

PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL PARA A REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

1. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

1.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS

As informações disponíveis sobre a população, seu modo de trabalhar e de viver referem-se, em geral, a números totais ou médias. Este tipo de dado não expressa o modo extremamente desigual dos brasileiros em geral, e dos portoalegrenses em particular, residirem, trabalharem, viverem, adoecerem e morrerem. Ressalvando-se a dificuldade em obter dados expressivos da realidade social da cidade, tenta-se a seguir caracterizá-la.

A Região Metropolitana de Porto Alegre (RMFA) é composta por 22 Municípios, tendo, atualmente, uma população de aproximadamente 3.000.000 de habitantes. Segundo a Secretaria do Planejamento Municipal (SPM), a população do Município propriamente dito, projetada para 1990 a partir do Censo Demográfico IBGE/1980, é de 1.403.586 habitantes. A densidade populacional varia conforme a região da cidade.

Atualmente 61% da população economicamente ativa (PEA) é ocupada em serviços, 18% no comércio e apenas 10% na indústria, concentrada na região noroeste. Fica assim demonstrado o caráter marcadamente terciário da economia da cidade.

Porto Alegre apresenta grandes contrastes sociais, a população de renda média mensal acima de 22 salários mínimos está situada principalmente na zona central e intermediária da cidade, enquanto o contingente populacional com renda inferior a 6 salários mínimos - 44% do total da população - estende-se pelos 3 grandes setores da cidade.

O risco de adoecer e morrer ao qual a população está submetida, decorre das condições em que a mesma trabalha e vive. Estas não diferem essencialmente das do restante do país, sendo reconhecidamente inadequadas e insalubres.

Aproximadamente 380.000 pessoas, 27% da população do município, vivem em subabitações.

Embora 80% da população tenha abastecimento de água, em algumas áreas periféricas e de subabitação, o seu fornecimento é parcial, sendo realizado por caminhões-pipa ou em torneiras públicas.

Bem menos da metade da população total da cidade é servida com sistema de coleta de esgoto cloacal separador. É mínima - em torno de 2% - a quantidade de efluentes desta rede

que são encaminhados às estações de tratamento. Os dejetos da cidade são, na sua quase totalidade, despejados "in natura" no Rio Guaíba, misturados ao sistema de coleta pluvial existente, ou lançados a céu aberto em valões e em córregos naturais que permeiam as vilas populares da cidade.

A coleta de lixo é diária apenas no centro da cidade. Nos bairros é feita em dias alternados. Em algumas vilas, devido as dificuldades do sistema viário, o lixo é coletado através de tratores Agrale e depositado em "containers", para posterior recolhimento.

1.2. SITUACÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

A esperança de vida ao nascer, em Porto Alegre, no triênio 1979-1981, era de 64 anos para o sexo masculino e 74 para o sexo feminino, sendo maior que a do Rio Grande do Sul, que era, no mesmo período, de 63 e 69 respectivamente. No entanto, quando comparada com a de países como o Japão, a Suécia ou a Noruega, observa-se que os portoalegrenses vivem menos.

A análise da série histórica da mortalidade proporcional dos últimos 9 anos (1980-1988) demonstra que está diminuindo a proporção dos óbitos ocorridos em pessoas com menos de 50 anos, indicando que houve uma melhora no perfil da mortalidade.

Os 5 principais grupos de causas de morte, responsáveis por mais de 70% dos óbitos na cidade, praticamente se mantiveram inalterados na última década. As doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar, seguidas das neoplasias, das doenças do aparelho respiratório e das causas externas. A partir de 1983, o quinto lugar, ocupado até então pelas afecções do período perinatal, passou a ser das doenças do aparelho digestivo.

Quanto à mortalidade infantil, evidencia-se a ocorrência de uma diminuição importante deste coeficiente, pois ele passou de 37 óbitos entre 1.000 nascidos vivos em 1980 para 13 em 1989. Esta redução ocorreu tanto na faixa dos primeiros 28 dias de vida (mortalidade neonatal), como na faixa de 29 dias a 1 ano incompleto (mortalidade infantil tardia). Uma das possíveis explicações para diminuição deste coeficiente talvez seja o maior nível de informação que os responsáveis pelos cuidados das crianças dispõe, quanto a seus direitos em relação à saúde, pois não parece ter havido grandes mudanças na quantidade e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos, ou melhoria dos níveis salariais da população de baixa renda. Além disso, podem ter influenciado positivamente, as campanhas de reidratação oral e de vacinação, bem como, a ampliação da coleta de lixo e do fornecimento de água potável, nas vilas populares. Por outro lado, a mortalidade neonatal continua contribuindo de forma significativa no total dos

óbitos de menores de 1 ano.

