

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE - CIS MG

AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

PROGRAMAÇÃO CONJUNTA 86



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

DIRETRIZES E ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A PROGRAMAÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA DESCENTRALIZADA

APRESENTAÇÃO .

O presente documento, elaborado sob a coordenação da Comissão Executiva da CIS, consiste em orientações para a efetivação, da programação conjunta das Ações Integradas de Saúde, para 1986, incorporando os diferentes setores responsáveis pela prestação de serviços de saúde à população: INAMPS, SES, Prefeituras, Universidade, FSESP, SUCAM, outras instituições conveniadas com o INAMPS (sindicatos, entidades filantrópicas, etc.), setor privado em seu conjunto.

É inquestionável a importância e urgência da programação conjunta, para que se alcancem os objetivos das Ações Integradas de Saúde, no sentido de reorientação da rede prestadora de serviços dentro dos princípios de regionalização, hierarquização, e racionalização. Os primeiros passos, nesta direção foram dados através das resoluções CIPLAN n.ºs 6 e 7 e o Memo-Circular 388/84 da Secretaria Nacional de Planejamento do INAMPS, em 1984. Ainda que limitada em sua abrangência e profundidade, houve uma primeira experiência de programação integrada em Minas Gerais naquele ano, efetivada pela CRIS da Região Metropolitana de Belo Horizonte, onde as AIS estavam implantadas regionalmente. Em 1986, com a expansão das AIS para todas as regiões do Estado, verifica-se a necessidade (e possibilidade) de que a programação integrada seja efetivada a nível do Estado como um todo.

De acordo com orientações recebidas do INAMPS e Ministério da Saúde, através de documento conjunto elaborado no I Seminário Nacional das AIS, realizado em Brasília de 07 a 09 de agosto, o processo de Programação/Orçamentação foi dividido em duas etapas:

1ª etapa: Programação das metas globais de produção dos serviços públicos e privados a nível do Estado. O prazo desta primeira etapa terminou em 20 de setembro e foi efetivada por uma equipe técnica integrada, coordenada pela Comissão Executiva da CIS. A exiguidade do prazo e a centralização do processo nesta primeira etapa deveu-se a uma necessidade de que, ainda que em termos muito gerais, a proposta de metas pudesse subsidiar a orçamentação para o próximo ano (o que não vinha ocorrendo nos anos anteriores porque a orçamentação no INAMPS ocorria em agosto/setembro e a programação em novembro).

2ª etapa: Adequação regional e local de programação/orçamentação de forma descentralizada e democrática, buscando reorientar o setor saúde a nível de cada município e região de forma a atender às necessidades da população e compatibilizar as diversas fontes orçamentárias. A segunda etapa é importante pelo seu caráter político e mobilizador. É importante também como mecanismo de capacitação técnico-gerencial das CLIS e CRIS na programação e acompanhamento integrado das ações de Saúde.

Este documento traz diretrizes e orientações para a execução da 2ª etapa da programação conjunta e se subdivide em 2 partes. A primeira parte contém Diretrizes e Orientações Gerais para programação e a 2ª parte contém um roteiro com formulários e instruções de preenchimento.



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

DIRETRIZES E ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A PROGRAMAÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA DESCENTRALIZADA

I - INTRODUÇÃO

A concepção que a CIS-MG tem hoje das AIS é de que estas não se constituem em um programa, mas em uma ESTRATÉGIA de reorientação do modelo assistencial no Estado, que inclui TODAS as ações de saúde, públicas ou privadas, curativas ou preventivas.

Dentro desta perspectiva, a CIS-MG está preocupada, principalmente, com o reforço das instâncias colegiadas a nível local (CLIS) e regional (CRIS) e também na ampliação ou horizontalização programática das atividades, com a finalidade de se procurar propostas de soluções descentralizadas para questões críticas que ora enfrentamos. Dentre estas questões citamos: os medicamentos, a assistência odontológica, a saúde mental, o controle das agressões ao meio ambiente, onde se inclui o uso de agrotóxicos e biocidas, o controle das endemias, o saneamento básico; a garantia de referência aos níveis mais complexos de atenção à saúde (apoio laboratorial e acesso a internações hospitalares); o relacionamento com o setor privado, etc.

Acreditamos que o ponto inicial e de fundamental importância na condução de todas estas questões será a PROGRAMAÇÃO CONJUNTA FÍSICO-FINANCEIRA DESCENTRALIZADA, com a efetiva participação das CLIS, CRIS e da sociedade civil organizada, em sua elaboração e acompanhamento.

A preocupação de municipalização das ações de saúde deverá estar sempre presente na condução das AIS, procurando-se permanentemente o envolvimento e o aval das Prefeituras Municipais, mesmo que várias delas não tenham recursos iniciais para o desenvolvimento de atividades.

II - DIRETRIZES

A programação conjunta das AIS deverá abranger os 722 municípios do Estado, para início a 01 de janeiro de 1986. Esta extensão já foi prevista pela PT MPAS/SSM 316/85 que determina a transformação do PIASS em AIS. Diz a portaria em seu anexo VII referente ao PIASS: "as unidades que vierem a ser incluídas nas AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE serão automaticamente excluídas da presente modalidade que, de qualquer forma, será extinta a 31/12/85

passando a integrar as Ações Integradas de Saúde e a serem reguladas pelos critérios e normas das AIS, mediante a transposição dos recursos necessários à manutenção da rede para a rubrica própria das Ações Integradas de Saúde".

É fundamental inicialmente, o levantamento de todos os recursos e serviços na área de saúde da região, por município, tanto públicos quanto privados, que deverão se articular em um sistema regionalizado, racionalizado e hierarquizado, no qual mecanismos de controle da cobertura assistencial, de produtividade e resolutividade e o plano de aplicação de recursos sejam elaborados e periodicamente avaliados pelas instâncias colegiadas.

No levantamento dos recursos e serviços, deverão ser incluídas as unidades de saúde FILANTRÓPICAS (definidas como aquelas que possuem o Certificado de Entidades Filantrópicas expedido pelo Conselho Nacional de Serviços Sociais do MEC, e que não se relacionam juridicamente com o INAMPS através de CONTRATO PADRÃO - Setor privado AIH, Estas são, em sua maioria, pequenas HOSPITAIS locais (130 em todo o Estado, alguns apenas com CONVÊNIO com o FUNRURAL). Estas unidades deverão ser incluídas nos PLANOS OPERATIVOS e remuneradas de acordo com as NORMAS e VALORES das PT MPAS/SSM 314 e 316/85 - ANEXO VIII as quais possibilitam uma melhor remuneração pelos serviços prestados à clientela rural, tornando-se assim um mecanismo de equalização do atendimento prestado à população rural e urbana. Estas pequenas unidades hospitalares filantrópicas, junto com as unidades municipais e as do Estado, deverão assumir preferencialmente toda a referência hospitalar dos beneficiários RURAIs da Previdência Social e dos INDIGENTES.

Os hospitais municipais sem convênio padrão (setor privado-AIH) com o INAMPS poderão se integrar às AIS dentro das normas e valores das PT MPAS 314 e 316/85.

Na programação conjunta deverão ser dimensionadas, de acordo com as reais necessidades da população, todas as ações de saúde do município, entre outras: consultas médicas, atendimento básico, medicamentos, apoio laboratorial (patologia clínica, anatomia patológica, RX, exames especializados); internações hospitalares, atividades odontológicas convencionais e expansão da odontologia alternativa, atividades de medicina preventiva (saúde básico, vigilância sanitária e epidemiológica).

Deverão, ainda, ser levantadas as necessidades de recursos financeiros para suprimento da rede e investimento (material permanente, equipamentos, obras, reformas, ampliações, treinamento de recursos humanos etc.).

Ressalta-se que as atividades e recursos do Ministério

Saúde (CDT, PAISMC, PSA etc), dos projetos especiais (MG-II, PLANORDESTE NORDESTE etc); dos projetos financiados pelo BNDES (FINSOCIAL PIASS, PERIURBANO) bem como outros projetos de investimento (FAS, POLICLINICA) deverão estar incluídos na programação.

O sistema hierarquizado deverá ser montado, utilizando-se estudos de necessidade de cobertura das ações de saúde, com base em PARÂMETROS DE PROGRAMAÇÃO pré-estabelecidos onde todos os recursos do SETOR PÚBLICO e das ENTIDADES FILANTRÓPICAS devam ser prioritariamente utilizados, em todos os níveis de complexidade.

Dentro desta perspectiva deve-se procurar maximizar a capacidade de todas as unidades ambulatoriais, o apoio laboratorial, as unidades hospitalares do SETOR PÚBLICO (inclusive as ENTIDADES FILANTRÓPICAS) e principalmente os Hospitais de Ensino ou Universitários.

A cobertura universalizada só poderá ser realizada nos serviços públicos e nos de ensino sob convênio MEC/MPAS. Poderá também vir a ser realizada nos filantrópicos após aprovação da inclusão dos mesmos como proposta de expansão.

Aos hospitais de ensino público cabe, prioritariamente, o papel de retaguarda ambulatorial especializada como hemodiálise, medicina nuclear, etc.

A capacidade instalada dos Hospitais Universitários para programação de 86 deverá se restringir aos seus serviços próprios, inclusive os recursos humanos. Portanto, não deverão ser considerados como recursos disponíveis aquelas unidades ou profissionais credenciados (PRÓ-LABORE) ou conveniados de qualquer outra natureza. Esta mesma diretriz se aplica para o Estado, Prefeituras e setor filantrópico, inclusive para serviços e exames complementares.

Recomenda-se atenção para o papel importante que a Universidade pode desempenhar na educação continuada e reciclagem dos profissionais de saúde, principalmente, de nível superior.

Os planos operativos deverão conter uma proposta orçamentária por fonte de financiamento de forma a identificar a participação das diferentes instituições e um plano de aplicação dos recursos transferidos pelo INAMPS ao Estado, Municípios e Universidades. Solicita-se ainda a discriminação do percentual dos orçamentos municipais destinados a saúde.

É importante frisar que esta proposta deve ser o mais amplamente integrada, abrangente e debatida a nível de CLIS e CRIS procurando-se sempre o envolvimento das comunidades através de ampla divulgação dos seus propósitos à população.

III - ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

1 - Unidade Programática

A programação deverá ser feita por município e consolidada por microrregião (caso a CIS aprove em tempo hábil a proposta de compatibilização das regiões) e região de saúde.

2 - Classificação por porte

A classificação por porte tem por objetivo a orçamentação do repasse para órgãos estaduais e municipais, assim como para os Hospitais de Ensino e Universidades.

Os Hospitais de Ensino e Universidades serão classificados com base no convênio MEC/MPAS.

Considerando a cobertura microrregional e regional dos serviços de apoio laboratorial na rede estadual e municipal - as consultas médicas destas, realizadas a nível municipal, são consideradas de porte III. As consultas realizadas na rede estadual da FHEMIG terão porte IV por contarem com serviços de apoio diagnóstico de maior complexidade.

3. Parâmetros para Programação

3.1. Assistência Ambulatorial

Ao elaborar a programação conjunta para 1986, as CLIS deverão basear-se na avaliação da necessidade de cobertura dos serviços de saúde.

Para o cálculo destas necessidades a portaria 3046 traz alguns parâmetros, os quais, como todos os parâmetros, devem ser continuamente adaptados à realidade. Para a elaboração dos planos operativos/86 propõe-se os parâmetros mencionados abaixo, adaptados ao tamanho da população e grau de complexidade da rede.

3.1.1. Assistência médica

O quadro I orienta quanto ao nível de atenção necessário ao município, região ou microrregião, o tipo de unidades, o grau de resolutividade da rede e os parâmetros de cobertura de consulta/habitante/ano, diferenciando-se as consultas básicas das especializadas. O cálculo do parâmetro de consultas básicas inclui a OFTALMOLOGIA, a qual, embora seja uma especialidade é considerada de 1ª linha.

Os diversos níveis operativos reproduzem um elenco hierarquizado de ofertas de serviços numa região de saúde.

Cada nível operativo incorpora, portanto, o anterior, tanto no que diz respeito ao tipo de unidades, quanto à discriminação dos serviços.

A relação destes por nível operativo baseia-se no rol mais comumente encontrado no Estado. Alguns municípios, em regiões mais desenvolvidos do ponto de vista sócio-econômico, poderão dispor de um elenco maior de especialidades, enquanto outros, em regiões menos favorecidas, podem, ainda, ficar a-
quém.

A classificação do nível operativo de um município pólo é efetuado com base no somatório das populações dos municípios sede e da área de influência. O parâmetro das consultas especializadas incide sobre este total, enquanto que o das consultas básicas, sobre a população local. O parâmetro resultante, no caso dos municípios pólo, será portanto, maior que o inicialmente indicado para o nível operativo correspondente.

O Quadro I - A contém uma descrição da tipologia das unidades de saúde já mencionadas no Quadro I. O Quadro I - B mostra a distribuição das consultas de acordo com o nível operativo proposto.

Os parâmetros de cobertura de exames e serviços complementares esperados estão no quadro IC. Os parâmetros aumentam de acordo com a diversificação e complexidade do nível operativo do município e/ou microrregião de saúde.

