

1980- Pedro Dimítrof

BR-SP MUSEPER-SES-GABI-MRCT-PROP-001 - 01

SISTEMA DE SAÚDE PARA A ÁREA METROPOLITANA DE
SÃO PAULO

- 1 - Definições e Princípios.
- 2 - Modelo Teórico.
 - 2.1. - Aspectos Estruturais.
 - 2.2. - Aspectos Funcionais.
- 3 - Modelo Proposto para a Área Metropolitana de São Paulo.
 - 3.1. - Aspectos Estruturais.
 - 3.2. - Aspectos Funcionais.
 - 3.3. - Medidas já tomadas pelos Diversos Níveis que favorecem a Implantação do Sistema Proposto.
 - 3.4. - Decisões que deverão ser tomadas para que a Implantação do Sistema possa se concretizar.

SISTEMA DE SAÚDE PARA A ÁREA METROPOLITANA DE SÃO PAULO

1 - Definições e Princípios

1.1. - "Saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não a simples ausência de doenças". Esta é a situação ideal; na realidade as pessoas se encontram em um ponto entre este estado ideal e o máximo de doença que é óbito. Este nível de saúde das pessoas resulta da interação de forças ligadas ao meio físico, ao meio biológico e ao meio social. Portanto, para que a população possa se aproximar do nível ideal de saúde ^é necessário atuar de forma coordenada e coerente sobre estas forças.

1.2. - "Saúde Pública é o campo multiprofissional de conhecimentos e atividades que tem por objetivo a promoção, a proteção e a recuperação da saúde de uma população a partir de um diagnóstico inicial de seu nível de saúde e através de medidas de alcance coletivo, da mobilização, organização e participação ativa da população e da organização dos recursos para a saúde".

1.3. - Atualmente os peritos da área de saúde reconhecem que:

1.3.1. A elevação e manutenção de um nível máximo de saúde da população é um dever do governo;

1.3.2. Os serviços de saúde devem estar ao alcance de toda população;

1.3.3. A comunidade deve participar ativamente do trabalho de saúde;

1.3.4. É fundamental a autodeterminação e auto responsabilidade individuais, comunitária e nacional em matéria de saúde;

1.3.5. Existe a interdependência dos indivíduos, das comunidades e dos países, com base em sua preocupação comum pela saúde;

1.3.6. É necessária uma distribuição mais equitativa dos recursos para a saúde, tendo em vista os setores sociais mais carentes;

1.3.7. - É preciso atribuir maior prioridade às ações de promoção e proteção à saúde de forma integrada com as ações de recuperação;

1.3.8. - É preciso estabelecer um controle social sobre a incorporação da tecnologia na área da saúde para evitar que a orientação da medicina fique sob os cuidados das empresas de equipamentos e medicamentos;

1.3.9. - O ensino na área bio-médica e na área de serviços de saúde deve ser desenvolvido nos próprios serviços de assistência e estar voltado principalmente para a sua aplicação imediata;

1.3.10 - A pesquisa na área bio-médica e na área de serviços de saúde deve ser desenvolvida também nos serviços de assistência de forma integrada com as entidades de ensino;

1.3.11 - É necessário garantir condições materiais e salários adequados ao pessoal de saúde de todas as categorias e níveis para que possam se integrar com dignidade junto à população;

2 - Modelo Teórico

2.1. - Aspectos Estruturais

Existe consenso, entre os peritos em administração de saúde, quanto a estrutura mais simples de um modelo teórico de sistema de assistência à saúde. É um modelo regionalizado, hierarquizado de complexidade crescente que apresenta as seguintes unidades de saúde;

- Unidades sanitárias
- Hospitais locais
- Hospitais de base

A este modelo inicial simples, podemos acrescentar as unidades mistas. Estas unidades são aquelas que além de serem unidades sanitárias apresentam alguns leitos para internação; cumprindo, portanto, também o papel de hospitais locais.

Podemos ainda acrescentar a este modelo teórico os Ambulatórios Especializados; são policlínicas, maiores do que as Unidades Básicas de Saúde, desenvolvem as atividades especializadas que de um lado não podem ser realizadas em nível local e

de outro lado dispensam a internação.

Podemos imaginar a representação do que foi dito nas figuras 1, 2 e 3.