As afecções perinatais (causas relacionadas com problemas na gestação, no parto ou no puerpério) são as que mais contribuíram nesses óbitos, concorrendo com mais de 50% em 1989, seguidas pelas Doenças Respiratórias Agudas, com 24% e as Mal Formações Congênitas, com 7%. As Doenças Diarréicas, principais responsáveis pela grande dimensão da mortalidade infantil no Brasil, em Porto Alegre, estão como a quinta causa, com menos de 5%.

Em relação a natimortalidade, isto é, as crianças que já nasceram mortas, não se observa uma redução importante no número absoluto de mortes. No ano de 1988, os natimortos representaram 43% de todos os atestados de óbitos registrados de menores de 1 ano e 42%, em 1989. Assim como as afecções do período perinatal, a natimortalidade está profundamente relacionada com a qualidade da assistência recebida na gestação e no parto.

Quando se trabalha com coeficientes, as informações dizem respeito a cidade como um todo, mas as doenças não se manifestam de forma aleatória. As desigualdades nas condições de vida e de trabalho, a que os indivíduos e os grupos sociais estão submetidos, propiciam que os mesmos estejam expostos a fatores de risco ou de proteção diferenciados. Com a mortalidade ocorre o mesmo. As crianças não morrem igualmente em todos os bairros da cidade. Um exemplo disto é o que se observa quando se compara o número de óbitos de menores de 1 ano, ocorridos em 1989 nos bairros Três Figueiras (1), Moínhos de Vento (1), Bom Fim e Cidade Baixa (3), com os ocorridos nos Restinga Velha (11), Lomba do Pinheiro (17) ou Vila Bom Jesus (19). São exatamente naqueles lugares onde se concentra a população de baixa renda, que ocorrem o maior número de óbitos infantis.

A mesma diminuição observada no coeficiente de mortalidade infantil como um todo, também acontece no coeficiente de mortalidade de menores de 5 anos. A década se inicia com uma mortalidade, nesta última faixa, de 9 óbitos para 1.000 menores de 5 anos vivos e em 1988, esta foi reduzida quase a metade, chegando a 5.

1.3. SERVIÇOS DE SAÚDE

No Brasil, ao longo das últimas décadas, os serviços públicos de saúde foram sendo "sucateados". Ao mesmo tempo, a rede privada prestadora de serviços recebeu grande privilégio. A assistência oferecida por esta rede é reconhecidamente pouco acessível e cara. Os recursos diagnósticos e terapêuticos mais sofisticados são utilizados em demasia, para alguns casos, embora para a maior parte da população permaneçam inacessíveis nos momentos em que seriam indispensá-

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

veis. Além disso, o trabalhador é obrigado a pagar "por fora", mesmo sendo o financiador destes serviços, pois é seu o dinheiro que paga, através de taxas e impostos diretos e indiretos, o lucro do setor privado.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição de 1988, aponta para a possibilidade de reversão deste quadro, embora existam indefinições quanto as formas de transição para este novo sistema.

Conforme o parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde de de 2 consultas/habitante/ano e considerando a população de Porto Alegre estimada para 1990, existe na cidade uma demanda teórica 1.824.661 consultas nas especialidades básicas por ano. Foram realizadas, em 1989, pelos ambulatórios públicos da cidade - sem considerar os dos hospitais - 933.667 atendimentos, ou seja apenas 51% do que seria necessário.

Existem 569 serviços ambulatoriais privados de diversos tipos (médicos, odontológicos, diagnósticos, terapêuticos, etc.), contratados pelo SUS. Além de cerca de 30 serviços mantidos por entidades, sindicatos e órgãos de diferentes categorias profissionais.

A cidade dispõe de 51 hospitais: os hospitais gerais que atendem as quatro especialidades básicas (obstetrícia, pediatria, clínica geral e cirurgia); os hospitais especializados e os hospitais que atendem determinadas categorias profissionais: Brigada Militar, Funcionários Públicos Municipais, etc.