3.1.2. Assistência Odontológica

Para o cálculo da necessidade de atenção odontológica optou-se pelos seguintes parâmetros de programação:

a) Será dado prioridade ao atendimento à população de 6 a 12 anos nas escolas e recomenda-se que a meta a ser alcançada baseie-se na cobertura de 50% da população escolar de 6 a 12 anos e 100% da população escolar de 6 a 8 anos.

b) Todo o incremento de serviços via utilização da capacidade ociosa instalada ou expansão da rede, deverá ser programado para o atendimento odontológico em escolas. Prevê-se a nível de todo Estado, a incorporação de 50 módulos mensais até julho/86, totalizando 300 módulos simplificados, à rede escolar do Estado, Prefeituras no ano de 1986.*

Desta forma, a programação de metas do atendimento odontológico nos Centros de Saúde deverá considerar apenas a ca-

pacidade existente quanto a recursos humanos, sem procurar otimizar a capacidade instalada do equipamento (ex. funcionamento de 2 turnos), a não ser que haja dentistas subocupados na rede.

c) De acordo com os convênios vigentes com o INAMPS, a proporção de recursos orçamentários deverá estar dentro dos seguintes parâmetros:

- 60% p/ atendimento odontológico ao escolar - tratamentos completados -

- 40% p/ atendimento odontológico à criança menor de 5 anos, gestante e adultos - procedimentos.

Esta proporção deverá ser considerada para uma microrregião e/ou região de saúde e não necessariamente por município ou prestador.

d) Todos os convênios da área de odontologia existentes entre o INAMPS e demais prestadores deverão ser denunciados e incorporados às Ações Integradas de Saúde AIS.

e) Orientações específicas quanto a parâmetros para cálculos de potencial, metas e orçamento estão inseridas nas instruções para preenchimento de formulários.

* Nota: O custo do módulo composto de 1 equipo para 1 dentista e 2 equipos para técnicos é aproximadamente de 17 milhões (preço de agosto/85).

3.1.3. Assistência Hospitalar

Para a programação de internações observar:

1) A plena utilização da capacidade instalada do setor público - incluindo Hospitais Universitários - e das Entidades Filantrópicas, desde que regidas por convênios específicos de relação para com essas entidades..

2) A cobertura assistencial a ser complementada pelo setor privado, obedecerá aos estudos de adequação regional a serem realizados tendo em vista os parâmetros estabelecidos pela Portaria MPAS/SSM 3046 e os tetos de internação distribuídos.

QUADRO I

TIPOLOGIA DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE SAÚDE
SEGUNDO OS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE CRESCENTE E
REGIÃO INTEGRADA: CONSULTA MÉDICA/UNIDADE DE
SAÚDE

NÍVEIS		CARACTERIZAÇÃO				RESOLUTIVIDADE DO NÍVEL	PARÂMETRO (c/h/a)		
TEC. SA. DE	OPERATIVO	POPULAÇÃO COBERTA (HAB.)	UNIDADE DE SAÚDE		SERVIÇOS PRESTADOS SEGUNDO AS ESPECIALIDADES MÉDICAS		NÍVEL OPERATIVO	CONSULTAS BÁSICAS 1a. LINHA	CONSULTAS ESP. 2a. LINHA
I	ELEMENTAR	DE 500 A 2 MIL	PS	-	-	-	-	-	-
	1º	DE 2 a 10 mil DE 10 a 20 mil	C.S.I C.S.II (*)	1 a 2 3 a 6	Médico generalista / Clínica geral	70,0	1,0 a 1,5	1,0 a 1,5	-
II	2º	DE 20 a 70 mil	AMBULATORIO I (*)	6 a 9	Clínica geral, Pediatria, Gineco-Obstetria, Leito observação 12 hs.	81,0	1,5 a 2,0	1,5 a 2,0	-
	3º	DE 70 a 150 mil	AMBULATORIO II	14 a 20	*Clínica geral, Pediatria Ginecologia, Obstetria Cirurgia Geral, Oftalmologia, Saúde Mental, Cardiologia, Leito observação - 24 horas	82,0	2,3	2,16	0,14
III	4º	DE 150 a 250 mil	POLICLINICA I	20 a 24	Clínica geral, Pediatria Ginecologia, Obstetria Cirurgia geral, Oftalmologia, Saúde Mental, Cardiologia, Otorrinolaringologia, Neurologia, Traumatologia, Ortopedia, Endocrinologia	98,0	3,0	2,74	0,26
	5º	DE 250 a 1 milhão	POLICLINICA II	mais 24	Todas as especialidades médicas	100,0	3,3	2,97	0,33

* OBS: Unidades passíveis de serem substituídas por uma Unidade Mista, em regiões onde a referência à Hospital Local e/ou Regional é difícil ou onerosa.