2.2. - Aspectos Funcionais

Partindo dos pressupostos de que o nível de saúde de uma população é resultante da interação de forças ligadas ao meio físico, ao meio biológico e ao meio social; e de que o objetivo da Saúde Pública é a promoção a proteção e a recuperação da saúde da população, podemos concluir que o sistema de saúde, teoricamente, deve desenvolver programas de ação bem definidos sobre as forças agressivas do meio físico, do meio biológico e do meio social.

Verifica-se assim que em termos operacionais o ideal seria um sistema único de assistência a saúde, regionalizado, hierarquizado de complexidade crescente para o atendimento global de saúde para toda população. Assim, seria possível um sistema de referência e contra-referência de pacientes entre todas as unidades do sistema. Cada pessoa poderia ter um único prontuário de saúde que seria encaminhado aos vários níveis e programas de atendimento de acordo com as necessidades de saúde apresentadas.

3. - Modelo Proposto para a Área Metropolitana de São Paulo

3.1. - Aspectos Estruturais

O conjunto de serviços públicos e privados voltados para as ações de interesse da Saúde, caracteriza-se na área metropolitana de São Paulo, por uma intensa fragmentação institucional com multiplicidade de diretrizes produzindo resultados muito aquém dos que se deveriam esperar pelos investimentos realizados no setor. Instituições públicas dos diversos níveis da administração direta ou indireta, autárquicas, privadas com ou sem fins lucrativos, oferecem bens e serviços de saúde a população, não raro em descompasso com as necessidades reais desta, limitando-se frequentemente, a ações onerosas e pouco eficazes.

Verificamos, assim, que a Região apresenta Unidades Básicas de Saúde com vários níveis de complexidade, Ambulatórios Especializados, Hospitais Gerais e Hospitais Especializados, desenvolvendo atividades de saúde de uma forma totalmente descoordenada em rela-

ção aos maiores interessados no sistema que é a população e os profissionais de saúde. Podemos imaginar a representação do que foi dito na figura 4.

Dentro das características multi-institucionais de nossa sociedade e regime político-administrativo a ação do governo deverá ser orientada fundamentalmente, para a implantação e desenvolvimento de Serviços Básicos de Saúde com cobertura universal e sob a responsabilidade direta do Setor Público e independente da existência de um Setor Privado. (Prev - Saúde). O Setor Público deverá englobar, além das instituições públicas federais, estaduais e municipais as associações comunitárias de interesse social e sem fins lucrativos. Esta ação deverá envolver mais do que os serviços básicos propriamente ditos. Em apoio à integridade do atendimento e às funções normativas e controladoras do Setor Público, deverá incorporar também, numa etapa seguinte de consolidação, todos os serviços públicos de níveis secundários e terciários. O sistema resultante tenderá à unicidade, ainda que em regime poli-institucional.

Assim chegamos ao nosso modelo estrutural de Sistema de Assistência à Saúde para a área metropolitana. É um modelo multi-institucional regionalizado Hierarquizado de complexidade crescente. Podemos imaginar sua representação na figura 5.

3.1.1. - Regionalização da Área Metropolitana

A Região da Grande São Paulo é dividida geograficamente pela Secretaria da Saúde em 4 Divisões Regionais. (Fig.6)

A Regionalização preconizada pela Secretaria de Negócios Metropolitanos estabelece 7 Divisões Regionais e já vem sendo utilizada com sucesso por várias secretarias. Portanto seria interessante que a Secretaria da Saúde neste momento se adaptasse a esta Regionalização, pois isto facilitaria muito a integração de trabalhos futuros com outras secretarias. Assim ficaríamos com 7 Divisões Regionais, - Distritos Sanitários e - Unidades Sanitárias (Fig.7)

O problema da Regionalização não se esgota com a Regionalização geográfica porque há uma grande concentração de Hospitais na área central da cidade de São Paulo. Porém, isto será tratado notópico seguinte como uma questão funcional, é o que chamamos de regionalização programática.

3.2. - Aspectos Funcionais

A principal entrada para o sistema de assistência à saúde são as Unidades Sanitárias. Outra entrada é através das unidades ambulatoriais ou hospitalares de atendimento de urgências.

As unidades sanitárias devem atender no máximo uma população de 20.000 pessoas. Quando este número for superado recomenda-se a abertura de novas unidades sanitárias.

A clientela é regionalizada e universal e as Unidades Sanitárias desenvolvem assistência médico-odontológica global realizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde assumindo, assim, o papel dos Centros de Saúde clássicos mais a assistência médica primária atuando na base de programas para gestantes, crianças e adultos e subprogramas de tuberculose, hanseníase, saúde mental, odontologia, oftalmologia, vigilância epidemiológica, saneamento e outros que venham a ser desenvolvidos.

A prestação de assistência médica ao adulto deve ser de forma aberta e ampla estabelecendo-se normas de orientação clínico-terapêutica para as patologias mais frequentes tais como: - venéreas, diabetes, hipertensão, etc...

Cada grupo de 4 a 5 unidades sanitárias deve contar com o apoio de uma unidade sanitária mais complexa que tem alguns especialistas (Dermatologista, Pneumologista, Oftalmologista). Esta unidade atende também normalmente sua população de até ... 20.000 pessoas.

Todas as unidades sanitárias, por sua vez, se articula com os hospitais locais e com os ambulatorios especializados (PAM da previdência?) de suas respectivas áreas geográficas.

Os Hospitais de Base que se localizam principalmente na área central da Cidade de São Paulo deverão funcionar como Hospitais de referência, a partir de programas específicos, não são para Hospitais Locais, Ambulatorios Especializados e Unidades Sanitárias da área metropolitana; mas, sim para todo Estado. Portanto, como não podemos descentralizar os Hospitais de Base já constituídos na área central nós deveremos integrá-los no sistema através de programas específicos de apoio especializado a todas as unidades do Estado. A esta articulação chamamos de Regionalização Programática.

As escolas e faculdades do setor saúde devem participar do sistema visando:

- desenvolver o ensino de seus alunos nos diversos níveis da assistência;
- integrar os hospitais escola como elementos importantes do sistema;
- colaborar na educação continuada das diversas categorias profissionais em exercício;
- trazer soluções inovadoras para os problemas encontrados;
- formar profissionais de acordo com as reais necessidades de saúde da população.

Os médicos devem ser contratados preferencialmente para tempo integral com uma remuneração adequada para que possam se dedicar a implantação e ao desenvolvimento do sistema. Estes profissionais poderão se ligar às Unidades Sanitárias e aos Hospitais Locais de sua área geográfica evitando-se assim os grandes deslocamentos e possibilitando a plena realização profissional. Por outro lado os profissionais dos Ambulatórios Especializados poderão se ligar aos Hospitais de Base obtendo as mesmas vantagens. Recomenda-se que sejam criadas carreiras específicas para as várias categorias profissionais do setor saúde e que as admissões sejam para tempo integral. As admissões devem ser feitas pela Secretaria da Saúde com recursos do FUNDES (Fundo Estadual de Saúde). Deve-se evitar admissões pela CLT; pois, isto criaria grande dificuldade administrativa e traria grande despesa em encargos sociais.

3.3. - Medidas já tomadas pelos Diversos Níveis que favorecem a Implantação do Sistema Proposto.

- 3.3.1. - LEI Nº 6.229 de 17 de julho de 1975 que dispõe sobre o S.N.S.
- 3.3.2. - Portaria Interministerial 001/78 de 26 de julho de 1978 que estabelece as diretrizes para a execução dos Serviços Básicos de Saúde.
- 3.3.3. - Programa de Ação do INAMPS para 1979.

- 3.3.4. - Aviso Circular nº 493 de 11-09-1979 dos Ministros de Saúde e da Previdência solicitando a constituição de grupo de trabalho para elaborar o Plano Integrado de Saúde do Estado.
- 3.3.5. - Comissão Permanente de Trabalho para o Planejamento integrado em Saúde, criada pelo Decreto nº 14.032 de 27/09/79.
- 3.3.6. - Diversos tipos de convênios existentes entre a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias de Higiene dos Municípios visando - operação conjunta de serviços, fornecimento de materiais e recursos humanos, e planejamento conjunto.
- 3.3.7. - Convênios entre a Secretaria Estadual de Saúde e diversas Escolas Médicas visando operação de Centros de Saúde e de Hospitais.
- 3.3.8. - Classificação e Hierarquização da Rede Hospitalar Geral aprovada pelo Conselho Hospitalar do Estado em maio de 1980. (Decreto nº 12.985 de 15/12/78).
- 3.3.9. - Fundo Estadual de Saúde, criado por Lei Complementar à Constituição do Estado em 20/12/1978 e que dispõe de toda a flexibilidade necessária para receber e aplicar recursos, em qualquer atividade do Setor Saúde.
- 3.3.10 - Início de construção das Unidades Básicas de Saúde na área de São Mateus, seguramente haverá grande "efeito demonstração" junto às outras áreas.
- 3.3.11 - Obtenção dos recursos para a construção das outras 382 Unidades Sanitárias e dos 40 Hospitais Locais Públicos.
- 3.3.12 - A determinação a nível federal em implantar o PREV-SAÚDE.
- 3.4. - Decisões que deverão ser tomadas para que a Implantação do Sistema possa se concretizar.
- 3.4.1. - Decisões em relação a Estrutura do Sistema.
- 3.4.1.1- Definir e estruturar o Grupo Central de Planejamento para que se possa concluir os projetos das Unidades Sanitárias e dos Hospitais Locais Públicos, acompanhar as construções e as instalações e articular todos os recursos necessários para se iniciar a fase operacional das novas unidades.



3.4.1.2. - Estabelecer uma forma permanente de articulação com as prefeituras da área para integrá-las no projeto da rede de Unidades Sanitárias e dos 40 Hospitais Locais Públicos.

3.4.1.3. - Estabelecer uma forma permanente de articulação entre todos os responsáveis pelos Hospitais Públicos da área para se estudar e definir as respectivas responsabilidades dentro do Sistema Regionalizado e Hierarquizado. Pode-se estudar Sistemas de Atendimento Especializado como por exemplo: Politraumatizados, Queimados, Cirurgias Cardíacas, Neurocirurgias, etc...

Os Hospitais Públicos deverão ser os primeiros a serem acionados e a demonstrarem que são capazes de se reorganizar de forma Regionalizada e Hierarquizada.

3.4.1.4. - Estabelecer uma forma permanente de articulação entre todos os responsáveis pelos Hospitais sem fins lucrativos da área para se estudar e definir as respectivas responsabilidades dentro do Sistema Regionalizado e Hierarquizado.

Os Hospitais Filantrópicos e Beneficentes deverão ser estimulados através de apóio técnico e financeiro para que se reorganizem de forma Regionalizada e Hierarquizada. Todos estes hospitais (Públicos, Filantrópicos e Beneficentes) devem ser estimulados e apoiados intensamente para que se possa reduzir a grande capacidade ociosa existente.

3.4.1.5. - Estabelecer uma forma permanente de articulação com os proprietários ou responsáveis pelos Hospitais com fins lucrativos da área para se estudar e definir a colaboração que poderá haver entre o Sistema e estas instituições.

3.4.1.6. - Estabelecer uma forma de articulação com a previdência Social e com e com as prefeituras da área para se estudar e definir as respectivas responsabilidades em relação a rede de Unidades Básicas de Saúde e a rede de Ambulatórios Especializados.



3.4.2. - Decisões quanto aos Programas a serem desenvolvidos pelo Sistema.

Estabelecer uma forma permanente de articulação entre as várias instituições que participam do Sistema para se definir os programas a serem desenvolvidos. É fundamental que se passe a utilizar a mesma metodologia de planejamento, a mesma terminologia e os mesmos impressos nos vários níveis do sistema através de programas comuns.

3.4.3. - Decisões quanto a Mobilização, Organização e Participação Ativa da População.

Existe concordância em todos os níveis de que a participação do usuário do sistema é fundamental; Portanto, é preciso definir com urgência os canais de comunicação e participação da população. Precisamos sair dos discursos teóricos e verificarmos na prática como se dará este processo.

3.4.4. - Decisões quanto as Fontes de Recursos e a Forma de sua Utilização.

É fundamental que se inicie imediatamente os entendimentos com os possíveis financiadores, principalmente a Previdência Social que deverá ser a maior financiadora da operação do Sistema.

É necessário que se efetive a implantação do FUNDES para que se possa, principalmente, remunerar adequadamente os recursos humanos envolvidos no Sistema.

3.4.5. - Decisões quanto a Gerência do Sistema.

É fundamental que se estabeleça os entendimentos entre todas as Instituições envolvidas no Sistema para que se estabeleça os vários níveis de Conselhos, Grupos ou Comissões Multi-institucionais de decisão e execução para que o Sistema possa ser implantado com êxito.

