado para o nível de saúde dos indivíduos e da coletividade.

Com relação ao problema do atendimento de urgência, considerou-se que nos municípios maiores há necessidade de uma rede de postos de pronto-socorro,





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

preferencialmente na mesma área física dos hospitais gerais, ou então com referência imediata para leitos específicos nos hospitais gerais. Nestes municípios maiores, a população deverá ser orientada a procurar adequadamente a rede básica de assistência médico-sanitária ou de pronto-socorro, dependendo dos problemas de saúde apresentados.

Nos municípios menores, a própria rede básica se responsabiliza pelos primeiros socorros e deverá ter condições de encaminhamento urgente a hospitais gerais. Foi ressaltada a importância de convênios entre as Prefeituras de municípios maiores com o INAMPS, de modo a que o atendimento de emergência seja universal e com a participação do INAMPS. Foi lembrado que muitas vezes há duplicidade neste tipo de atendimento e que, por outro lado, muitas vezes os hospitais passam a receber de duas fontes para um mesmo paciente internado.

Considerando-se alguns parâmetros, seria possível definir a extensão da rede de Pronto-Socorros (por exemplo o atendimento de urgência pressupõe plantões médicos de 24 horas, retaguarda hospitalar especializada e em média 30% da população tem necessidade de um atendimento de urgência/ano).

3.2. A rede de Assistência Médico-Hospitalar

Com relação à assistência hospitalar, procurou-se identificar suas principais características no Estado de São Paulo:

- 1.º) o setor público isoladamente não tem condições de operar diretamente a rede hospitalar;
- 2.º) o setor público hospitalar opera com capacidade ociosa e com alto custo de manutenção;
- 3.º) o governo estadual e a União não têm planos de ampliação da rede própria, enquanto algumas Prefeituras (por exemplo a da Capital), pretendem tal ampliação;



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

4.º) o setor beneficente e filantrópico (com 46,05% do total de leitos), e o setor lucrativo (com 29,84% do total de leitos), têm grande peso na determinação de uma política de assistência hospitalar, tanto do ponto de vista quantitativo (75,89% do total dos leitos), como do ponto de vista qualitativo (por operarem a baixo custo e, no caso dos hospitais filantrópicos, contarem com intensa participação da comunidade). (Dados da Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria da Saúde — setembro/1976).

5.º) a assistência médico-hospitalar é financiada em mais de 80% com recursos do INAMPS; o Governo Estadual e a Prefeitura da Capital têm também importante papel como comprador de serviços, pois mantêm convênios com hospitais privados num total de mais de 3.000 leitos. Portanto, a rede de hospitais filantrópicos e lucrativos tem como principal fonte de financiamento os órgãos públicos.

Com base nestas características, considerou-se que:

1.º) a integração programática, com amplo entrosamento entre a rede de assistência médico-sanitária e a rede hospitalar, encontrará dificuldades decorrentes da multiplicidade das instituições com diferentes objetivos, algumas sem qualquer vínculo com o setor público.

Em consequência, o grupo identificou como estratégia mais adequada a implantação prioritária de determinadas áreas programáticas integrando a assistência primária e a assistência-hospitalar:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

- programa de controle da tuberculose
 - programa de controle da hanseníase
 - programa de assistência à gestante e ao parto
 - programa de assistência ao recém-nascido, ao infante e ao pré-escolar
 - programa de assistência ao escolar
 - programa de saúde mental
 - programa de assistência ao adulto;
- 2.º) a construção ou ampliação dos hospitais com recursos públicos (por exemplo: F.A.S. e CEAS), deveria ser analisada pelo Conselho Deliberativo, em função das necessidades de saúde da população e das programações integradas de saúde;
- 3.º) a utilização dos leitos da rede privada pelos órgãos públicos deverá estar condicionada à utilização máxima dos leitos da rede pública; em se tratando da rede privada, a prioridade deverá ser a utilização dos beneficentes ou filantrópicos;
- 4.º) a integração programática entre a rede médico-sanitária e a rede hospitalar deverá estar baseada em normas e procedimentos para internação claramente definidos pelo Conselho Deliberativo, para evitar que a rede básica venha a se constituir em fonte agenciadora de internações remuneradas pelo sistema de pagamento por unidade de serviço, que sabidamente estimula internações desnecessárias, introduzindo critérios não técnicos à indicação dos atos médicos. Considerou-se, ainda, a possibilidade, em alguns programas e áreas, da implantação do sistema de pagamento das internações por leito existente, considerando os variáveis tipos de atendimento, tempo de permanência e percentagem de ocupação.



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida