



encontro
paulista de
secretarias
municipais
de saúde

- R E L A T Ó R I O F I N A L -

- . Justificativas
- . Recomendações Finais
- . Sugestões de Condições para a Municipalização
- . Moções
- . Organização das Secretarias Municipais de Saúde
- . Relação dos Municípios Participantes

CAMPINAS, 3 - 4 - 5 DEZEMBRO/1986

JUSTIFICATIVA

Os encontros anteriores de municípios para discutir saúde, inclusive o realizado durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, apontam que:

1. Um sistema nacional de saúde eficiente e extensivo a toda a população deverá partir, obrigatoriamente de uma rede básica de Centros de Saúde e outras unidades ambulatoriais de fácil acesso para os bairros residenciais e para os locais de trabalho.
2. Cada unidade da rede básica de saúde deve ser bem localizada e dispor dos equipamentos e medicamentos necessários, assim como de profissionais suficientes, capacitados e cumpridores dos seus horários e deveres, adequadamente remunerados, e que, por isso, a unidade deve assumir, formal e publicamente, a responsabilidade pela cobertura integral, de assistência primária à saúde, da população da sua abrangência, através de um número conhecido de famílias ou pessoas.
3. A rede básica deve constituir a "porta de entrada" no sistema de saúde, para os serviços mais complexos, sempre que necessário, e através de procedimentos de encaminhamento eficientes.
4. Os Municípios têm demonstrado, historicamente, um desempenho mais rápido, flexível e realista, na busca de soluções que melhorem a qualidade de vida da população e, mais: constituem o nível de poder mais pressionado, fiscalizado e cobrado por esta população.
5. A rede básica de saúde somente será organizada, gerenciada e benéfica à população se isto se der sob controle do Poder Municipal, preferentemente através de Conselhos Municipais de Saúde.

6. Os convênios municipais das Ações Integradas de Saúde não são a solução, mas sim o caminho pelo qual vai ficando demonstrado o acerto do Município organizar, gerenciar e ofertar serviços básicos de saúde e, com o tempo, também os mais complexos.

Tendo em vista estes pontos, e as históricas eleições de 15.11.86, os Secretários Municipais de Saúde das cidades-sede das anteriores regiões administrativas do Estado de São Paulo organizaram este encontro, com os resultados que sequeem.

RECOMENDAÇÕES FINAIS DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO E DOS DEBATES DAS CONFERÊNCIAS

1. PORCENTAGEM DO ORÇAMENTO MUNICIPAL PARA SAÚDE

- a. Recomendação de um percentual mínimo de 8 a 10% do Orçamento Municipal para a Saúde, respeitando-se as realidades locais e enfatizando a necessidade de uma Reforma Tributária para atender a essa colocação.
- b. Ressalvar que esse percentual não será alterado pela entrada de recursos externos do tipo do convênio das Ações Integradas de Saúde e outros.

2. PRIORIDADES PARA OS GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE

- a. Estruturação da Rede Básica de Saúde, considerando critérios de concentração populacional e dificuldades de acesso a outros serviços de saúde.
- b. Atenção primária, com todos os requisitos de instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, para um atendimento básico de boa qualidade.
- c. Assistência integral e integrada, como porta de entrada de um sistema.
- d. Definição de uma política nacional de recursos humanos,



englobando cargos, salários, isonomia, ingresso e carreiras, dignos para todos os níveis e profissionais, e que leve em conta as características sócio-econômicas e de mercado de cada região do país. Esta política é o fator determinante da resolutividade do serviço.

- e. Sistematização de critérios de avaliação quantitativa e qualitativa da assistência prestada nas unidades e do impacto dessa assistência na comunidade.

3. ESQUEMA DE PADRONIZAÇÃO E AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

- a. Padronização de medicamentos de acordo com a nosologia regional e micro-regional.
- b. Racionalização do uso, através da padronização de condutas médicas, visando evitar a medicalização, mas tendo em conta que o medicamento é fator fundamental de resolutividade.
- c. Planejamento das compras e distribuição adequada a nível municipal.
- d. Priorizar as compras à FURP e à CEME.
- e. Exigir da parte dos Governos o investimento de maiores recursos da área estadual e federal na pesquisa e produção de medicamentos e seus insumos.
- f. Manifestar a sua preocupação ao Programa de Farmácia Básica da CEME, que só será um avanço no sentido de não deixar de reconhecer, em termos de quantidade e qualidade, a realidade epidemiológica, de programação de saúde e da obtenção da maior resolutividade, no nível das regiões e micro-regiões.

4. ESQUEMA DE APOIO DIAGNÓSTICO, LABORATORIAL E RADIOLÓGICO

- a. Reafirmar que o apoio de recursos diagnósticos é uma questão estratégica fundamental para a resolutividade da assistência prestada.
- b. A curto prazo, promover uma otimização e integração dos recursos existentes em cada município.

- c. A médio prazo implantar um Centro de Recursos Diagnósticos com a participação de todos os níveis de Governo em termos de financiamento e com gerenciamento municipal ou micro-regional.

5. ATIVIDADES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA

- a. A vigilância epidemiológica e sanitária deverá ser integrada, com redefinição de competências, cabendo ao Estado e à União normatizar a política pertinente e ao encargo dos órgãos locais a execução dos programas.
- b. Desenvolver ações educativas junto aos profissionais de saúde e à população em geral, sobre a importância da vigilância epidemiológica e sanitária.
Exs.: saneamento básico com técnicas de baixa complexidade e custos, para pequenos grupos habitacionais, saneamento dos alimentos, destino do lixo, notificações de doenças e óbitos e sua análise permanente, etc.
- c. Imunizações: promover uma política de pesquisa e desenvolvimento de tecnologia, no sentido de alcançar a auto-suficiência nacional no campo imuno-biológico.
- d. A execução das imunizações deverá ficar ao encargo dos órgãos locais sob a normatização do Estado e/ou da União.
- e. Controle de Vetores e Zoonoses: capacitar os municípios ou micro-regiões para que assumam integralmente esse controle com a implantação de serviços médicos e veterinários capacitados.

6. CONTROLE SOCIAL

- a. Criar canais efetivos para que a população, em todos os níveis, participe das ações de planejamento, gerenciamento e avaliação dos serviços de saúde.
- b. Essa participação deverá incluir permanente troca de experiências, com transparência das estruturas e democratização da informação.

7. MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

- a. O processo é viável, desde que sejam criados mecanismos administrativos que permitam ao município ter autonomia total sobre as unidades, do ponto de vista de organização funcional e de pessoal.
- b. O processo de municipalização dos serviços de saúde não deverá ser um ato isolado, porém estará incluído na redefinição das competências que o Município, o Estado e a União deverão ter na reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Nesta redefinição, o papel do Município não mais será "complementar" da União e Estado, mas assumido e reconhecido como papel próprio fundamental e intransferível, e articulado com o Estado e União em igualdade de responsabilidades perante a saúde da população.

8. AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

- a. O repasse de verbas deverá ser desvinculado do critério de pagamento por produção e sim como forma de financiamento de um plano de saúde integrado e, preferencialmente através de pré-pagamento trimestral, neste caso, num cronograma de implantação definido pelo grau de desenvolvimento da Programação e Orçamentação Integradas (P.O.I.).
- b. Definir o regulamento e a competência dos diversos órgãos das Ações Integradas de Saúde da seguinte forma:
CIMS - órgão de gerenciamento, planejamento, execução e avaliação das atividades a nível local;
CRIS - papel de organização, assessoria técnica, suporte político e supervisão das CIMS a nível regional;
CIS - órgão de coordenação e normatização das AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE.



SUGESTÕES DE CONDIÇÕES PARA A MUNICIPALIZAÇÃO

(Para adequação em cada realidade municipal e micro-regional)

1. Transferência dos Serviços Básicos de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde e do INAMPS para os respectivos Municípios, acompanhada dos repasses financeiros correspondentes, na medida da transferência das responsabilidades ex_ cutoras destes serviços, repasses estes a serem formalizados em termos aditivos dos convênios - A.I.S.;
2. Os prédios das Unidades de Saúde, quando próprios, deverão ser cedidos ao Município e, quando alugados, os contratos deverão passar às Prefeituras, acompanhados dos correspondentes repasses financeiros;
3. Os equipamentos deverão ser cedidos ao Município e acompanhados do repasse financeiro correspondente a sua manutenção e reposição;
4. Os medicamentos básicos normalmente alocados pela Secretaria Estadual e INAMPS nas suas unidades deverão continuar sendo fornecidos, além das compras adicionais que as Prefeituras venham efetuar na FURP e na CEME;
5. O pessoal contratado pelo Estado e INAMPS deverá permanecer como tal e fazendo jus a todos benefícios e vantagens de direito, como funcionários estaduais e federais. A administração desse pessoal, incluindo controle de frequência, licenças, férias, reciclagens, treinamento, alocação, etc., ficará por conta do Município, que poderá, também, complementar a remuneração destes funcionários, tendo por objetivo a isonomia salarial, em consonância com as deliberações da CIMS, CRIS e CIS, com a disponibilidade orçamentária própria e com os repasses financeiros do Estado e do INAMPS;