Figura - 1

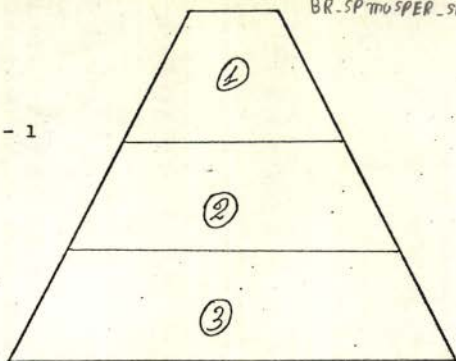


Figura - 2

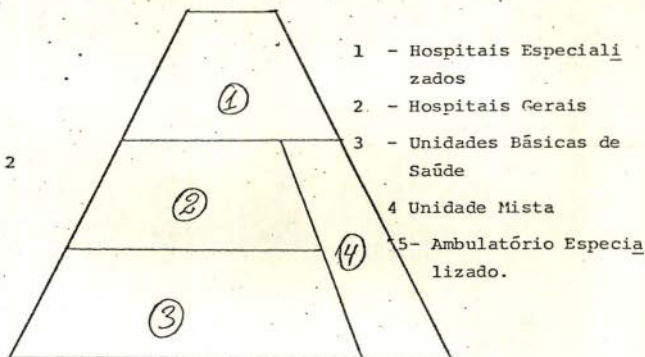


Figura - 3

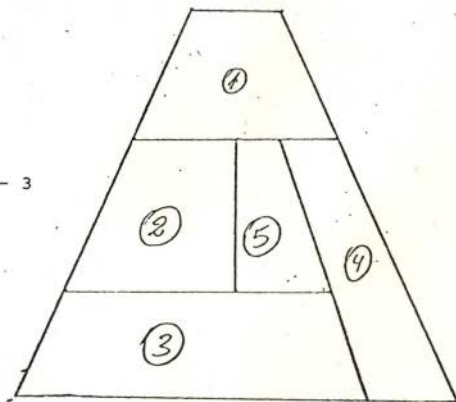
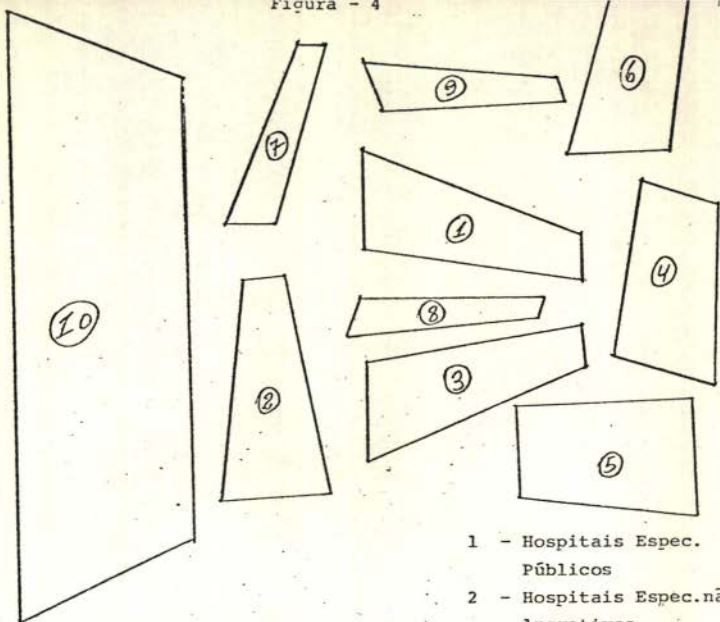
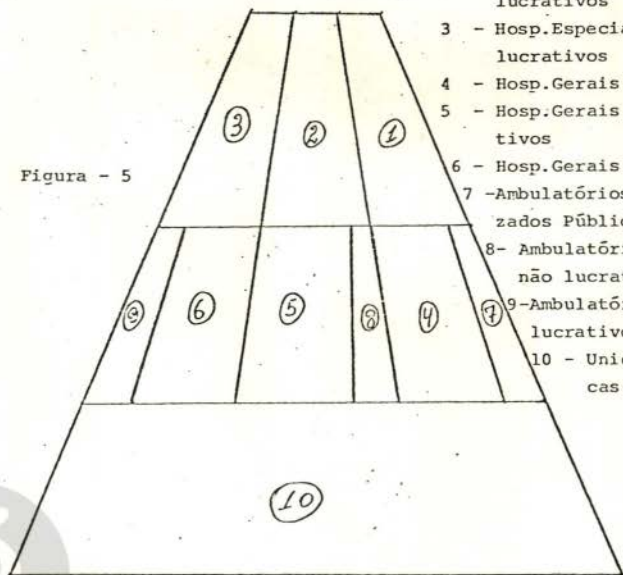