VIDE VERSO

RR.SP.MUSPER.SES.GABI-JYUN-PROG-002-011

QUADRO 1-A

TIPOLOGIA DAS UNIDADES DE SAÚDE
SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS

UNIDADES	FUNÇÕES
P.S.	Atendimento básico e eventualmente, atenção médica generalista periódica.
C.S.I.	Atendimento básico e atenção médica generalista diária, eventualmente acrescida de uma das especialidades médicas básicas.
C.S.II	Atendimento básico e atenção médica generalista acrescida de duas das especialidades básicas: médica e/ou pediátrica e/ou gineco-obstétrica e/ou pequena cirurgia. Eventualmente apoio diagnóstico laboratorial e assistência odontológica.
AMBULATÓRIO GERAL I	Atendimento básico; atenção médica nas áreas básicas: médica, pediátrica, gineco-obstétrica, cirurgia geral; apoio laboratorial; referência para as áreas básicas e eventualmente para saúde mental e/ou cardiologia ou outra especialidade, assistência odontológica, podendo contar com leitos de observação para 12 horas.
AMBULATÓRIO GERAL II	Idem ambulatório I; leito para 24 horas, saúde mental, cardiologia e/ou outra especialidade.
POLICLÍNICA I	Idem ambulatório I, acrescido de até 8 clínicas especializadas.
POLICLÍNICA II	Idem ambulatório I, acrescido de mais de 8 clínicas médicas especializadas.
UNIDADE MISTA	Unidade de internação de 04 a 10 leitos, acoplada a uma unidade ambulatorial sob administração única, que substitui um CS II ou um Ambulatório Geral I no atendimento a grupos populacionais entre 10.000 e 30.000 hab., especialmente em regiões onde a referência a Hospital Local e/ou Regional é difícil ou onerosa. A unidade mista deve, portanto, contar com infra-estrutura para internação nas quatro clínicas básicas, inclusive, apoio laboratorial de patologia clínica e radiodiagnóstico.
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	Atendimento médico especializado e exclusivo em uma das clínicas médicas da área básica e/ou especializada.

PARTICIPAÇÃO DAS CLÍNICAS MÉDICAS
SEGUNDO OS NÍVEIS OPERATIVOS

NÍVEL OPERATIVO	ESPECIALIDADES			
	CLÍNICAS BÁSICAS	DISTRIB. %	CLÍNICAS ESPECIALIZADAS	DISTRIB. %
1º	CLÍNICA MÉDICA (*) (GENERALISTA)	100,0	-	-
2º	CLÍNICA MÉDICA (*) PEDIATRIA GINECOLOGIA OBSTETRICIA TOTAL	31,0 45,0 15,0 9,0 100,0	-	-
3º	CLÍNICA MÉDICA (*) PEDIATRIA GINECOLOGIA OBSTETRICIA CIRURGIA GERAL TOTAL	28,0 45,0 15,0 9,0 2,0 100,0	SAÚDE MENTAL CARDIOLOGIA TOTAL	66,0 34,0 100,0
3º	CLÍNICA MÉDICA (*) PEDIATRIA GINECOLOGIA OBSTETRICIA CIRURGIA GERAL OFTALMOLOGIA TOTAL	23,0 45,0 15,0 9,0 2,0 6,0 100,0	SAÚDE MENTAL CARDIOLOGIA OTORRINOLARINGOLOGIA TRAUMATORTOPEDIA NEUROLOGIA ENDOCRINOLOGIA TOTAL	39,0 17,0 12,0 16,0 11,0 5,0 100,0
5º	CLÍNICA MÉDICA (*) PEDIATRIA GINECOLOGIA OBSTETRICIA CIRURGIA GERAL OFTALMOLOGIA TOTAL	20,0 45,0 15,0 9,0 3,0 8,0 100,0	SAÚDE MENTAL CARDIOLOGIA TRAUMATORTOPEDIA OTORRINOLARINGOLOGIA NEUROLOGIA ENDOCRINOLOGIA DERMATOLOGIA (**)	36,0 12,0 12,0 9,0 8,0 4,0 3,5
			GASTROENTEROLOGIA TISIOPNEUMOLOGIA ALERGIA DOENÇAS VASC.PERIFÉRICAS FISIATRIA REUMATOLOGIA PROCTOLOGIA OUCOLOGIA NEFROLOGIA HEMATOLOGIA NEUROCIRURGIA URULOGIA TOTAL	3,0 1,5 1,5 1,0 1,0 1,0 1,0 0,5 0,4 0,1 3,5 100,0

OBS: (*) Percentual varia de acordo com a concretização ou não dos percentuais das demais clínicas.

(**) Inclui Hanseníase.



