



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

SOBRE O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO INSTITUCIONAL
DAS AÇÕES, SERVIÇOS E POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO
DE SÃO PAULO

HERVAL PINA RIBEIRO

1.0 - INTRODUÇÃO:

1.1- Quantos refletem e operam a questão da saúde sabem que suas principais determinantes são externas à utilização de bens e serviços médicos-hospitalares.

Os níveis sanitários dos grupos e segmentos populacionais, refletidos em parâmetros e perfis de morbi-mortalidade, guardam estreita relação com suas condições de vida e trabalho. Vale dizer, o processo de adoecer e morrer é determinado pelo desenvolvimento econômico de cada país e região, pela forma com que se reparte a riqueza produzida entre as classes e camadas sociais, pelo modo com se organiza e é controlada a agressividade dos ambientes e condições de trabalho.

Dê-se, pois, por entendido que uma reversão do pouco lisonjeiro quadro sanitário brasileiro e paulista implica em profundas reformas econômicas, políticas e sociais que elevem os padrões de vida, consumo e trabalho da população. Tais conclusões estão postas em inúmeros documentos técnicos e oficiais, entre eles, nos relatórios preliminares e final de VIII Conferência Nacional de Saúde.

Reconheça-se, também, que as tecnologias em saúde vem tendo importante papel na alteração daqueles perfis e parâmetros, sobretudo no que respeita à prevenção e tratamento das doenças infecto-contagiosas e no diagnóstico e terapia precoce de uma série de patologias, mas a potencialização da eficiência desta tecnologia só é possível dentro de um sistema adequado de prestação de serviços de saúde como exigência e necessidade nacionais.

Longe de fazer a apologia do desperdício, entendemos que o acesso e uso de tecnologias em saúde, como quaisquer outros bens e serviços, capazes de trazer conforto e bem estar e melhorar as condições de vida das pessoas, devem ser possibilitados, sem preconceitos como conquistas da humanidade. Técnicas não invasivas de diagnóstico, por exemplo, pelo fato de serem onerosas, não podem ser colocadas fora do alcance da população



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

estabelecendo uma odiosa discriminação entre ricos que tudo tem e miseráveis, despossuídos até de meios de diagnóstico para os seus males. O atual sistema de saúde incorporou em sua prática, a ideologia de que os definitivamente marginalizados da produção, ou seja, os que não mais constituem força de trabalho, salvo quando são utilizados para aferição de lucro, devem também permanecer à margem dos serviços de saúde, a eles se destinando o que há de pior em matéria de assistência. Assim é com os sequelados por acidentes vasculares cerebrais, os incapacitados pelos acidentes do trabalho e dos doentes mentais. O atendimento que se dá a essas pessoas é o melhor indicador para aferir a humanização, equalização e universalização de um sistema de saúde.

- 1.2- A inviabilidade do atual sistema de prestação de serviços de saúde é conclusão compartilhada hoje por autoridades, técnicos e profissionais de saúde, pelos usuários e até pelos empresários do setor, obviamente por razões e com enfoques diferentes: irracionalidade administrativa e econômica-financeira, centralização excessiva e pluralismo no planejamento, gerência e execução, política de recursos humanos divorciada dos objetivos sociais inerentes a um sistema de tal natureza, dificuldade de acesso, baixa resolutividade e má qualidade dos serviços tanto públicos quanto privados, forma inadequada e má remuneração aos empresários do setor, etc.

Esta conclusão não necessariamente se traduz em consenso sobre questões essenciais como fontes de financiamento, custeio e repasse de recursos, definição dos papéis da União, Estado e Municípios, instrumentos e mecanismos de gerenciamento e controle, atribuições e áreas de atuação dos setores públicos e privados, etc, de uma atividade econômica importante que mobiliza duas centenas de bilhões de cruzados anuais e emprega um milhão de pessoas na produção de bens e serviços em todo país. Na industrialização de equipamentos e farmacos, a forte penetração das empresas estrangeiras nos últimos 20 anos, oligopolizou o setor, colocando-o sob inteira dependência das multinacionais, cujo comportamento não difere daquele que elas tem habitualmente em outras atividades econômicas. São bons exemplos, a resistência que opõem à reserva de mercado de química pura, fundamental para a produção nacional de medicamentos, e sua ingerência na desativação da CEME sob a conivência de sucessivos governos.



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

A situação é menos conflitiva quando se trata, porém, da reordenação do setor de serviços imprescindível para que o mercado de bens (equipamentos e fármacos) se amplie. A ela se opõe principalmente interesses corporativos e de proprietários de estabelecimentos hospitalares e serviços correlatos, acostumados a prática do superfaturamento e do gerenciamento anterior frouxo e permissivo do INAMPS, praticamente o único comandados de atos médicos-hospitalares.

- 1.3- O modelo organizacional de serviços proposto, já foi implantado e vigora em vários países de economia capitalista e socialista e vem sendo preconizado, por isso mesmo, pela Organização Mundial de Saúde. Sua representação geométrica e sintética é de um triângulo constituído em sua base pelo conjunto de ambulatórios das especialidades mais abrangentes (Clínica de Adultos, Pediatria, Gineco-Obstetrícia e Odontologia), porta de entrada do sistema. No ápice, os hospitais de maior densidade tecnológica, destinados às patologias mais graves e complexas. De per-
meio, os ambulatórios das demais especialidades e unidades hospitalares mais simples. Mecanismos ágeis e racionais de referência e contra-referência entre esses diferentes patamares garantiriam o acesso e trânsito dos usuários, dando ao sistema como um todo-racionalidade do uso de bens e serviços e relevante papel social na reprodução, prevenção, manutenção e recuperação da força de trabalho, funcionando ao mesmo tempo como instrumento de redistribuição de renda, vez que todos esses serviços seriam gratuitos.

As atribuições das Unidades de saúde não se limitariam às atividades clínicas, de atenção à clientela que adentrasse suas portas, projetando-se para fora, em ações sanitárias que abrangeriam a população nos seus modos de viver, conviver e trabalhar.

No caso brasileiro, este modelo de prestação de serviços de saúde e assistência médica-hospitalar-hierarquizado e referenciado se estruturaria a partir das Unidades Públicas de Saúde existentes ou que venham a existir nos municípios e micro-regiões de saúde que devem dispor de instrumentos e mecanismos adequados de planejamento e gerência e a necessária autonomia financeira, indispensáveis à descentralização do sistema. Aos municípios, em seu conjunto, caberão definir as políticas de cada micro-região e executá-las nos seus respectivos âmbitos territoriais.



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Ao Estado competirá coordenar o sistema como um todo e ajustá-lo, buscando assegurar não só melhor adequação dos bens e serviços como acompanhar as mudanças dos perfis de morbidade e mortalidade das diferentes micro-regiões para a adoção das medidas correspondentes a nível do próprio Governo Estadual ou da União.

A oferta desses, como de quaisquer outros bens e serviços, guarda estreita relação com o nível de desenvolvimento econômico de cada Estado e região; isto é, a reforma de saúde que se preconiza, está condicionada desde já, a essas desigualdades, das quais dependerão, também, a velocidade de sua implantação e seu próprio êxito.

2.0- A SITUAÇÃO DE SÃO PAULO:

2.1- O Estado de São Paulo goza de uma situação particularmente privilegiada para realizar uma profunda reforma no sistema de prestação de serviços de saúde, tanto mais urgente porque o atual entrava a liberação das forças produtivas dentro dos marcos do seu desenvolvimento capitalista, cujo nível e velocidade de expansão estão bem além dos demais Estados brasileiros. Não se pode, portanto, conter o ímpeto desta reforma em São Paulo, sob pretexto de que ela tem de ocorrer simultaneamente em todo país, devendo prevalecer o raciocínio inverso, qual seja, desatracar o barco da reforma, onde é possível fazê-lo, como meio de apressá-la e torná-la viável em todo país.

O Estado de São Paulo conta com substanciais investimentos na área de saúde. A maioria das indústrias químicas-farmacêuticas e de equipamentos médicos-hospitalares estão aqui sediadas. O próprio Governo Estadual tem uma indústria farmacêutica, a Fundação do Remédio Popular (FURP), de alta tecnologia, subordinada à Secretaria de Estado da Saúde. As Universidades Públicas Estaduais, desenvolvem promissores projetos para a produção de equipamentos médicos e inovações tecnológicas. Os maiores e melhores centros formadores de recursos humanos na área de saúde estão no Estado. Pouco menos da metade dos médicos e demais profissionais da área, existente no país, aqui exercem suas atividades, onde está a maior concentração per-capita de consultórios, leitos hospitalares e serviços complementares de diagnose e terapia entre os Estados brasileiros.

Os equipamentos públicos em saúde disponíveis no Estado não são desprezíveis. Os 76 hospitais públicos, com um total de 26 mil leitos podem gerar 800 mil internações anuais se plenamente otimizados. Os Postos de



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Saúde do INAMPS, Estado e Municípios tem capacidade potencial para realizar 70 milhões de consultas/ano. Há toda uma estrutura de apoio técnico (Instituto Adolpho Lutz, Butantã, Saúde, FUNDAF, etc.) capazes de subsidiar necessidades específicas neste campo. Se acrescentarmos os 356 hospitais filantrópicos, com um total de 44 mil leitos e que realizam 1,5 milhão de internações/ano, temos, em números globais, suficientes unidades para cobrir a demanda da população em consultas, exames complementares, urgências e internações. Somem-se a tudo isso, os ambulatorios médicos das empresas, os consultórios e leitos do setor privado lucrativo e ter-se-á, em termos quantitativos, um quadro lisonjeiro quanto a oferta de serviços e consumo de assistência médica-hospitalar, mesmo tomando como referência os padrões dos países desenvolvidos.

Lamentavelmente, os numerosos serviços e procedimentos médicos-hospitalares que constam oficialmente das estatísticas não traduzem oportunidade de igual de acesso aos diferentes segmentos de população, não exprimem qualidade, nem capacidade resolutive desses serviços, tendo incerta repercussão sobre a morbidade e mortalidade no Estado.

O tempo médio de uma consulta tanto nos serviços públicos como privados não ultrapassa os cinco (05) minutos; Os exames complementares são pedidos abusivamente e carecem do controle de qualidade indispensável; Os procedimentos clínicos e cirúrgicos, quando contratados, são estimulados ainda que desnecessários porque cobrados do INAMPS, dos usuários e frequentemente de ambos; O tempo de permanência nos leitos públicos é excessivamente longo e nos leitos contratados a regra é de alta precoce.

- 2.2- Estima-se que os investimentos em saúde no país correspondem a 4% do PIB, inferior a maioria dos países latino-americanos e muito aquém dos países desenvolvidos, onde esta taxa se situa, em média, no patamar dos 10%. Não se pode, contudo, trabalhar com estimativas nacionais e transpô-las mecanicamente para São Paulo. No caso presente, conquanto os investimentos em saúde estejam longe da média nacional e a otimização dos recursos disponíveis teria impacto substancial nos padrões de prestação de serviços de saúde e assistência médica-hospitalar e na alteração dos perfis de morbi-mortalidade possíveis de serem alterados pela presença e atuação adequada de tais serviços.

Em síntese, conquanto haja, mesmo em São Paulo, necessidade de maiores investimentos para expandir e melhorar a qualidade dos serviços e ações de saúde, a taxa de desperdício dos recursos disponíveis é bastante al-



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

to. Assim, a reforma do sistema de prestação de serviços de saúde no Estado de São Paulo; deve-se explicitar, paralelamente, em política adequada, gerenciamento competente e recursos suficientes para que as distorções presentes, que tem por base, interesses econômicos e corporativos concretos não agravem as conhecidas desigualdades sociais.

3.0- INSTITUIÇÕES DE SAÚDE E SUAS POLÍTICAS NO ESTADO:

3.1- O Governo Democrático de São Paulo, instalado em 1983, trouxe o compromisso de proceder profundas alterações no setor de saúde. Por várias razões, mudanças substantivas só começaram a ocorrer em meados de 1985, em parte, pelo compromisso da Nova República e mais particularmente, do MPAS/INAMPS, de dar novo caráter ao convênio das Ações Integradas de Saúde de (AIS) — até então simples instrumento de repasse de recursos financeiros do INAMPS para as Secretarias de Saúde de Estado e Municípios fazendo-o instrumento da política de construção dos sistemas unificados e regionalizados a nível dos diferentes Estados. Até então, apenas seis (6) municípios (São Paulo, Campinas, Sorocaba, Botucatu, Itu e São Roque), haviam assinado os termos aditivos ao convênio AIS celebrado pelo INAMPS SP com o Governo do Estado, correspondente a 0,81% do seu orçamento. Hoje decorridos um ano e meio, 501 municípios celebraram os referidos termos aditivos, havendo o INAMPS repassado ao Estado e a esses municípios, em 1986, um montante de 2 bilhões e 100 milhões de cruzados, correspondente a 11% do seu orçamento, para a instalação, expansão e melhoria de qualidade dos serviços estaduais e municipais de saúde. Até março de 1987, os 572 municípios do Estado deverão ter assinado os termos de adesão ao convênio e a política das Ações Integradas de Saúde, que fazem com que o 20% a 50% de todo custeio dos serviços estaduais e municipais de saúde seja feito hoje pelo INAMPS em São Paulo.

3.2- Mas a política de integração na saúde não está circunscrita ao convênio e termos aditivos da AIS, assinados pelo INAMPS com o Estado e Municípios. Dentro dela se inscreve o convênio especial do INAMPS com os 17 hospitais-escola paulistas, cujas bases foram substancialmente melhoradas em 1985, correspondendo a 9,6% do orçamento deste órgão. Também dentro desta política de integração, deve ser entendido o novo convênio entre o INAMPS e os Hospitais filantrópicos, responsáveis por 65% das internações hospitalares no Estado, ao custo aproximado de 2 bilhões de cruzados ou seja, 17% do orçamento da autarquia em 1986.





INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

No que pese o aspecto conflitivo do relacionamento do INAMPS com as 240 empresas hospitalares privadas lucrativas sob contrato e com as empresas de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia espalhados em todo o Estado, há de se considerar que no momento, muitos deles representam a única opção de atendimento à população, devendo ser frizado que as despesas do INAMPS/SP com entidades privadas caíram de 75% em 1984 para 56% em 1986. É bom salientar que 4,4% dessas despesas correspondem a órteses e próteses, basicamente cardíacas. As distorções podem ser avaliadas pelos dados do quadro que contém a evolução dos números de internações no Estado, consultas e exames de patologia clínica nos municípios da capital e Guarulhos nos anos de 1984, 1985 e 1986.

QUADRO I- Números de Internações no Estado, de Consultas e Exames de Patologia Clínica na Capital e Guarulhos Pagos ao Setor Privado 1984, 1985 e 1986.

ANO	INTERNAÇÕES	CONSULTAS	EXAMES
1984	3.418.760	32.817.675	3.995.105
1985	2.716.375	20.452.369	2.974.333
1986	2.412.000	15.441.000	628.009

Ressalte-se, ainda, o fato do INAMPS/SP possuir cinco (5,0) hospitais de tecnologia mais ou menos avançada, na Capital e 100 Postos de Assistência Médica (PAM's) que potencialmente podem realizar 19 milhões de consultas anuais e 76 serviços de Medicina Social responsáveis pelo gerenciamento regional dos seus próprios e pelo controle e pagamento dos serviços de terceiros.

4.0- CONCLUSÕES:

- 4.1- A construção do sistema Estadual e Municipalizado de Saúde só é possível com a participação e subsequente incorporação do INAMPS-que detem a maior parte dos recursos financeiros do setor, gerência e controla praticamente todos os serviços de saúde conveniados e contratados do Estado e tem considerável eficiência no trato com a área empresarial-à Secretaria Estadual de Saúde.

Esta incorporação deve se traduzir pelo repasse definitivo dos hospitais Postos de Assistência Médica (PAM) e de todas as disponibilidades em instalações físicas, equipamentos e pessoal do INAMPS, sobretudo dos recursos financeiros indispensáveis para a manutenção das Unidades Próprias e



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

dos convênios e contratos com os prestadores de serviços. Obviamente, tal reforma deverá se revestir das garantias necessárias junto ao Governo Federal-para que o Governo do Estado possa atender as necessidades e direitos atuais e novos em saúde da população de São Paulo, independente da condição de contribuição à Previdência Social, pressupondo uma nova ordem Jurídica- Institucional que retire do Poder Central e interferência na política do Estado, graças à detenção dos recursos financeiros, sobretudo daquele órgão e garanta aos trabalhadores efetiva participação na formulação das políticas do setor e no controle desses recursos.

- 4.2- A reforma do sistema de prestação de serviços de saúde em São Paulo é um processo que tem programaticamente nas Ações Integradas de Saúde (AIS) seu marco inicial, impondo-se, como passos seguintes a integração programática e orçamentária, a integração dos serviços e o gerenciamento único do sistema pelo Governo do Estado através de sua Secretaria de Saúde.

A programação e orçamentação integradas no Estado permitirão que os repasses financeiros se faça em obediência às necessidades da população que neles reside e não sobre serviços instalados e procedimentos realizados, como ocorre hoje, numa indesejável e falsa relação de compra e venda, contemplando os municípios mais ricos em detrimento dos mais carentes.

A busca desta regionalidade e gerenciamento único impõe que todos os serviços de saúde e assistência, inclusive os de saúde escolar, odontológicos e de segurança e medicina do trabalho se coloquem no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde. No que respeita ao atendimento odontológico é necessário apontar o atraso que se encontra a política nesta área que ainda não incorporou o programa de tratamento da cárie dentária dos escolares, através da participação dos Técnicos em Higiene Dental (THD) já adotada em grande número de países por recomendação da OMS.

- 4.3- As impropriedades de estruturas físicas, organizacional e sobretudo funcional e a inadequação dos equipamentos materiais e dos recursos humanos das Unidades Públicas de Saúde- Postos, Centros de Saúde e Hospitais- precisam ser superadas, a curto prazo, viabilizando sua otimização plena e perfis de funcionamento que integrem a assistência médica odontológica e hospitalar aos cuidados sanitários e de prevenção da saúde.

Dentro da proposta de se constituírem, de fato, em porta de entrada do sistema, os Postos e Centros de Saúde Públicos terão de se capacitarem para absorver a atual demanda de consultas ambulatoriais dos atuais hospitais'





INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

da rede contratada. Para tanto devem ser aceleradas a construção e abertura das Unidades previstas no Plano Metropolitano de Saúde (PMS), alongar suas jornadas de funcionamento, capacitar a todas para realizar exames complementares, ganharem em resolutividade, conforto e calor humano, buscando superar a ociosidade e o atendimento distante e burocrático que marca os serviços públicos;

- 4.4- A rede Hospitalar filantrópica conveniada é indispensável para a construção do sistema unificado de saúde, cumprindo ao INAMPS e aos Governos Estadual e Municipais consolidarem sua política de recuperação desses hospitais e garantirem a posse e manutenção efetivas em mãos da comunidade. No que pesem as distorções originárias do processo do sucateamento, deteriorações e sublocação/privatização que sofreu, esta rede se estende de forma bastante homogênea em todo o interior do Estado; e na Capital secundam os hospitais públicos em termos de densidade tecnológica em instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.

- 4.5- Os hospitais privados lucrativos com seus 39 mil leitos, dos quais 18 mil são psiquiátricos, são responsáveis por 1/3 das internações no Estado, a maioria delas na região metropolitana de São Paulo e por isso tem a cumprir um papel suplementar para internações de patologias que não reueiram maior densidade tecnológica para diagnóstico e tratamento. De fato, tais hospitais, com média de 122 leitos, são dotados de baixos recursos tecnológicos, não podendo recair sobre eles a responsabilidade pelo atendimento das urgências e patologias complexas, que exigem recursos que efetivamente não possuem.

Em verdade, os 15 milhões de consultas anuais que esses hospitais dizem ainda realizar na Região Metropolitana de São Paulo, ditas de emergências, traduzem uma distorção resultante da dificuldade de acesso e baixa resolutividade dos Postos e Centros de Saúde públicos.

Os 41 hospitais públicos e os 159 privados perfazem totais de 29.162 leitos na capital e 17.614 na região da Grande São Paulo (Tabela I), resuntando respectivamente, em proporções de 3,0 e 3,5 leitos por 1.000 habitantes, consideradas bastante responsáveis em termos meramente quantitativos. No entanto, os doentes graves, urgentes, de patologias complexas que necessitam permanecer hospitalizados por tempo mais prolongado e que tem custos obviamente mais elevados, estão encontrando dificuldades crescentes para serem atendidos e internados nos hospitais públicos porque a de-



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

manda cresce acima de sua capacidade resolutive e operacional. Esta tendência traduz um processo histórico e econômico-social irreversível, face aos crescentes custos de assistência médica-hospitalar, justamente pela introdução cada vez mais frequente e a prazos mais curtos de novas tecnologias fora do alcance das pequenas e médias empresas hospitalares.

4.6- Como se vê, o atendimento ambulatorial e hospitalar público e privado se comporta como um sistema de vasos comunicantes, cuja estabilidade de fluxo depende da vasão de cada um deles. O funcionamento adequado de um lado dos hospitais públicos e filantrópicos e do outro dos Postos e Centros de Saúde igualmente públicos, permitirã redefinir o fluxo ou papel dos hospitais e serviços contratados, aos quais deverão ser encaminhados, eletivamente, as patologias de pequena e média complexidade, que requeiram tecnologia mais leve, de tempo de internação menor e de custos mais baixos. Cabe ao Poder Público, hoje através do INAMPS e em prazo que se espera o mais breve possível pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com a eficiência e rigor imprescindíveis, controlar e avaliar o desempenho e a qualidade dos serviços tanto para ter a dimensão real dos custos operacionais e estabelecer uma política de preços bem fundamentada, como por se tratar de sério problema de saúde pública.

4.7- O esforço administrativo e racionalizador terá exccasso resultado ou será inócuo se não forem utilizados os meios de comunicação de massa de modo constante e sistemático para induzir a participação dos usuários sobre seus direitos de cidadãos e contribuintes, disponibilidades, qualificação e modo de utilizar os serviços de Saúde.

A este processo de democratização pelo uso, deve-se somar outras formas orgânicas de participação, através dos sindicatos e entidades representativas de sociedade civil nas comissões interinstitucionais criadas no contexto das Ações Integradas de Saúde (CIS, CRIS, CLIS e CIMS) e nos Conselhos Estaduais e Municípios e locais de Saúde que recompostos deverão substituí-los.

A tais conselhos que devem ser compostos majoritariamente por representantes das entidades sindicais e populares e de representações da Assembléia Legislativa e das Câmaras de Vereadores e pelo Poder Executivo Estadual e Local caberão estabelecer as políticas de saúde, acompanharem sua execução e controlar a aplicação de recursos financeiros.



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Algumas experiências de participação dos usuários nos órgãos das unidades de saúde são recentes e inconclusas para que venha a se tornar constante. Aliás, já se analisou com propriedade que as instituições públicas da saúde trazem em si dois poderes: o da própria instituição, enquanto representação do Estado e o poder médico, dado pela ascendência social e científica da medicina e do seu caráter ainda mítico. Ambos poderes são bastante prepotentes e aliciadores e para contrabalançá-los é preciso que os representantes dos usuários tenham plena consciência e prática do direito de cidadania.

Outrossim, a participação como instrumento do exercício democrático não pode ser confundida, nem apequenada por interesses de corporações que com usada frequência se antagonizam com a destinação social dos serviços públicos.

- 4.8- As Ações Integradas de Saúde são num processo bastante incipiente e é prematuro esperar delas resultados objetivos imediatos. Elas são contemporâneas da exigência nacional de democratização e reordenamento jurídico institucional para que o Poder Central devolva às unidades federadas e Municipais sua autonomia e atribuições inerentes.





INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

TABELA 1 - NÚMERO DE HOSPITAIS, LEITOS PÚBLICOS E PRIVADOS NO ESTADO DE SÃO PAULO - 1985

	HOSPITAIS			PÚBLICOS			FILANTROPIA			LUCRATIVOS		
	Nº	Leitos	%	Nº	leitos	%	Nº	leitos	%	Nº	leitos	%
Capital	130	29.762	27	34	10.236	40	31	7.570	17	65	11.956	31
G S P	70	17.614	16	7	5.464	21	16	1.998	4	47	10.152	26
Interior	472	62.252	57	35	10.135	39	309	35.055	79	128	17.062	44
TOTAL	672	109.628	100	76	25.835	100	356	44.623	100	240	39.170	100



IVAMPS/SP

EVOLUÇÃO DA DESPESA DE 1983 a 1986

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	1983		1984		1985		1986	
<u>COORD. E MANUTENÇÃO ADMINISTRATIVA</u>	<u>16.344.669</u>	<u>3,91</u>	<u>49.914.132</u>	<u>3,38</u>	<u>316.592.454</u>	<u>6,60</u>	<u>390.394.411</u>	<u>3,31</u>
DESPESAS FIXAS (Pessoal Ativo e Inativo)	14.317.455	3,42	42.084.553	2,85	296.573.013	6,18	342.569.500	2,91
DESPESAS VARIÁVEIS	2.027.213	0,48	7.829.579	0,53	20.019.441	0,42	47.824.911	0,41
<u>ASSISTÊNCIA MÉDICA - SERVIÇOS PRÓPRIOS</u>	<u>40.184.383</u>	<u>9,61</u>	<u>136.291.907</u>	<u>9,22</u>	<u>655.625.733</u>	<u>13,66</u>	<u>1.826.639.850</u>	<u>15,50</u>
<u>ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL</u>	<u>26.589.609</u>	<u>6,36</u>	<u>83.709.256</u>	<u>5,66</u>	<u>416.228.386</u>	<u>8,67</u>	<u>1.167.783.632</u>	<u>9,91</u>
DESPESAS FIXAS (Pessoas Ativo e Inativo)	18.779.118	4,49	59.116.742	4,00	329.223.807	6,86	797.347.499	6,77
DESPESAS VARIÁVEIS	7.810.491	1,81	24.592.514	1,66	87.004.579	1,81	370.436.133	3,14
<u>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</u>	<u>13.408.905</u>	<u>3,21</u>	<u>52.122.257</u>	<u>3,53</u>	<u>237.114.568</u>	<u>4,94</u>	<u>653.826.352</u>	<u>5,55</u>
DESPESAS FIXAS (Pessoal Ativo e Inativo)	7.364.278	1,76	21.136.531	1,43	139.526.888	2,91	429.340.960	3,64
DESPESAS VARIÁVEIS	6.044.627	1,45	30.985.723	2,10	97.587.680	2,03	224.485.392	1,91
<u>ACIDENTE DO TRABALHO</u>	<u>185.869</u>	<u>0,04</u>	<u>460.397</u>	<u>0,03</u>	<u>2.282.779</u>	<u>0,05</u>	<u>5.029.866</u>	<u>0,04</u>
<u>ASSISTÊNCIA MÉDICA-SERVIÇOS CONTRATADOS</u>	<u>306.131.310</u>	<u>73,18</u>	<u>1.116.727.439</u>	<u>75,54</u>	<u>2.416.494.798</u>	<u>60,78</u>	<u>6.641.979.795</u>	<u>56,37</u>
<u>ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL</u>	<u>113.813.340</u>	<u>27,21</u>	<u>420.098.419</u>	<u>28,42</u>	<u>1.171.999.646</u>	<u>24,43</u>	<u>2.768.850.849</u>	<u>23,50</u>
PESSOA FÍSICA (Basicamente Médicos Creden.)	5.468.306	1,31	14.450.124	0,98	45.703.346	0,95	111.456.803	0,95
PESSOA JURÍDICA (Basicamente SAD e BAU)	108.345.034	25,90	405.648.295	27,44	1.126.296.300	23,47	2.657.394.046	22,55

