

Integração do Setor Saúde no Estado do Rio de Janeiro – Os primórdios

Integration of the Health Sector in the State of Rio de Janeiro – The beginning

Nildo Aguiar¹

Maria Manuela P.C.A dos Santos²

¹Médico. Superintendente do INAMPS-1983/85; Pesquisador Associado do Departamento de Planejamento e Administração de Saúde – IMS/UERJ; Presidente do Conselho de Associação Brasileira de Acreditação de Sistema e Serviços de Saúde-2005/08; MECBC Colégio Brasileiro de Cirurgiões. / ²Médica, Professora Adjunta do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, Superintendente de Acreditação do Consórcio Brasileiro de Acreditação de Serviços e Sistemas de Saúde. Rua São Bento, 13, Centro – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20090-010 – Tel.: 55 (21) 3299-8200. E-mail: superintendencia@cbacred.org.br

Resumo

Neste artigo, escrito em 1984, registra-se a história da implantação das Ações Integradas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, abordando-se seus múltiplos aspectos, como a integração institucional, os recursos humanos e financeiros e os principais resultados alcançados.

Palavras-chave: Integração de sistemas. Planos e programas de saúde. Organização e administração.

Abstract

This manuscript, written in 1984, remembers the history of the Integrated Health Actions in the State of Rio de Janeiro, approaching its multiple aspects, such as institutional integration, human and financial resources and the main results.

Keywords: Systems integration. Health programs and plans. Organization & administration.

Palabras-clave: Integración de sistemas. Planes y programas de salud. Organización & administración.

Introdução

Este artigo tem origem em um documento de trabalho da antiga Superintendência Regional do INAMPS do Rio de Janeiro, escrito em 1984, visando o processo de estabelecimento das Ações Integradas de Saúde.

Passados 27 anos, uma sucessão de atos normativos, leis, decretos, Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) têm tratado constantemente as diversas estratégias de alcançar a integração no setor saúde.

Assumimos que a integração entre diferentes instituições de saúde continua como um desafio para atingir um padrão de qualidade no sistema de saúde, seja em nível local, regional, estadual ou nacional. O resgate das origens deste movimento é importante para novas e futuras gerações, no sentido de contribuir para a reflexão sobre os impasses que dificultam tal processo.

A História

A saúde, parte indissociável do desenvolvimento nacional, é objeto de inequívoca responsabilidade social e é dever do Estado prover os instrumentos necessários à sua manutenção duradora. Dentro desta perspectiva doutrinária, a saúde deve ser abordada exaustivamente em todos os seus aspectos preventivos e curativos, em todas as suas variáveis econômicas e sociais, em todos os seus fundamentos institucionais e legais.

A análise do problema não pode ser desvinculada da ideia de que a estrutura administrativa brasileira da saúde tem um sentido abrangente na busca de atenuar as contradições decorrentes do desenvolvimento, notadamente no quadro de desigualdade da distribuição de renda.

Igualmente, atividades de proteção e recuperação da saúde estão dirigidas objetivando especificamente a manutenção da capacidade produtiva da população economicamente ativa, visando ao crescimento da produção de bens e serviços, ao consumo e ao investimento da população como um todo.

Os técnicos do setor saúde e os responsáveis pela política de saúde procuram, através de medidas de natureza técnico-administrativa, conjugar esforços no sentido de atenuar ou reduzir ao máximo os custos crescentes no setor, principalmente na área hospitalar, procurando mecanismos técnicos e políticos no sentido de reforçar e melhorar o atendimento primordial através da regionalização e hierarquização das unidades assistenciais que integram o sistema do setor saúde.

O aumento acelerado dos custos de produção dos serviços, principalmente os relacionados pelos equipamentos de alta tecnologia e a subutilização desses equipamentos, têm levado a rede hospitalar a uma atuação que debilita a produtividade dessas unidades operacionais.

Numerosos fatores condicionam a existência de uma série de desvios no desenvolvimento dos programas assistenciais:

- A necessidade de se intensificarem os instrumentos de combate às causas das doenças – desnutrição, saúde pública, saneamento, educação e habitação, para eliminar ou minimizar ocorrências posteriores, que sobrecarregam o setor e oneram os custos de saúde;
- A imperiosidade de se definir a política de saúde tendo como base as necessidades reais da população, pois disso resultaria adequada destinação de recursos. Dessa forma, poder-se-ia enfrentar não só o aumento dos gastos, em face de uma maior utilização dos serviços, como a elevação dos custos, face aos mecanismos de moderação que poderiam ser desenvolvidos para o processo de incorporação de tecnologia;
- A necessidade de se rever a política de formação de recursos humanos, adequando-a às necessidades da política de saúde formulada;
- Corrigir distorções na área da assistência médica envolvendo os serviços públicos federais, estaduais e municipais, as entidades sem fins lucrativos e o setor privado.