INSTITUTO
BUTANTAN

Av. Vital Brasil, 1500 - Jd. do Butantã - São Paulo - SP

BR - SP MUSEP - SES - GAB - UJUN - PROG - 002 - 014

TIPOLOGIA DOS SERVIÇOS MÉDICO-AMBULATORIAIS SEGUNDO OS
NÍVEIS DE COMPLEXIDADE CRESCENTE E REGIÃO INTEGRADA:
CONSULTA MÉDICA/SERVIÇOS COMPLEMENTARES

NÍVEL OPERATIVO	SERVIÇOS COMPLEMENTARES	INCIDÊNCIA DOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES %	
		SOBRE CONSULTAS BÁSICAS	SOBRE CONSULTAS ESPECIALIZADAS
1º	PATOLOGIA CLÍNICA	20,0	-
2º	PATOLOGIA CLÍNICA	25,0	X
	RADIOLOGIA	2,0	X
	EXAMES ESPECIALIZADOS	2,0	X
	TERAPIA	0,5	-
3º	PATOLOGIA CLÍNICA	25,0	10,0
	RADIOLOGIA	2,0	5,0
	EXAMES ESPECIALIZADOS	3,0	4,0
	TERAPIA	0,5	-
4º	PATOLOGIA CLÍNICA	25,0	18,0
	RADIOLOGIA	3,0	10,0
	EXAMES ESPECIALIZADOS	7,0	6,0
	TERAPIA	0,8	70,0
5º	PATOLOGIA CLÍNICA	25,0	19,0
	RADIOLOGIA	4,0	13,0
	EXAMES ESPECIALIZADOS	8,0	6,0
	TERAPIA	0,8	120,0

CONCEITOS PARA PROGRAMAÇÃO

ATENDIMENTO BÁSICO:

A portaria SSM/Nº 314 de 03 de julho de 1985, define atendimento básico como:

"Entende-se por atendimento básico" o conjunto de serviços prestados por profissionais da equipe de saúde, não médicos, compreendendo atendimentos simplificados de caráter resolutivo e terminal.

Em termos operacionais, serão considerados como atendimento básico os seguintes procedimentos e ações de saúde:

Curativos - Nº de pessoas atendidas

Vacinas - rotina e intensificação, nº de doses aplicadas.

Campanha - nº de doses aplicadas na 1ª e 2ª etapas.

(SABIN)

Injeções - nº de injeções aplicadas

Atendimento de Enfermagem - computar o número de atendimentos feitos pela auxiliar de saúde quando realizados fora de consulta médica.

Consultas de Enfermagem - corresponde a consultas feitas pela enfermeira, desvinculadas da consulta médica.

Outros procedimentos de terapia - serão considerados como atendimento básico as terapias de hidratação oral, inaloterapia, nebulização.

Considerar o número de pessoas atendidas.

Reuniões com grupos operativos - São considerados reuniões com pequenos grupos para atuação preventiva ou curativa, formados por uma clientela específica de pacientes. Desenvolvem temas, ligados a programas de atenção à saúde realizados nas Unidades de Saúde. Exemplo: grupos de hipertensos, gestantes, etc.

Conta-se o número de pessoas que compareceram às reuniões (exceto a própria equipe coordenadora).

Palestras - são consideradas palestras, exposições feitas pela equipe de saúde para um público, não necessariamente limitado de pessoas, dentro das atividades de "Educação para a Saúde".

Será contado como atendimento básico o número de profissionais de saúde que fizeram a palestra.

Visita domiciliar - compreende todas as visitas a domicílios feitas pela equipe de saúde para desenvolver atividades de saúde, inclusive de vigilância sanitária e epidemiológica.

Contar para cada domicílio visitado um atendimento básico.
Inspecções sanitárias (exceto em domicílios) - compreende as inspecções feitas em açougues, farmácias, matadouros, bares, indústrias de alimentos, etc, com o objetivo de fazer levantamento da situação, colher material para análises, etc.

Contar para cada inspecção um atendimento básico.

Obs: as inspecções sanitárias feitas em domicílio, deverão ser registradas em visita domiciliar.

Nota: não serão computadas como atendimento básico:

- a) as ações de nível administrativo (arquivo, preenchimento de fichas, etc.);
- b) as atividades de preparo de material e outras atividades-meio assemelhadas;
- c) a pré e pós-consulta. Foram consideradas como atividades incorporadas à consulta;
- d) a coleta de sangue ou escarro. Considerada integrante à atividade do exame, ainda que realizados em locais e unidades diferentes;
- e) a entrega de medicamentos.

\$ cust - 5.70
c/pessoa - 5.70 p/palestra

4-1
C.M.

