

DEMOCRATIZAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE : PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL

Texto subsídio para o tema: Modelo Assistencial e Organização da Sociedade: Ações e Serviços de Saúde e Necessidades da População

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL**

PRINCÍPIOS

A saúde expressa a organização sócio-econômica, tendo como determinantes: trabalho, renda, alimentação, educação, moradia, saneamento, meio-ambiente, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, implicando no acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, sem qualquer discriminação.

As ações de saúde, de saneamento e de meio ambiente devem ser desenvolvidas de forma integrada.

A epidemiologia deve ser utilizada para a definição de prioridades.

Os serviços públicos, contratados e conveniados, devem ser organizados em rede única regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente de atenção, em que os serviços básicos sejam o principal acesso ao SUS.

A atenção à saúde deve ser integral, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

O comando político e administrativo do SUS deve ser único tanto nas esferas federal e estadual, quanto na municipal.

O perfil de financiamento da assistência, deve ser invertido passando a privilegiar o setor público.

A participação popular na gestão do sistema deve ser assegurada. Deve ser assegurada a divulgação de informação quanto aos serviços e a sua utilização pelo usuário, bem como o direito de informação sobre a saúde às pessoas assistidas.

A Administração Popular da Prefeitura Municipal de Porto Alegre tem como um dos eixos fundamentais de seu trabalho a democratização das relações na cidade. Propõe-se a incentivar a participação popular, a buscar a mudança nas condições de vida e de trabalho dos portoalegrenses e a favorecer o desenvolvimento de um padrão de cidadania de nova qualidade.

Este direito deve ser universal e, portanto, garantido a todo o cidadão. Somente será alcançado em sua plenitude se a todos forem asseguradas boas condições de vida e de trabalho. Para tanto, é indispensável que a população tenha acesso ao saneamento - água potável, esgoto, coleta regular e destinação adequada do lixo - e, também, à educação e ao lazer. Neste sentido, o poder público municipal considera o saneamento da cidade como uma prioridade, em consonância com o que foi expresso pela população durante a elaboração do Orçamento Municipal de 1990 e de 1991.

Aos gestores das instituições públicas, que atuam sobre os problemas de saúde, de saneamento e de meio ambiente, cabe a tarefa de integrar as ações de todas as esferas de governo, visando a promoção da saúde. Devem, também, favorecer a organização popular e sindical, de modo a que sejam conquistadas melhores condições salariais e de trabalho.

Se por um lado, a democratização do direito à saúde significa garantir melhoria global das condições de vida e de trabalho, por outro deve representar acesso igualitário, equânime e universal a serviços de boa qualidade.

Estes serviços devem ser resolutivos mesmo nas chamadas unidades básicas. Ou seja, devem dispor de área física suficiente para a atuação de uma equipe de profissionais realmente capacitada a atender de modo eficaz, ao menos as quatro especialidades básicas - clínica geral, pediatria, ginecologia/obstetrícia, cirurgia - e a odontologia.

A rede assistencial deverá ser suficientemente ampliada, tanto o número de serviços como de profissionais, nas diversas especialidades, para proporcionar à clientela o atendimento ambulatorial básico a todas as faixas etárias, bem como o atendimento de urgência/emergência ambulatorial e hospitalar.

A rede básica, ao mesmo tempo que atende a demanda imediata, isto é, as intercorrências que precisam do pronto atendimento, deve reservar um espaço para um atendimento "programado", onde serão desenvolvidos programas de saúde pública que incluam o controle do crescimento e desenvolvimento das crianças o controle e prevenção das doenças crônico-degenerativas. É importante que a equipe como um todo se capacite para as duas formas de atendimento da clientela.

As equipes, para comporem a rede básica, devem contar com médicos (pediatras, gineco-obstetras e generalistas), dentistas e auxiliares de odontologia, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, assistentes administrativos e serventes. Dentro da disponibilidade de pessoal e de acordo com as necessidades que o perfil epidemiológico apontar, deverão contar com nutricionista, psicólogo, assistente social e outras especialidades médicas (cirurgião, cardiologistas, dermatologistas, psiquiatra, etc).

As demais especialidades, bem como os serviços de maior nível de complexidade, devem ser equanimemente acessíveis. Nesse sentido, a rede deve abranger, também, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

É preciso ainda que os serviços de saúde promovam ações coletivas, como as de vigilância epidemiológica e sanitária.

A rede de unidades assistenciais - incluindo as hospitalares deverão integrar-se ao sistema de vigilância epidemiológica e contribuir com informações, levantamentos de morbi-mortalidade, ações de combate ou controle de doenças.

A vigilância sanitária intervém na esfera do consumo e da produção. Caracteriza-se pela diversidade de interfaces que estabelece como o sistema produtivo, com a circulação de bens, serviços e mercadorias, na medida em que estes podem acarretar danos à saúde individual e coletiva.

Na produção deverá ser preservada a saúde do trabalhador através da fiscalização e controle dos ambientes e na organização do processo

de trabalho, com a participação dos sindicatos no gerenciamento destas ações, de forma a prevenir os acidentes e as doenças relacionadas com o trabalho.

A saúde do consumidor deverá ser defendida através do controle da qualidade dos alimentos, dos medicamentos, do sangue e derivados. Ou seja, deve ser resguardado ao consumidor o direito de adquirir produtos de qualidade através da fiscalização das condições de produção, manipulação, armazenamento e comercialização.

O exercício dos direitos elementares vem sendo sistematicamente negado aos consumidores e aos trabalhadores. Ao assegurá-lo estar-se-á avançando significativamente no sentido da construção de um novo padrão de cidadania.

O planejamento das ações e programas a serem desenvolvidos deve ter por base as informações epidemiológicas de morbi-mortalidade, a demanda a ser atendida (a atual e a reprimida) e os recursos disponíveis. A conjugação destes três fatores deverá indicar uma priorização das ações, que poderá variar nas diferentes unidades assistenciais, prevalecendo sempre as deliberações oriundas das CLIS e Conselho Municipal de Saúde.

O sistema de informações epidemiológicas será o norteador básico da política a ser desenvolvida. Ele trabalhará com dados referentes às condições de vida e de trabalho da população e não apenas com os tradicionais indicadores de saúde. Este conhecimento será obtido através de estudos com base populacional, realizados de forma articulada com as esferas públicas estadual e federal.

Trata-se, portanto, de buscar informações sobre o estado de saúde-doença na cidade e de analisá-las buscando seus nexos com a realidade econômica-social, tornando tais análises do conhecimento público e objeto de ação concreta.

O sistema de informações a ser constituído incorporará à análise, a própria organização dos serviços de saúde e os aspectos quantitativos e qualitativos de sua produção, estabelecendo relações com a situação social diferenciada de quem os procura.

Neste sistema devem estar incluídas as informações relativas às doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, cuja ocorrência possa ser identificada, avaliada e controlada, com vistas a proteção da saúde do trabalhador e o direcionamento da fiscalização das condições em que se processa o trabalho.

O impacto que os diferentes tipos de ações de saúde tem sobre o quadro de morbi-mortalidade será constantemente avaliado. Assim, além da manutenção e do incremento das ações preventivas e curativas comprovadamente necessárias e eficazes, serão desenvolvidas outras, que tradicionalmente não são implementadas pelo setor público. Pode-se mencionar, a título de exemplo, a necessidade de prevenir e tratar as doenças crônicas degenerativas, que constituem o principal grupo de causas de mortalidade na cidade, bem como formas alternativas e inovadoras no tratamento dos transtornos mentais, o que se constitui num desafio cotidiano dos serviços de saúde.

A constituição das equipes mínimas nos ambulatórios públicos, e mesmo a redefinição da priorização de especialidades atendidas pelos hospitais públicos ou contratados, levará em conta o quadro epidemiológico da região e a relação daqueles serviços com o sistema de referência e contra-referência municipal. No setor público, será privilegiada a contratação, a formação e a atualização dos recursos humanos necessários para melhorar este quadro.

O perfil de morbimortalidade e o estrangulamento do atendimento de urgência e emergência indicam a necessidade de - paralelamente ao aumento da resolutividade da rede ambulatorial pública - descentralizar o atendimento de urgência, através de uma ação coordenada de reforma e de reequipamento dos ambulatórios públicos hospitalares ou não hospitalares. Além disso, implantar o sistema de atendimento pré-hospitalar que permita a remoção imediata para a rede hospitalar equipada para o tratamento das emergências e traumas.

A rede assistencial deve ter condições de desenvolver atividades de pesquisa e avaliação da qualidade do serviço oferecido.

Para construir um novo modelo de assistência é indispensável realizar a municipalização dos serviços de saúde. A implantação do SUS no país depende da desconcentração dos recursos financeiros e da descentralização unificada do planejamento, da gestão e da execução das ações. Somente deste modo, serão cumpridas as diretrizes da Constituição, da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Lei Orgânica do Município, que preconizam o comando único em cada esfera do Governo, cabendo ao Município as funções de controle, de normatização, de planejamento, de fiscalização e de deliberação sobre as ações de saúde realizadas no âmbito da cidade, com a cooperação técnica e financeira do Estado e da União.

Assim, se saúde é dever do Estado e direito do cidadão, este dever deve ser exercido na defesa dos interesses da população e em conjunto com ela.

CONTROLE PÚBLICO E REDEFINIÇÃO DO CARÁTER DA REDE DE ATENÇÃO

A assistência integral à saúde deve ser organizada em uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, para que todo o cidadão tenha efetivamente acesso a serviços de qualquer nível de complexibilidade. A atuação sobre a rede de atendimento, propriamente dita, será exercida através de dois campos que se inter-relacionam.

O primeiro campo de atuação será o da rede de serviços de saúde, a ser recebida pela Administração Municipal. Esta rede é composta de Unidades Ambulatoriais e Hospitalares do Governo do Estado e do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), hoje transferidos para o Estado. Ela encontra-se atualmente com problemas, em relação às condições físicas dos seus prédios, à conservação e à modernização de seus equipamentos. Ela apresenta distorções quanto à distribuição de seus recursos humanos e quanto ao funcionamento de suas unidades de prestação de serviços.

O outro campo de atuação é o da relação com o setor privado prestador de serviços. O acúmulo já obtido através dos trabalhos da Comissão de Fiscalização da CIMS, ao longo dos dois últimos anos, mostra que é possível controlar as irregularidades apontadas pelos usuários e de fato coibi-las. O Município deverá controlar tanto a gestão financeira, quanto a qualidade da assistência oferecida pelos prestadores de serviços hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais, privados e filantrópicos. Ao assumir tal tarefa, os contratos e os convênios com estes prestadores poderão ser reavaliados, levando em conta a distribuição destes recursos em relação à rede pública, a possibilidade de reformulação das formas de controle dos recursos destinados a este setor e a qualidade dos serviços oferecidos.

A melhoria das condições de parto e a diminuição da morbimortalidade materna e neonatal, por exemplo, depende, entre outros aspectos, da redistribuição das maternidades na cidade e da realização de fiscalização técnica nos hospitais contratados e conveniados, uma vez que estes detêm grande parte dos leitos obstétricos da cidade.

DISTRITALIZAÇÃO

O Distrito Sanitário é a unidade operacional básica do sistema de saúde no âmbito do Município. Constitui-se em local de planejamento e de gestão das ações de saúde aí desenvolvidas.

Enquanto unidade operacional, deve integrar, regionalizar e hierarquizar os serviços, permitindo o acesso de toda a população residente na área espacial que o delimita. Esta população deverá ter poder deliberativo sobre o modo pelo qual estes serviços serão geridos.

Não se trata, no entanto, de uma unidade autônoma, mas sim de parte integrante de um todo que é o sistema de saúde municipal, estadual e federal. Tal sistema deverá articular os diferentes níveis de atenção, inclusive os de maior complexibilidade, de modo a garantir à população o atendimento, caso necessário, em outros distritos que disponham de equipamentos de saúde com maior poder de resolutividade.

A definição dos Distritos de Porto Alegre origina-se do traçado dos setores em que a cidade foi dividida em 1979. Contudo, algumas alterações de traçado estão sendo efetuadas, visando compatibilizá-los com as Unidades Territoriais de Planejamento (UTP), com a divisão de bairros, com os novos aglomerados urbanos e com as formas de organização da população.

A distritalização é um processo que não implicará em adscrição automática de clientela. Somente a constituição de um sistema real de referência e contra-referência e o aumento da resolutividade da rede ambulatorial pública poderá fazer com que os usuários espontaneamente recorram aos serviços, que teoricamente estariam destinados à população de cada região. Ou seja, quando a descentralização, a hierarquização e o aumento da resolutividade dos serviços públicos de saúde se tornar realidade, eles passarão a suprir as necessidades sentidas e expressas pelos seus usuários.

HIERARQUIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS

As unidades assistenciais serão hierarquizadas em nível de complexidade crescente, com sistema de referência e contra-referência, onde as unidades de menor complexibilidade sejam resolutivas e, ao mesmo tempo, a principal porta de acesso ao sistema de atendimento.

Desta forma, as unidades deverão estar capacitadas para atender um determinado contingente populacional, prestando serviços diferenciados, e classificadas como segue:

Unidades Assistenciais Ambulatoriais

UA1

- População de abrangência: até 5000 hab.

- Serviços oferecidos: atendimento médico em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, pequenos procedimentos cirúrgicos, atendimento odontológico, atendimento de enfermagem, vacinação, inaloterapia, curativos, farmácia, coleta de material para exames laboratoriais, promoção de saúde mental, serviço social, vigilância epidemiológica e sanitária.

- Horário de funcionamento: 7 às 19 horas.

UA2

- População de abrangência: até 10000 hab.

- Serviços oferecidos: atendimento médico em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgia, psiquiatria, cardiologia e outras especialidades que se fizerem necessárias; atendimento odontológico; atendimento de enfermagem, vacinação, inaloterapia, curativos, farmácia, coleta e/ou realização de exames laboratoriais, promoção de saúde mental, atendimento nutricional, serviço social, vigilância epidemiológica e sanitária.

- Horário de funcionamento: 7 às 22 horas.

- Transporte: contará com serviço de ambulância.

UA3

- População de abrangência: até 30000 hab.
- Serviços oferecidos: atendimento médico em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgia, psiquiatria, cardiologia e outras especialidades que se fizerem necessárias; atendimento odontológico; atendimento de enfermagem, vacinação, inaloterapia, curativos, farmácia, laboratório de análises clínicas, radiodiagnóstico, promoção de saúde mental, atendimento nutricional, serviço social, vigilância epidemiológica e sanitária, atendimento de emergência.
- Horário de funcionamento: 7 às 22 horas (emergência 24 horas)
- Transporte: contará com serviço de ambulância.

UA4

População de abrangência: serão serviços especializados de referência regional municipal e/ou estadual.

- Serviços oferecidos: atendimento médico especializado (por exemplo, neurologia, reumatologia, oncologia, etc.), serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (eletrocardiografia, eletroencefalografia, tomografia, ecografia, radioterapia, fisioterapia, etc.), farmácia; atendimento de outros profissionais (nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, etc.). Incluem-se aí serviços especiais como hospitais-dia, pensões protegidas ou centros de convivência, que atendem pacientes com transtornos mentais.
- Horário de funcionamento: 7 às 19 horas.

Unidades Assistenciais Hospitalares

HOSPITAL GERAL

Oferece atendimento ao nível de internação, pelo menos nas quatro especialidades básicas: clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia e cirurgia geral. Deverá contar com serviços de radiodiagnóstico e de análises clínicas. Deverá ser referência para um ou mais distritos.

HOSPITAL ESPECIALIZADO

Oferece atendimento ao nível de internação, em outras especialidades médicas, podendo também oferecer atendimento nas especialidades básicas. Deverá contar com serviços de apoio diagnóstico capazes de atender a clientela no próprio hospital. Será referência municipal e/ou estadual.

SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

A integralidade da assistência, o acesso a serviços de maior complexidade e especialização e o retorno à unidade que originou o encaminhamento deverão ser garantido através de um sistema de referência e contra-referência.

A principal porta de entrada ao Sistema Unico de Saúde deve ser as unidades de tipo 1 (serviços de menor complexidade) não excluindo, no entanto, a procura direta às unidades de tipo 2 e 3 (para pronto-atendimento, ações básicas e serviços de ambulância). A partir destas unidades deve-se dar a referência para as unidades de tipo 4 (serviços especializados) ou para os hospitais (geral ou especializado).

O Sistema de Referência e Contra-Referência deverá estar integrado à Central Municipal de Marcação de Consultas Ambulatoriais, que operacionalizará o agendamento nas unidades com atendimento especializado, facilitando e proporcionando uma utilização racional dos recursos existentes.