“Ao longo do tempo, diversas foram as tentativas de desenvolver programas de atenção à saúde, com os mais diferentes enfoques. No entanto, o desconhecimento de que existem relações de íntima interdependência entre saúde e economia tem sido quase sempre o fator que os torna irrealizáveis e inviáveis. A desconsideração das variáveis sócio-econômicas, o desconhecimento das diferenças regionais, da diversidade dos problemas urbanos e rurais, explicam o malogro total ou parcial de alguns planos apresentados para dar solução aos problemas médico-assistenciais do país”. (Gentile de Mello, 1981).

É de conhecimento dos especialistas em planejamento de saúde que as necessidades básicas de assistência médica da população revelam existência de desigualdade nas aspirações ao atendimento médico, determinadas pela situação socioeconômica, fazendo variar a demanda aos serviços de saúde.

De forma esquemática e simplificada podemos dividir a clientela em três grandes grupos:

Grupo A: corresponde entre 5 e 10% da clientela, com elevado nível de renda, usuários habituais dos profissionais médicos liberais, principalmente nas atividades privadas, mas que eventualmente, procuraram o sistema oficial para os procedimentos de alto custo (hemodiálise, radioterapia, cirurgia cardíaca e outros). A maioria desses procedimentos é realizada por serviços contratados pelo poder público, quase sempre pelos próprios profissionais das instituições públicas nas suas atividades com a clientela privada.

Grupo B: clientela estimada em cerca de 15 a 20% (classe média), caracterizada como a de maior pressão na escolha de serviços médicos assistenciais próprios e contratados conseguindo, em certo grau, a opção de escolha.

Grupo C: constituído por pessoas de baixa renda, estimado em 70 a 80% da clientela do sistema, sempre encontrando dificuldades de acesso aos estabelecimentos de saúde. Este grupo, em sua maioria representado pela renda de 1 a 3 salários mínimos, deseja somente uma atenção pronta, próxima e com fornecimento de medicamentos, e precisa ser informado, como, quando e onde procurar o atendimento.

A despeito do evidente empenho dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social e do Ministério da Educação e Cultura em organizar e disciplinar a atuação dos órgãos do setor público no campo da proteção à saúde, tem ocorrido o agravamento das deformações de uma atividade que cada vez mais enfatiza a utilização de tecnologia sofisticada, hospitalização e compra de serviços, em detrimento das ações preventivas e da atenção primária tão necessárias à proteção da saúde.

A partir da criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) uma nova abordagem de trabalho foi sintetizada e apresentada no “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social”, aprovado em agosto de 1982, no qual se dá a necessária ênfase às ações primordiais de saúde e a integração das instituições de saúde mantidas pelos Governos Federal, Estadual e Municipal.

Os principais objetivos dessa integração podem ser resumidos em três pontos:

- Prioridade às ações primárias de saúde com ênfase na assistência ambulatorial, cujo funcionamento adequado represente a verdadeira porta de entrada para o sistema;
- Integração das instituições de saúde mantidas pelos Governos Federal, Estadual e Municipal num mesmo sistema regionalizado e hierarquizado, cuja amplitude deve ser estimada local e regionalmente incluindo a população rural;
- Utilização plena da capacidade de produção de serviços por essas instituições, às quais deve ser assegurada prioridade nos atendimentos à clientela.

Busca o CONASP reorientar a utilização dos recursos, evitando a ociosidade do setor público instalado.

Até a criação do CONASP a maioria esmagadora dos gastos em saúde no Brasil era dirigida ao setor privado, seja ele produtor de serviços ou vendedor de equipamentos e afins. A remuneração pelo sistema de unidade de serviço ensejava dispersão absoluta dos recursos e tornou impeditivo o controle de gastos.

Por sua vez o regime de Co-Gestão desenvolvido entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistencial Social (MPAS) desde 1980, demonstra que a co-participação gerencial administrativa envolvendo recursos humanos, materiais e financeiros na área federal, poderia ser estendida às áreas estaduais e municipais.

A Co-Gestão dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social (através do INAMPS) e Secretaria de Saúde significa a instituição de um mecanismo integrador, face às dificuldades existentes no próprio sistema nacional de saúde, sem que cada um perca a sua identidade. A Co-Gestão procura harmonizar um conflito e uma separação inerentes ao divisionismo burocrático existente no setor nacional de saúde. Assim, a Co-Gestão é um artifício para solucionar, conjuntamente, problemas comuns às instituições, que a burocracia artificialmente repartia.

Entretanto, num país como o Brasil, onde grande massa da população vive em condições precárias e com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o regime da Co-Gestão mereceria a atenção especial para unidades secundárias e primárias. A melhoria da rede primária de saúde beneficiaria mais diretamente a maior parte da população brasileira. Inclusive, o serviço de boa qualidade no posto de saúde ajudaria a desenvolver a imagem positiva destes postos e destruir mitos de que o atendimento em nível primário é obrigatoriamente de má qualidade.

O exame da Co-Gestão sugere que sistemas como esse podem trazer mais benefícios, a longo prazo, na contribuição à mudança do sistema. O regime de Co-Gestão nos serviços de saúde significa, portanto, a administração pública da saúde, como prioritariamente pública. “A consciência pública do serviço público é que fornece a base para a gerência eficaz de um sistema nacional de saúde” (Motta,1983).

A Superintendência Regional do INAMPS no Rio de Janeiro

A Superintendência Regional do INAMPS no Rio de Janeiro foi uma das primeiras a cuidar da integração das instituições públicas prestadoras de serviços de saúde, mantendo contatos com a Secretaria de Estado de Saúde e Higiene e a Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro. A integração visa assinar convênios do tipo Co-Gestão, nos moldes dos estabelecidos com as unidades do MS, ou segundo modelo preconizado pela Portaria nº MPAS/SSM-210, hoje 269 e 294, já utilizado em Niterói, município onde primeiro se buscou obter a participação de todos os recursos governamentais, inclusive os da universidade, através do programa de municipalização (BRASIL, 1984).

As Ações Integradas de Saúde (AIS), propostas pelo CONASP, constituem a estratégia de integração programática entre as instituições de saúde, federais, estaduais e municipais e demais serviços de saúde no Estado, com vistas ao desenvolvimento dos sistemas estaduais de saúde, em consonância com a política nacional de saúde. Representa, na prática, uma mudança qualitativa na situação vigente caracterizada até então por uma atividade da Previdência Social como mero agente financiador e comprador de serviços.

A partir de julho de 1983, com os entendimentos levados adiante entre a Secretaria de Estado de Saúde e Higiene e a Superintendência Regional do INAMPS no Rio de Janeiro, iniciaram-se os trabalhos com a criação da Comissão Interinstitucional. O objetivo foi viabilizar os propósitos de articulação e integração das ações de saúde no Estado num sistema regionalizado e hierarquizado que envolvesse todos os órgãos públicos e elaborar as respectivas minutas de convênios, buscando a melhoria do atendimento a população.

A Comissão decidiu os documentos legais que articulariam as instituições entre si: Convênio “guarda chuva”, um protocolo de definições políticas para o sistema unificado do Estado do Rio de Janeiro; Termos Aditivos para a Secretaria Estadual de Saúde e Higiene para repasse dos recursos do INAMPS; Convênios bilaterais entre INAMPS e Prefeituras, quanto ao repasse financeiro e Termos de Adesão das Prefeituras ao Convênio “guarda chuva”.

A formalização do Convênio, em 1983, implantou as Ações Integradas de Saúde (AIS) no Estado do Rio de Janeiro, com a assinatura do primeiro Termo Aditivo com a Secretaria de Estado de Saúde e Higiene para a Região Metropolitana e Litoral Sul e do Termo de Adesão e do Convênio com o Município do Rio de Janeiro.

Este convênio revelou a importância do conceito de co-gestão como forma de articulação e financiamento entre instituições do setor público. Na mesma data da assinatura do convênio das AIS/RJ foi instituída a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) que elaborou seu regimento interno, tendo como competências:

1. Definir as diretrizes políticas do Programa de Ações Integradas de Saúde;
2. Estabelecer prioridades de ação e identificar projetos e/ou programas a serem elaborados e implementados;
3. Articular-se, em nível nacional, com os Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde e com seus órgãos subordinados e, em nível estadual, com os Governos estaduais e municipais, com vistas à execução do programa;
4. Avaliar as ações do programa em nível estadual;

5. Estabelecer mecanismos complementares de coordenação e gestão do programa em níveis regional e municipal;

Em dezembro de 1983, ampliando as AIS no Rio de Janeiro, foram assinados Termos de Adesão e Convênios com 26 Prefeituras e 7 Instituições Filantrópicas, obedecendo as Portarias MPAS/SSM-210 e 214 (BRASIL, 1984).

Em novembro de 1984, continuando a mesma política, integraram-se ao sistema mais 28 Prefeituras e 15 Unidades Filantrópicas, nos mesmos moldes que as anteriores, obtendo uma cobertura populacional de 98%.

Estrutura Gerencial

A Estrutura gerencial das AIS tem início com a criação da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), constituída pelo Superintendente Regional do INAMPS, pelo representante do Ministério da Saúde e pelo Secretário de Estado de Saúde e Higiene, presidida pelo último. A implementação das decisões da CIS ficou a cargo de uma Secretaria Executiva por ela designada e composta por recursos humanos interdisciplinares e interinstitucionais, com atribuição de criar grupos de trabalho para o desenvolvimento e implantação das AIS, entre outras previstas.

Foi instituída a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), visando à coordenação e gestão do Programa em nível regional. Não foi instalada nenhuma das cinco CRIS no Estado do Rio de Janeiro, por ter a CIS deliberado que estratégica e politicamente seria mais oportuno operacionalizar em primeiro lugar as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS).

A CIMS em cada município tem como atribuição inicial o diagnóstico de saúde do município, definindo assim as prioridades locais. Deve, ainda, promover a integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde no município, bem como implantar e implementar a programação e as decisões tomadas. As CIMS são constituídas por representantes das instituições convenientes e acompanhadas pela CIS para que os aspectos do conjunto não sejam perdidos.

Em conjunto com as CIMS funcionam os Conselhos Comunitários de Saúde (CCS), com caráter deliberativo na medida em que cabem a eles discutir as questões básicas de saúde, propor metas e prioridades, funcionando como fiscalizadores das ações de saúde em cada município. Sua composição é a mais abrangente possível, contando com representantes de toda a comunidade organizada.

Em virtude das características peculiares do Município do Rio de Janeiro, cuja CIMS é constituída pelo Diretor da Divisão Local de Medicina Social do INAMPS, representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, das Universidades situadas no município, da Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro e da Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro, foi necessária a criação de uma Secretaria Executiva e de oito Grupos Executivos Locais (GEL), correspondentes às cinco Áreas de Planejamento (AP) do Município. Cada GEL é constituído pelos diretores das unidades operacionais da AP correspondente e por representantes das Associações de Moradores e das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro. A partir destes Grupos Executivos Locais foram criadas oito respectivas Comissões Executivas de Área de Planejamento (CEAP). Cada uma das CEAP por sua vez é constituída por um representante de cada instituição de saúde atuando na AP e por representantes da comunidade. Em busca da descentralização e de resultados efetivos das AIS, foram elaboradas normas, tanto no âmbito do INAMPS quanto em nível estadual e municipal, privilegiando a CIS e CIMS como órgãos gestores das “Ações Integradas”. Um dos seus objetivos prioritários de preocupação é a aplicação adequada dos recursos do convênio e seus termos aditivos, zelando para que os mesmos sejam utilizados apenas para os fins previstos originalmente, por qualquer das instituições envolvidas.

Custos

O Programa montou como estratégia a assinatura de convênios bilaterais entre o INAMPS e as Prefeituras e/ou Instituições Filantrópicas, obedecendo aos parâmetros estabelecidos pela Portaria 3046, de 20 de julho de 1982, segundo a respectiva capacidade instalada de cada Instituição (MPAS/CONASP, 1982).

Mediante regime de Co-Gestão firmou-se convênios com unidades médico-hospitalares e sanitárias das Secretarias Municipais de Saúde, da rede hospitalar do Ministério da Saúde e da rede hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde e Higiene. Incluem-se ainda nesta rede as unidades médicos-assistenciais próprias do INAMPS e os Hospitais Universitários e de Ensino, através do convênio MEC/MPAS.

O orçamento para o exercício de 1984, para os convênios com Prefeituras e Instituições Filantrópicas, e cinco Termos Aditivos com o Estado foi de CR\$ 17.667.321.675,00, cerca de US\$ 9.622.304,00.

Para o regime de Co-Gestão com o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Higiene e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foram destinados, de acordo com a proposta orçamentária das Instituições, 82 bilhões de cruzeiros, ou seja, US\$ 44.660.363,00.

Recursos Humanos

Para a proposição das AIS faz-se necessária a existência de recursos humanos capacitados e treinados adequadamente para o sistema. No nível de atenção primária, além dos profissionais de saúde de nível superior, são essenciais para o desenvolvimento da proposta, os agentes de saúde pública, recursos humanos de nível médio e/ou elementar, devendo ser recrutados nas suas próprias comunidades e treinados em serviços, tornando-se o elo entre os anseios da população e o sistema formal.

Nos níveis de atenção secundário, terciário e quaternário cresce a necessidade dos recursos humanos de nível superior, além de profissionais de nível médio, capacitados e treinados dentro do sistema e sensíveis aos aspectos de mudanças que envolvem os conceitos fundamentais de regionalização, hierarquização e integração dos serviços.

Pela observação das condições locais em diversos municípios onde se encontram em funcionamento as CIMS constata-se a carência quantitativa, tanto de profissionais quanto de pessoal elementar, assim como deficiência qualitativa, considerando-se os novos enfoques da proposta.

Com o objetivo de capacitar pessoal para implantação das Ações Integradas de Saúde, foi firmado Protocolo de Intenções entre a UNICEF e a CIS/RJ com a interveniência da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO). As atividades previstas são baseadas em dois programas: Programa de Seminário, visando a capacitação de recursos humanos para Gestão das AIS e o Programa de Treinamento em Terapia de Reidratação Oral. Além disso, as AIS abrem perspectivas concretas para as propostas inovadoras de modificação curricular através da Integração Docente Assistencial e da educação continuada. As portas para este processo estão abertas a partir da possibilidade concreta de participação das universidades ou escolas nas CIMS ou CEAPS, no caso do Município do Rio de Janeiro.

Resultados das Ações Integradas de Saúde (AIS)

O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde em desenvolvimento no Rio de Janeiro, representado principalmente pelas Ações Integradas de Saúde, captou a totalidade das diretrizes e princípios do plano do CONASP, propondo a reorientação dos serviços de saúde

no Estado do Rio de Janeiro segundo estes princípios e instituindo um processo efetivo de integração do trabalho das instituições públicas e governamentais, buscando uniformidade e universalização, com implantação em todo o Estado.

Apesar do pouco tempo transcorrido da assinatura dos convênios, já podem ser observados os seguintes resultados parciais:

1. Co-Gestão com o Instituto Nacional de Câncer – Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC)

Até a implantação da Co-Gestão, em 1980, o Instituto Nacional de Câncer (INCa) operava em condições precárias com grandes dificuldades para o cumprimento de seus objetivos.

O advento da Co-Gestão modificou enormemente as condições operacionais do Hospital, o que se fez sentir em curto prazo nas estatísticas de atendimento e prestação de serviços. A Co-Gestão se constitui numa inovação administrativa causadora de alterações substantivas na prestação de serviços pelo INCa, trazendo ao INCa os benefícios da Previdência Social. O Ministério da Saúde pode se beneficiar dos recursos do INAMPS e este pode usufruir de um hospital altamente capacitado e especializado sem similar na rede privada. A cooperação resultou em benefícios comuns e garantiu a recuperação e progresso de uma instituição pública, remunerada com recursos públicos e cujo abandono significaria claro prejuízo ao interesse público.

Em janeiro de 1982 foi criado o Programa Integrado de Medicina Nuclear Radioterapia e Atividades Afins (PIMN), tendo como órgãos executores o Hospital dos Servidores do Estado (HSE/INAMPS) e o INCa e, como articuladores, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) e o INAMPS.

Os objetivos desse programa são:

- Racionalização dos recursos humanos na área de saúde relativos a procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alto custo, especificamente em medicina nuclear, ultrassonografia, radioterapia e atividades afins, objetivando a plena utilização dos equipamentos existentes;
- Formação de mão de obra qualificada;
- Busca de autonomia tecnológica na área.

Em 1983, obedecendo à Resolução nº 1 CONASP, referente a procedimentos de alto custo, foi acordado entre o MS/MPAS-INAMPS/Campanha Nacional de Combate ao Câncer a criação, no Instituto Nacional de Câncer, de um Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea, já em funcionamento em 1984.

Este centro de referência nacional irá receber os pacientes que no passado próximo eram remetidos aos Estados Unidos, com um alto custo em dólares para o INAMPS.

Além desses, foi recentemente implementado o Programa de Execução de Serviços na Área de Citopatologia com interveniência da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, articulado com quatro núcleos ambulatoriais do INAMPS, buscando agir sobre a prevenção do câncer ginecológico.

Em agosto de 1982, o PIMN, através da Central de Manutenção de Equipamentos (CMEq), começou a prestar manutenção a seus próprios equipamentos. A CMEq atualmente vem prestando manutenção não apenas ao serviço de medicina nuclear e ao HSE, mas a diversos outros hospitais da rede do INAMPS no Rio de Janeiro, além de assessoria técnica a outras instituições, tais como hospitais universitários e militares. Conta com o apoio do CNPq e vem desenvolvendo experiência pioneira no país no setor de manutenção hospitalar. No próximo ano estes serviços serão expandidos a toda rede pública do município do Rio de Janeiro, dando continuidade a um processo de expansão iniciado com os convênios já firmados entre o MEC/UFF/HUAP (Niterói) e INAMPS/CNCC, Policlínica Alexandre Fleming (Marechal Hermes/RJ), e implementando as metas do CONASP de regionalização e hierarquização.

2. Co-Gestão com os Hospitais Psiquiátricos – Ministério da Saúde – Divisão Nacional de saúde Mental (DINSAM) – Campanha Nacional de Saúde Mental

A assistência psiquiátrica é, historicamente, um dos grandes problemas enfrentados pela assistência médica previdenciária, em virtude da constante pressão por internações exercidas pela clientela, seja devido a uma visão distorcida da doença mental, seja como forma de alívio de problemas socioeconômicos, através da obtenção de auxílio doença, praticamente automático no caso de internações psiquiátricas. Isto fica cabalmente demonstrado pelo fato de as internações de segurados serem cerca de oito vezes mais frequentes do que as de dependentes e de atingirem em 90% dos casos a faixa etária em idade laborativa.

O quadro da assistência psiquiátrica é agravado pela dependência da Previdência Social à rede hospitalar privada, com ênfase na hospitalização prolongada e cronificação do doente. É histórico o comportamento asilar da assistência psiquiátrica.

Com o Programa de Regionalização e Hierarquização da Assistência Médica na Área de Psiquiatria, diretriz do CONASP, o atendimento e as internações psiquiátricas foram regionalizados, obedecendo às premissas básicas:

- Triagem adequada das internações que passaram a ser efetuadas exclusivamente pelos cinco pólos de atendimento de urgência, todos pertencentes à rede pública;

- Internação da clientela em hospitais localizados em sua AP de domicílio;
- Universalização da assistência na rede pública à totalidade da população, independente de vinculação previdenciária;
- Supervisão de todo o funcionamento do Programa a cargo de um Conselho Técnico Administrativo, designado especificamente pela Resolução CIPLAN nº 014/83, de 05 de maio de 1983 (BRASIL, 1984).

Iniciado em fins de novembro de 1983 o Programa, já no primeiro mês (dezembro/83), mostrou uma redução da ordem de 35,8% nas internações psiquiátricas, atingindo plenamente a meta estabelecida.

Tabela 1 - Capacidade instalada na área de Psiquiatria, no Rio de Janeiro, 1984

Unidade Assistencial	Leitos de urgências	Leitos para internação	Ambulatório (consultas)
Hospital Pinel	50	80	32.000
C.C.P. II	58	914 (1)	37.500
C.J. Moreira	16	1.988 (2)	7.680
PAM Bangu	-	-	1.800
PAM C. Psiquiátrico	30	-	(3)

(1) 120 de baixa rotatividade

(2) 1.928 de baixa rotatividade

(3) O PAM Centro Psiquiátrico não tem ambulatório. Está em estudos na Superintendência Regional a integração do setor de ambulatório à emergência.

Nos primeiros sete meses de 1984, observou-se uma redução de 14,9% no total de internações e de 8,1% no total de pacientes/dia; a população internada (média de pacientes/dia) foi reduzida em mais de 332 pacientes diariamente. O total de altas, embora 13,4% inferior ao de igual período no ano anterior sobrepujou o total de internações. O tempo médio de permanência, pressionado principalmente pela rede contratada, que com a redução das internações diminuiu consideravelmente as altas como forma de não ter sua receita proporcionalmente reduzida, elevou-se de 63,8 para 67,5 dias no período considerado; no mesmo período os hospitais públicos tiveram seu tempo médio de permanência aumentado (42,4 para 44,0 dias).

Face à prioridade de utilização da rede pública nos casos de internação e a própria diminuição global desses casos, as internações na rede contratada nos setes primeiros meses do ano foram reduzidas em 23,9%; a média diária de pacientes nos hospitais contratados foi reduzida em 388 pacientes. Tais índices tendem a melhorar à medida que seja aprimorada a supervisão hospitalar e, conseqüentemente, se impeça a manutenção da clientela por maior período do que o tecnicamente indicado.

3. Integração com o Estado e Municípios

Foram tomadas medidas práticas para a regionalização e hierarquização dos serviços e caracterização da clientela nas regiões estabelecidas. Em virtude da complexidade e hierarquização de cada região, os fluxos de referência e contra-referência ainda estão sendo formulados a nível local, privilegiando-se a municipalização. Vem sendo alcançada progressivamente a gerência regional do sistema.

Na Capital

No Município do Rio de Janeiro, o regime de co-gestão é a forma de relacionamento desenvolvida, exceto com os hospitais de ensino que participam através do convênio MEC/MPAS. Seu sistema de acompanhamento, controle e avaliação é feito através de quadros demonstrativos específicos aprovados pela Resolução CIPLAN 21/83 (BRASIL, 1984).

A avaliação das Ações Integradas de Saúde no primeiro semestre de 1984 tem demonstrado significativas mudanças no comportamento da rede de hospitais próprios, do Estado e do Município, a saber:

- Diminuição substantiva da emissão de AIH para pacientes oriundos dos hospitais públicos, o que evidencia aumento de resolutividade, principalmente no que se refere à internação subsequente ao atendimento de emergência;
- Aumento no atendimento ambulatorial em todos os níveis de atenção (primário secundário e terciário);
- Diminuição de 39% das internações na área de psiquiatria e redução da taxa de ocupação para 11,5%.

No Interior

Nos demais municípios conveniados, que até a implantação das Ações Integradas de Saúde apresentavam baixa e onerosa cobertura assistencial, observamos um incremento satisfatório

na oferta e na produção de serviços de saúde, onde o custo destes serviços pode ser comparado ao custo do sistema AIH.

Uma vez que na metodologia de implantação das AIS foram incluídas as ações básicas, em cujos itens se inclui o Programa Nacional de Imunizações, houve o cuidado da preparação de pessoal através de cursos regionalizados elaborados e assistidos em conjunto pelas instituições envolvidas. Na Campanha Nacional e nos dias nacionais de vacinação houve a atuação conjunta de todas as instituições participantes das AIS.

- O Projeto Verão, proposto inicialmente pela Secretaria de Estado de Saúde e Higiene, que tem a finalidade de apoio emergencial e temporário à infraestrutura médico-sanitária dos municípios litorâneos que recebem grandes afluxos de população na época de férias escolares, foi desencadeado simultaneamente, com vantagens recíprocas de promoção, instalação e execução das atividades de ambas as programações. Observou-se na prática que os municípios litorâneos desejavam medidas que contribuíssem para a solução de seus problemas de turismo, sem a desvinculação de uma programação global e duradoura que viesse também atender aos anseios de sua população permanente.
- O Sistema de Informações utilizado para as AIS é um aperfeiçoamento do utilizado inicialmente no Projeto Niterói durante o período de um ano. É formado por um conjunto de instrumentos que possibilitam a agilização das análises necessárias à verificação do desempenho das instituições conveniadas para as AIS, tanto em nível central como em nível operativo.

Paralelamente a este sistema de informações, o desempenho financeiro é controlado mensalmente, através de quadro demonstrativo que relaciona limites orçamentários, valores pagos, e percentuais de utilização dos recursos alocados em relação a cada instituição conveniada.

Setor Privado

“A implantação do plano CONASP mostra que é impossível desconhecer que o mais custoso problema na organização e na prestação de serviços de saúde no Brasil é, hoje, o de como reduzir a exagerada oferta de leitos, sem causar grandes danos sociais. Deste modo, parece-me que a dinâmica e a perspectiva do setor público não podem ser vistas isoladamente, sem levar em consideração uma indispensável e possível rearticulação com o setor privado” (Fonseca, 1983).

A adoção de novas formas de relacionamento com a rede privada (Sistema AIH) que extingue o sistema de pagamento por Unidade de Serviço, proporcionou melhor controle dos serviços contratados. Seu aperfeiçoamento tem essencialmente permitido maior agilização do fluxo de informação e detecção precoce e rápida das distorções, embora ainda não se tenha ainda conseguido controlá-las e corrigi-las.

O Sistema AIH colocou regras ao trabalho do médico ao pagar por tratamento realizado e não por atos médicos fragmentados, sujeitos à acumulação e superposição. Por isso mesmo, a Previdência Social, à época da implantação do Sistema AIH, assinou acordo com os prestadores de serviços corrigindo, a preços de 1984, os valores de remuneração vigentes em maio de 1982. O acordo partiu da hipótese de que, se melhor remunerados, médicos e hospitais teriam condições de fazer prevalecer os princípios éticos e técnicos no seu cotidiano, autocontrolando as distorções sobejamente conhecidas.