O INAMPS mantém Convênio ou Contrato Padrão com 31 hospitais em Porto Alegre, sendo 6 do tipo Universitário ou Filantrópico, com atendimento universalizado.

Os leitos existentes nas quatro especialidades básicas distribuem-se da seguinte maneira:

- Clínica Médica	2352
- Pediatria	1150
- Obstetrícia	562
- Cirurgia	2912
- Total	6976

Estabelecendo uma relação entre o número de leitos existentes e as necessidades da população, a Comissão de Planejamento da Municipalização da Saúde em Porto Alegre constatou que em 1988 existiam cerca de 9.617 leitos na cidade. De acordo com os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, de 4 leitos por 1.000 habitantes, observa-se que a rede hospitalar da cidade poderia atender a uma população de cerca de 2.404.250 habitantes, um número muito superior, portanto, ao de residentes em Porto Alegre.

A dificuldade da população dispor de leitos hospitalares decorre, por um lado, do fato de 48% das internações serem de pessoas procedentes do interior do estado - muitas prefeituras do interior tem investido na compra de ambulâncias, configurando o que tem sido denominado como "transporte terapia"

- e, por outro, das irregularidades ou irracionalidades na sua utilização, tais como: exigência de cobranças indevidas, diferenças na taxa média de ocupação dos leitos públicos ou contratados e dos leitos privados, entre outras.

Em relação a algumas especialidades, como as cardiopatias, os cânceres e a AIDS, há carência de leitos. Exemplo disto, são os dois a três meses de espera por um leito no Instituto de Cardiologia.

A baixa capacidade resolutive das unidades públicas de atendimento ambulatorial, tanto em Porto Alegre, como na RMPA, gera uma demanda que acorre aos serviços de urgência dos hospitais prejudicando a capacidade destes serviços para o atendimento das urgências propriamente ditas. Segundo as avaliações do Serviço de Urgência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 75% dos casos atendidos são consultas simples. A Santa Casa de Misericórdia, por exemplo, atende no Setor de Urgência, 62% de casos simples.

A rede de serviços a ser municipalizada é composta de Unidades Ambulatoriais e Hospitalares do Governo do Estado e do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Saúde. Ela encontra-se hoje com problemas, em relação às condições físicas dos seus prédios, à conservação e modernização de seus equipamentos. Ela apresenta distorções quanto a distribuição de seus recursos humanos e quanto ao funcionamento de suas unidades de prestação de serviços.

Além dos serviços de assistência a saúde, são desenvolvidas, pelas Secretarias da Saúde e do Meio Ambiente e pela Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social, ações de Vigilância Sanitária, tais como: controle da qualidade dos alimentos, do sangue e derivados, do exercício profissional, combate as zoonoses e aos vetores, entre outras. A eficácia destas ações tem sido comprometida pela carência de recursos materiais, financeiros e, principalmente, humanos.

As competências de executar a coleta, a sistematização e a análise das informações epidemiológicas e de desenvolver ações de vigilância, a partir da municipalização dos serviços de saúde, passam a ser da SMSSS.

É importante ressaltar que tanto no âmbito da vigilância sanitária como no da epidemiológica, tem havido integração satisfatória entre os serviços municipais e estaduais, o que certamente favorecerá o processo de municipalização destas ações.

1.4. PARTICIPAÇÃO POPULAR NA GESTÃO DOS SERVIÇOS

A participação popular no setor saúde em Porto Alegre, ocorre através da CIMS, que detém o poder deliberativo sobre a política de saúde em Porto Alegre, controlando e fiscali-

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

zando as ações de saúde na cidade.

Através desta Comissão se estabeleceu uma ação articuladora de todas as instituições de saúde no âmbito do município, tentando evitar ações paralelas nas várias esferas de Governo.

Com a atuação da CIMS, os Governos municipal, estadual e federal passam a desenvolver uma ação integradora onde a população organizada, através de suas entidades representativas, determina as prioridades de investimento.

Cada CLIS (Comissão Local Interinstitucional de Saúde) corresponde a um dos 10 setores em que a cidade foi dividida em 1979, a partir de um estudo elaborado pela Secretaria do Planejamento Municipal, pela SSMA, através da 1ª Delegacia Regional de Saúde, e pela Fundação Metropolitana de Planejamento (METROPLAN). São realizadas reuniões e ações em cada uma destas regiões. Os problemas não resolvidos neste âmbito, tais como, manifestações, questionamentos, proposições ou denúncias são encaminhados para a CIMS.

2. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO E DE FUNCIONAMENTO DO SUS EM PORTO ALEGRE

2.1. PRINCÍPIOS

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

2.1.2. 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.

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

2.1.4. A epidemiologia deve ser utilizada para a definição de prioridades.

2.1.5. 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.

2.1.6. A atenção a 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.

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

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

2.1.9. A participação popular na gestão do sistema deve ser assegurada.

2.2. DEMOCRATIZAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE: PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL

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 odontologia.

A rede assistencial deverá ser suficientemente ampliada, tanto em 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 a nível 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 desde o controle do crescimento e desenvolvimento das crianças até 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), dentista e auxiliares de odontologia, enfermeiro e auxiliares de enfermagem, assistentes administrativos e serventes. Dentro da disponibilidade de pessoal e de acordo com as necessidades que o perfil epidemiológico apontar, poderão as equipes contar com nutricionista, psicólogo, assistente social e outras especialidades médicas (cirurgião, cardiologista, dermatologista, psiquiatra, etc.).

É importante contar com pelo menos um sanitarista em cada Unidade Sanitária.

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 sanitária e epidemiológica.

A rede básica e o HPS deverão habilitar-se a realizar ações de vigilância epidemiológica, contribuindo com informações, levantamentos de morbi-mortalidade, ações de combate ou controle de doenças.

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 conjunção destes três fatores deverá indicar uma priorização das ações, que poderá variar nas diferentes unidades assistenciais, prevalecendo sempre as deliberações oriundas das CLIS e CIMS.

O sistema de informações epidemiológicas será o norteador básico da política a ser desenvolvida. Ele trabalhará com dados referentes as 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 a 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 eram implementadas pelo setor público. Pode-se mencionar, a título de exemplo, a necessidade de prevenir e tratar as doenças crônico degenerativas, que constituem o principal grupo de causas de mortalidade na cidade.

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. 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 resquipamento dos ambulatórios públicos hospitalares ou não hospitalares.

A rede assistencial deve ter condições de desenvolver atividades de pesquisa, avaliação da qualidade do serviço oferecido, capacitando-se inclusive para supervisionar outros serviços, quando da municipalização da saúde em Porto Alegre.

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 de Governo, cabendo ao poder público Municipal 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.

2.3. 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 proporcionar que todo o cidadão tenha efetivamente acesso a serviços de diferentes níveis de complexidade.

A transferência desta rede para o Município deverá ser concomitante com o repasse de recursos materiais e financeiros, que permitam a sua recuperação física e o seu alinhamento em uma nova forma de trabalho. Trata-se de investir nestes equipamentos públicos, devolvendo-os para o uso da população, recuperados e qualificados, de modo a resgatar a sua credibilidade.

2.4. REORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA E GERENCIAL E O DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Ao mesmo tempo em que houver melhora na qualidade das ações promovidas pelo setor público de saúde e que a oferta

de serviços se expandir, a estrutura administrativa, que lhes dá suporte, deverá ser reorganizada. Se por um lado, os recursos humanos e materiais devem ser melhor aproveitados, evitando-se a ociosidade e o desperdício, por outro, é indispensável a ampliação do quadro funcional, especialmente naquelas profissões que o perfil epidemiológico da cidade indicar como necessárias. Além disso, sem a mudança da proporção de recursos financeiros destinados ao setor público e ao setor privado - claramente desfavorável para o primeiro - não haverá reorganização burocrática que aumente a eficácia do serviço público de saúde. Mesmo assim, é importante destacar que os fluxos burocráticos devem ser revistos, no sentido de extinguí-los, quando inúteis, ou substituí-los, se for o caso, por outros mais eficientes.

As atividades, tanto técnicas quanto administrativas, devem ser programadas, avaliadas e acompanhadas em seu desenvolvimento.

As práticas de gerência também devem ser transformadas. Aos gerentes deve ser oferecido apoio técnico e administrativo, que propicie a reflexão contínua e coletiva sobre a relação existente entre os propósitos estratégicos da gestão do SUS no município e sua prática gerencial. Além disso deverá ser estimulada a implementação de uma relação democrática entre os dirigentes e os servidores no dia-a-dia de trabalho.