INAMPS/SP

EVOLUÇÃO DA DESPESA DE 1983 a 1986

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	1983		1984		1985		1986	
<u>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR (Sistema AIH) incluídas Entidades Filantrópicas - Clientelas Urbanas</u>	<u>179.622.564</u>	<u>42,94</u>	<u>589.064.832</u>	<u>39,85</u>	<u>1.150.741.953</u>	<u>23,98</u>	<u>3.155.108.314</u>	<u>26,78</u>
<u>ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA</u>	<u>1.884.376</u>	<u>0,45</u>	<u>6.552.332</u>	<u>0,44</u>	<u>47.732.367</u>	<u>0,99</u>	<u>44.546.234</u>	<u>0,38</u>
PESSOA FÍSICA	273.870	0,07	1.373.660	0,09	4.769.960	0,10	13.106.002	0,11
PESSOA JURÍDICA	1.610.505	0,39	5.178.672	0,35	42.962.407	0,90	31.440.232	0,27
<u>ASSISTÊNCIA MÉDICA EM GERAL (Basicamente Ortese e Prótese)</u>	<u>1.883.776</u>	<u>0,45</u>	<u>72.973.603</u>	<u>4,93</u>	<u>453.058.892</u>	<u>9,44</u>	<u>514.278.787</u>	<u>4,36</u>
<u>ASSISTÊNCIA MÉDICA AO ACIDENTADO DO TRABALHO</u>	<u>8.927.254</u>	<u>2,13</u>	<u>28.138.353</u>	<u>1,90</u>	<u>92.961.940</u>	<u>1,94</u>	<u>159.195.611</u>	<u>1,35</u>
<u>CONVÊNIOS</u>	<u>51.307.929</u>	<u>12,27</u>	<u>164.700.512</u>	<u>11,14</u>	<u>816.843.817</u>	<u>17,02</u>	<u>2.799.006.937</u>	<u>23,76</u>
<u>ASSISTÊNCIA MÉDICA - CONV.C/OUT.ÓRGÃOS GOVERNAMENT.</u>	<u>6.968.751</u>	<u>1,60</u>	<u>62.625.930</u>	<u>4,24</u>	<u>374.712.950</u>	<u>7,81</u>	<u>1.375.467.591</u>	<u>11,68</u>
ENTIDADES FEDERAIS	20.865	0,005	177.400	0,01	812.684	0,02	4.437.774	0,04
ENTIDADES ESTADUAIS	3.277.285	0,78	25.456.995	1,72	184.919.134	3,85	733.859.665	6,23
outros convênios	1.614.765	0,39	2.050.121	0,14	3.837.834	0,08	6.560.344	0,06
Ações Integradas de Saúde	1.662.520	0,40	23.406.874	1,51	181.081.300	3,77	727.299.321	6,17
ENTIDADES MUNICIPAIS	3.670.601	0,88	36.991.535	2,50	188.981.132	3,94	638.170.152	5,42
outros convênios	1.959.121	0,47	5.798.282	0,39	10.213.408	0,21	14.301.182	0,12
Ações Integradas de Saúde	1.711.480	0,41	31.193.253	2,11	178.767.724	3,73	623.868.970	5,29

INAMPS/SP		EVOLUÇÃO DA DESPESA DE 1983 A 1985							
CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	1983		1984		1985		1985		
ASSISTÊNCIA MÉDICA - UNIVERSIDADES	15.833.238	3,79	48.217.311	3,26	272.359.440	5,68	1.010.607.332	9,58	
ASSISTÊNCIA MÉDICA - ENTIDADES FILAN- TROPICAS (Apenas 12 Convênios p/Clie ntes Urbanos mais Convênio FUNRURAL - As restantes estão no Convênio AIH)	6.793.826	1,62	13.908.353	0,94	46.243.998	0,96	162.024.115	1,38	
CONVÊNIO COM SINDICATOS E ENTIDADES DE CLASSE	3.440.525	0,82	7.256.926	0,49	24.109.788	0,50	60.178.900	0,51	
ASSISTÊNCIA MÉDICA - EMPRESAS	18.271.754	4,37	32.691.995	2,21	99.417.641	2,07	189.728.988	1,61	
MANUTENÇÃO DA REDE DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS	4.328.539	0,93	10.648.683	0,72	92.651.594	1,93	124.698.700	1,06	
TOTAL GERAL	418.296.830	100,00	1.478.282.673	100,00	4.798.208.396	100,00	11.782.719.693	100,00	