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA; Detalhamento de diretrizes e Orientações

A programação da Assistência Odontológica nas Ações Integradas deverá ser entendida como uma estratégia para a implantação de um plano Estadual de Assistência Odontológica, com a integração de recursos federais estaduais e municipais. As características deste plano deverão privilegiar as diretrizes do CONASP e da SES para a reorientação da Assistência Odontológica, ou seja, entre outros:

- 1 - reduzir a incidência das doenças bucais de maior expressão epidemiológica, através da aplicação racional de métodos de prevenção de eficácia e eficiência comprovados e de atenção aos grupos prioritários.
- 2 - planejamento e ações de saúde segundo os princípios de regionalização e hierarquização dos serviços e de racionalização e simplificação dos métodos de trabalho, com a utilização de tecnologia apropriada;
- 3 - aumento da cobertura com a expansão dos serviços básicos e integração de ações de prevenção, de recuperação e de educação em saúde.
- 4 - efetiva participação comunitária nos programas de saúde bucal.
- 5 - integração com instituições de ensino na perspectiva da IDA.

A pouca destinação de recursos para a assistência odontológica, os elevados custos, o grande número de necessidades acumuladas na população e ainda a pouca participação do setor público na assistência odontológica, com a consequente hegemonia da tradição liberal privada que tem caracterizado o modelo de atenção fazem que mais da metade da população brasileira seja portadora ou necessite de prótese total pela perda precoce e acumulativa de todos os seus dentes. A perspectiva de modificação do lamentável quadro de saúde oral da população somente será viável a partir de um programa fundamentado na prevenção e que atenda as prioridades.

A cárie dentária constitui o problema de maior significância do ponto de vista da saúde oral. Ao analisar o comportamento epidemiológico da cárie dentária observa-se ser a sua incidência maior até a adolescência (população de maior risco) e que é possível reduzir-se significativamente este risco, por meio de métodos de prevenção específicos e pelo grau de atenção precoce às lesões incipientes produzidos pela cárie.

Os programas dirigidos a essa população terão melhores resultados quando realizados no âmbito escolar, na medida em que oferecem amplas possibilidades de educação para a saúde e reduzem a possibilidade de não acesso da população aos serviços.

Assim sendo, por razões epidemiológicas e operacionais a população de 6-12 anos representa a população prioritária para atendimento odontológico através do chamado "Sistema Incremental". Entende-se por Sistema Incremental o sistema de trabalho organizado no sentido de modificar a história natural da cárie dental, através de uma ação bidimensional, ou seja, pela redução da incidência (fase preventiva) e pelo grau de atenção (fase de tratamento). O aspecto básico da filosofia do sistema consiste em que as pessoas atendidas inicialmente (fase de tratamento inicial) em suas necessidades acumuladas de tratamento (prevalência) sejam mantidas sob controle nos anos ou ciclos subsequentes, tratando-se as novas lesões que surgem no intervalo de tempo (incidência), considerando-se ainda a aplicação de métodos prevenção específicos para a cárie.

Assim, a meta de cobertura para o 1º ano (1986) que é de 50% da população matriculada na rede estadual e municipal de ensino, deverá crescer nos anos subsequentes de forma a permitir o tratamento de manutenção.

Observando a diretriz da necessidade de racionalização e simplificação dos métodos de trabalho está prevista a expansão da rede física na ordem de 300 módulos de equipamentos simplificados para o ano de 1986, distribuídos entre os serviços do estado e municípios. A incorporação destes deverá ser gradativamente (50 a cada mês) no período de janeiro a junho. A FUNED acha-se comprometida na fabricação dos mesmos. O custo do módulo composto de 1 equipo para o dentista e 2 equipos para os técnicos de Higiene dental, instrumental necessário e equipamentos complementares é de aproximadamente CR\$ 20 milhões.

Na programação deverá ser considerada a disponibilidade de recursos das Prefeituras para o investimento na compra dos módulos simplificados. Recursos complementares aos das Prefeituras deverão ser captados através de projetos especiais (FINSOCIAL, PRODEVALE, MGII e outros).

A necessidade de expansão é amplamente justificada pelo fato da metodologia alternativa ser comprovadamente a mais adequada à realidade de prestação de serviços e ainda pelo fato que grande parte da atual rede, ainda que ociosa, apresenta serios problemas de manutenção que inviabilizam, pelo seu elevado custo, a sua recuperação e utilização. A expansão da rede não significará aumento da meta proposta.

Entretanto, na programação deverá estar previsto a possibilidade de transformação e adequação da atual rede. Neste particular sugere-se que os dentistas aprovados e a serem nomeados sejam aproveitados em programas de tecnologia alternativa com a devida programação de recursos como pessoal auxiliar e equipamentos.