6. A Prefeitura reporá o pessoal contratado pelo Estado e INAMPS, na medida em que se derem as aposentadorias, falecimentos, demissões, realocações, etc., valendo-se, para tanto, de recursos orçamentários próprios ou de repasses financeiros, neste último caso, justificados pela CIMS e CRIS;
7. A transferência dos Centros de Saúde de menor porte do Estado deve ser por etapas e iniciar-se, preferencialmente, pelos municípios com maior experiência em Postos Municipais de Saúde e cuja CIMS se encontre em pleno funcionamento e respeitando, obviamente, a opção do Município;
8. Os Centros de Saúde Estaduais de grande porte (CS-1) e os Postos de Assistência Médica (PAM) deverão permanecer, por enquanto, sob a responsabilidade direta do Estado e INAMPS, com a finalidade de constituir-se em referência para a rede básica, no que se refere a ambulatórios especializados estratégicos, apoio diagnóstico e vigilância epidemiológica e sanitária. A conveniência e cronograma da sua transferência aos Municípios deverão ser discutidas em função da implementação da hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, ao nível da CIMS e CRIS e de acordo com a capacitação e opção do Município.
9. Os repasses financeiros aos Municípios, referidos nos itens anteriores, deverão cessar gradativa ou instantaneamente, a partir da implantação - gradativa ou instantânea - de profunda reformulação do sistema tributário, que venha contemplar o Município com fatia mais justa da arrecadação e suficiente para financiar as responsabilidades municipais em saúde, com recursos originariamente municipais.



MOÇÕES APROVADAS NA PLENÁRIA FINAL

1. Municipalização dos serviços do Departamento de Assistência ao Escolar, da Secretaria Estadual da Educação, para o âmbito das Secretarias Municipais de Saúde, a exemplo da Merenda Escolar que foi para as Secretarias Municipais de Educação.
2. Repúdio à forma intempestiva e centralizadora do IAPAS do bloqueio dos repasses do INAMPS aos Municípios devedores da Previdência Social.
3. Repúdio à permissão oficial para penetração, em território nacional, das seguradoras multinacionais de saúde, inclusive através de convênios com órgãos públicos nacionais, como o caso do convênio EMBRATUR - Golden Cross, atentado ao pudor nacional.
4. Preocupação quanto à recente portaria do MPAS do credenciamento de médicos por clientes que o escolhem, tendo em vista que o caráter isolado desta medida, e deslocado do desenvolvimento das AIS, encerra grande perigo potencial de nova forma incontrolável de produção de atos desnecessários, transações com as "listas de clientes" e desperdício de recursos públicos.

ORGANIZAÇÃO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS
DE SAÚDE AO NÍVEL DO ESTADO

Na plenária final foi deliberada a seguinte forma de organização:

- a. Colegiado de Secretários Municipais, composto de dois municípios de cada uma das 11 regiões administrativas anteriores, preferentemente um grande e um pequeno, e ambos com experiência mais avançada em serviços básicos municipais.

pais de saúde. A região da Grande São Paulo, pelo seu peso demográfico, será representada por quatro municípios.

- b. Este Colegiado entrará em contato com a Comissão Inter-institucional de Saúde do Estado de São Paulo (CIS), no sentido de pleitear a participação oficial de uma representação municipal nesta Comissão.
- c. Até que sejam realizados encontros regionais de municípios, onde será definida a representação final de cada região, o Colegiado fica composto, provisoriamente, pelos Secretários Municipais de Saúde da cidade-sede de cada uma das 11 regiões, a saber:
- . Araçatuba
 - . Bauru
 - . Campinas
 - . Marília
 - . Presidente Prudente
 - . Ribeirão Preto
 - . São José dos Campos
 - . São José do Rio Preto
 - . São Paulo
 - . Santos
 - . Sorocaba
- O Colegiado regulamentará seu próprio funcionamento e desenvolvimento.
- d. A primeira reunião deste Colegiado será no dia 9.1.87, sexta-feira, às 10:00 horas, na FURP.



RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| . AMERICANA | . OURINHOS |
| . ARAÇATUBA | . PAULÍNIA |
| . ARARAS | . PENÁPOLIS |
| . AREÍAS | . PIRACICABA |
| . BIRIGUI | . RIBEIRÃO PRETO |
| . CAMBÉ - PR | . RIO CLARO |
| . CAMPINAS | . SANTANA DO PARAÍBA |
| . CÂNDIDO MOTA | . SANTO ANDRÉ |
| . CATANDUVA | . SANTO ANTONIO DO PINHAL |
| . CUBATÃO | . SANTOS |
| . DIADEMA | . SÃO BERNARDO DO CAMPO |
| . EMBU | . SÃO CARLOS |
| . FRANCO DA ROCHA | . SÃO JOÃO DA BOA VISTA |
| . GUARULHOS | . SÃO JOSÉ DOS CAMPOS |
| . ITAPEVI | . SÃO JOSÉ DO RIO PRETO |
| . ITU | . SÃO PAULO |
| . JACAREÍ | . SÃO ROQUE |
| . LIMEIRA | . SÃO SEBASTIÃO |
| . LONDRINA - PR | . SÃO VICENTE |
| . MARÍLIA | . SOROCABA |
| . MATÃO | . SUMARÉ |
| . MOGI DAS CRUZES | . TAUBATÉ |
| . MOGI GUAÇU | . UBERLÂNDIA - MG |
| . MOGI MIRIM | . VALINHOS |
| . OSASCO | . VOTORANTIM |
| . OSWALDO CRUZ | |

E.T.: Estiveram presentes como observadores os Secretários Municipais de Saúde de Cambé - PR, Londrina - PR e Uberlândia - MG.