Isto envolve um processo de aperfeiçoamento profissional, no qual deve ser oferecida ao servidor a possibilidade de refletir sobre seu trabalho e de se engajar ativamente na elaboração, redefinição e execução do plano de ação aqui proposto. Tal processo inclui ainda, uma nova forma de relação dos trabalhadores de saúde com os usuários dos serviços. Os servidores deverão cumprir seus compromissos contratual e social de observar seu horário de trabalho e de estabelecer uma relação respeitosa com a população que a eles recorre

3. HIERARQUIA DA REDE DE SERVIÇOS

Unidades Assistenciais Ambulatoriais

TIPO 1

- População de abrangência: 2000 a 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.

TIPO 2

- População de abrangência: 5000 a 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.

TIPO 3

- População de abrangência: 10000 a 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.

TIPO 4

- População de abrangência: serão serviços de referência 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.)

- 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.

3.1. CONCEITO DE DISTRITO

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 complexidade, de modo a garantir à população o atendimento, caso necessário, em outros distritos que disponham de equipamentos

de saúde com maior poder de resolutividade.

O Distrito Sanitário, entendido enquanto unidade organizacional do Sistema Único de Saúde, não pode ser implementado em todas as suas dimensões, enquanto o mesmo não acontecer com o SUS. Não é possível configurar esta nova organização independentemente dos processos globais do setor saúde, sendo inúmeras as dificuldades e os impedimentos para que se viabilize a implantação imediata e completa desta concepção.

O projeto de municipalização dos serviços de saúde em Porto Alegre, com sua proposta de organização dos Distritos Sanitários, insere-se no processo de transformação pelo qual passa, atualmente, o setor saúde no Brasil. Assim, os limites para viabilização dos primeiros serão determinados pela dinâmica do sistema nacional de saúde, embora as experiências municipais tendam a se tornar em modelos impulsionadores de mudanças globais.

A distritalização, portanto, será um processo que, espera-se, inicie-se a partir da implantação deste Plano. Saliente-se, ainda, que ela não implicará em adscrição 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 a 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.

3.2. PROPOSTA DE GERENCIAMENTO

3.2.1. GERÊNCIA EXECUTIVA

As ações de saúde, quando a municipalização for totalmente implantada em Porto Alegre, terão como gestor único a Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social (SMSSS) que será responsável pela política de saúde deliberada pela CIMS.

O Nível Central deverá exercer a direção técnica e administrativa da Secretaria. Para tanto, deverão existir setores técnicos e administrativos centrais e distritais indispensáveis ao bom funcionamento das ações e serviços de saúde, a serem desenvolvidos na cidade sob o comando do poder público municipal.

De acordo com a proposta de promoção integral da saúde, deverão ser compostas equipes de supervisão multiprofissionais, que atuarão tanto na área técnica como administrativa. Estas equipes acompanharão tanto a programação como a avaliação das ações promovidas e desenvolvidas pelos diversos setores, concentrando sua atuação naqueles que executam atividades

des afins.

A gerência executiva municipal deverá ser realizada de maneira descentralizada, através das Gerências Distritais.

Estas Gerências virão a se constituir em Unidades Orçamentárias. Elas funcionarão junto a uma Unidade de Saúde do Distrito, que será escolhida pelas CLIS de acordo com os critérios de acessibilidade, e assumirão as funções de coordenação distrital do processo de planejamento das ações individuais e coletivas que se desenvolverão ao nível local. Serão responsáveis, também, pela gerência e pela promoção do desenvolvimento dos recursos humanos dos Distritos.

Estas gerências deverão contar com estrutura de informática e sugere-se que se localizem em unidades assistenciais tipo 3.

Na medida do possível a gerência distrital deverá participar do planejamento das ações de meio ambiente e da fiscalização da qualidade dos serviços prestados pelas instituições conveniadas ou contratadas.

3.2.2. GERÊNCIA DELIBERATIVA

A tomada de decisão referente ao funcionamento do sistema Municipal de Saúde deverá se dar de forma coletiva, nos moldes das instâncias colegiadas do SUS.

Atualmente existem duas instâncias colegiadas com caráter deliberativo no município: a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e as Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS). A CIMS, quando da implantação de fato e de direito do SUS, passará a ser denominada Conselho Municipal de Saúde. Considera-se aqui, no entanto, a designação ainda vigente.

Em cada uma destas instâncias deverão estar obrigatoriamente representadas as instituições públicas e as entidades representativas da população, podendo fazer parte outras representações institucionais a critério da CIMS.