Figura - 4

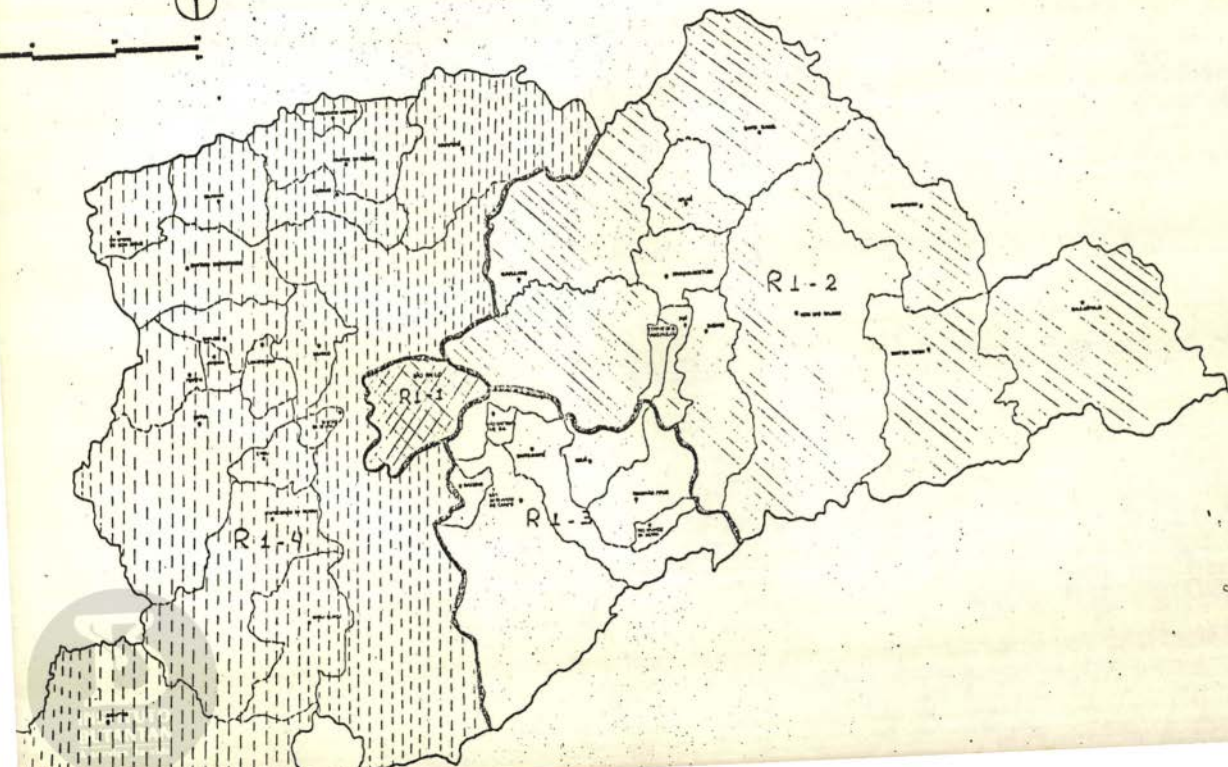
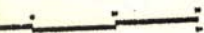


- 1 - Hospitais Espec. Públicos
- 2 - Hospitais Espec. não lucrativos
- 3 - Hosp. Especializados lucrativos
- 4 - Hosp. Gerais Públicos
- 5 - Hosp. Gerais não lucrativos
- 6 - Hosp. Gerais lucrativos
- 7 - Ambulatórios Especializados Públicos
- 8 - Ambulatórios Espec. não lucrativos
- 9 - Ambulatórios Espec. lucrativos
- 10 - Unidades Básicas de Saúde

Figura - 5



TERIZAÇÃO POLITICO-ADMINISTRATIVA



GRANDE SÃO PAULO

Caracterização Político-Administrativa

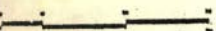


Figura 2

10313