Para o atendimento à população fora do sistema incremental, realizados em postos e centros de saúde dirigido a população adulta (especialmente gestante) e crianças menores de 5 anos, a remuneração será por procedimentos efetuados / (Exame, Exodontias, restaurações, drenagem de abscesso, etc). Deverá ser mantida a capacidade atualmente instalada na rede pública Estadual e municipal e o incremento dos serviços próprios do INAMPS com a implantação de 102 consultórios e a nomeação através de concurso público de 327 dentistas.

Durante o período das férias escolares os consultórios instalados em escolas estaduais deverão atender à população em geral sendo que a remuneração pelos serviços prestados dar-se-á por procedimento e não por tratamento completado.

Ressalta-se que conforme as normas do INAMPS vigentes deverão ser repetidos os parâmetros de distribuição dos recursos destinados à assistência Odontológica, que são:

A - 60% dos recursos destinados a programas de atenção a escolares de 6-12 / anos, remuneração através de TC. TRATAMENTO COMPLETADO.

B- 40% dos recursos destinados a atenção odontológica à criança menores de 5 anos, gestantes e adultos remunerado por procedimentos efetuados.

A programação deverá ter em vista a região ou micro-região de saúde e não o município ou a unidade de serviço. Na hipótese em que a oferta de serviços atualmente instalada em uma microrregião, superar as metas previstas, a CLIS E CRIS deverá indicar as alternativas possíveis, desde que garantida os princípios norteadores da implantação do plano Estadual de Assistência Odontológica.

A programação deverá incorporar as atividades a serem desenvolvidas pelas universidades na prestação de serviços, inclusive os atuais convênios INAMPS-UNIVERSIDADE deverão ser modificados, com a denúncia dos atuais convênios e adesão das universidades ao Convênio da A.I.S. Ressalta-se a necessidade da participação das Universidades e Faculdades de Odontologia nas CLIS E CRIS.

Na medida em que a execução do atual Convênio (INAMPS-UNIVERSIDADES) para assistência odontológica têm apresentado distorções e ainda pelas dificuldades na adaptação das universidades às normas do Convênio; a programação das ações a serem desenvolvidas pelas entidades de ensino (PUC-MG, FIUBE, Faculdade de odontologia de Alfenas, Faculdade de Odontologia de Uberlândia), deverá ser mantida o nº de serviços atualmente conveniados e observados os parâmetros específicos contidos no instrutivo de preenchimentos dos quadros.

As faculdades e Universidades atualmente não conveniados poderão aderir ao programa desde que respeitadas as normas desta orientação e as diretrizes de Integração Docente-Assistencial.

Na impossibilidade de definição do papel do setor privado vinculado a programas oficiais, deverá ser mantida a atual rede conveniada, sendo que esta medida não deverá significar prejuízos para o início imediato de estudos que viabilizem a referida definição.

Orientação específicas quanto à parâmetros para calculos potencial, metas e orçamento estão inseridas nas instruções para preenchimento de formulários.

Por fim, ressalta-se a importância de implementação de medidas preventivas de saúde, específicas aos problemas de saúde oral, especialmente a fluoretação das águas de abastecimento público e de bochechos fluorados nas escolas, necessários à modificação do quadro epidemiológico de saúde oral. Assim a programação de implementação destas medidas, assim como, atividades de treinamento, educação continuada de pessoal, gerenciamento, acompanhamento e supervisão deverão ser apresentadas complementarmente a esta programação.

LEW/

BR-SP-IND-PR-SE-GAB-070N-PROG.00-5-621

SINTESE DAS PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES
ESPECÍFICAS À ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

MODALIDADE DE SERVIÇOS	ORIENTAÇÕES
SERVIÇOS PÚBLICOS ESTADUAL E MUNICIPAL	1 Atendimento Prioritário a população de 6-12 anos através do Sistema Incremental. 2-Atendimento a população adulta e crianças menores de 5 anos em postos de unidades de saúde. Utilizando-se a rede instalada e a produção dos serviços instalados nas escolas durante o período de férias escolares 3-Utilização de tecnologia simplificada (expansão 300 módulos)
SERVIÇOS PRÓPRIOS, INAMPS.	Atendimento a população adulta e crianças menores de 5 anos (prevista expansão. <u>102</u> consultas <u>327</u> dentistas)
SECTOR PRIVADO CONVENIADO	1- Manutenção do atual potencial 2- Início de estudos imediatos para definição do papel do setor e sua vinculação aos programas oficiais
UNIVERSIDADES	1- Incorporação definitiva às AIS 2- Manutenção do potencial conveniado e adequar aos parâmetros do instrutivo. 3- Participação nas CLIS e CRIS. 4- Incorporação de novas faculdades definidas pelas CRIS E CLIS