Deste modo, hospitais e médicos se beneficiaram enormemente do Sistema AIH, na lógica de que, quanto mais ganha o médico credenciado – o verdadeiro cliente dos hospitais privados – mais ganha também o hospital. E foi por isso que, de janeiro até agora, o Sistema AIH deixou de ser combatido pelas entidades médicas e pelos dirigentes de hospitais. Estes, por sua vez, não assumem o papel que lhes deve caber no controle do número de internações desnecessárias, como lhes atribui o Plano CONASP, ou porque não querem reduzir o seu potencial de faturamento, ou porque não desejam politicamente se opor ao arremedo de liberalismo e ao insuficiente cooperativismo da classe médica.

Em 02 de outubro de 1984, a Secretaria de Medicina Social da Direção Geral do INAMPS e a Coordenadoria do Controle e Avaliação da Regional do Rio de Janeiro, elaboraram a distribuição de cotas por hospitais contratados com o aval da Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro, ficando a Superintendência com uma margem para acertos de falhas na elaboração das cotas.

Finalmente, como política em busca de uma articulação com a Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro e seus filiados, procurando em médio prazo uma integração do setor com as instituições públicas na cobertura da assistência médica à população previdenciária, elaborou-se um conjunto de normas para a distribuição de cotas de internações entre os hospitais, considerando a regionalização, bem como a contratação dos leitos necessários, a distribuição entre municípios, e a compatibilização entre a rede privada e a rede pública.

Como parte das medidas de controle, iniciadas com a Portaria 3046, e diante do aumento das internações na rede privada principalmente em relação aos índices de internações de urgência

e emergência que permaneceram persistentemente elevados, a Superintendência Regional do Rio de Janeiro decidiu pela criação de Juntas de Internação em todos os Órgãos Locais do interior do Estado e nas unidades próprias do INAMPS no município do Rio de Janeiro, sendo que neste as internações eletivas na rede contratada só serão autorizadas pelas Juntas de Internação dos Hospitais Próprios, após ser verificada a impossibilidade de internar os pacientes. Da mesma forma, as internações de urgência na rede contratada no município do Rio de Janeiro, somente são possíveis através da emissão de AIHs pelas unidades próprias do INAMPS.

Os casos de psiquiatria no município do Rio de Janeiro, somente podem ser internados na rede contratada, através dos cinco pólos específicos, não cabendo, dessa forma, ação das Juntas de Internação das demais unidades próprias.

Buscando conhecer a demanda das unidades assistenciais na rede própria do INAMPS, foram implantadas em novembro a AIHp (Autorização de Internação Hospitalar nos hospitais próprios) e o Relatório de Atendimento Ambulatorial, este último testado durante um ano nos principais PAMs e estendido a toda a rede.

Estes dois instrumentos vão permitir a coleta uniforme de informações sobre as doenças, os procedimentos médicos cirúrgicos, assim como a resolutividade do atendimento.

Estes instrumentos poderão ser estendidos a todo o Sistema das AIS, após aprovação da CIMS e CIS.

Considerações Finais

O “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social” produzido pelo CONASP e aprovado através de portaria ministerial, caracterizou a adoção de uma política de saúde que foi assumida como política de Governo. O CONASP ultrapassa o papel de órgão consultivo e passa assim a assumir de fato o papel de órgão determinador da política de saúde previdenciária, apresentando novos rumos para a assistência médica no país. O Plano do CONASP refere expressamente em seu texto as distorções, a super oferta de serviços e o superfaturamento observado nas contas dos hospitais privados contratados, o falso diagnóstico, internações desnecessárias, internações simultâneas do mesmo paciente em hospitais distintos, atos médicos e hospitalares não realizados, porém cobrados. E, ainda, a ociosidade e o desprestígio do setor público, motivados propositalmente pela dupla militância profissional.

A consolidação deste plano no Estado do Rio de Janeiro veio corroborar a sua real factibilidade e as bases para prosseguimento.

Neste sentido é oportuno transcrever algumas reflexões do Presidente do INAMPS Aloysio de Salles Fonseca, após dois anos de aplicação do Plano do CONASP:

“Se a idéia-objetivo é, de fato a futura unificação do sistema, a estratégia e o caminho natural a percorrer nessa trajetória são as Ações Integradas de Saúde, entretanto, para que essas assumam, uma nova conjuntura, toda sua potencialidade, torna-se necessário que todos os parceiros reafirmem as garantias mútuas de sejam, cada vez mais, honrados os compromissos de trabalho integrado, de cumprimento das metas programáticas e de co-participação financeira das Instituições convenientes” (FONSECA, 1985).

“Parece-me, portanto, que o fundamental é prosseguir na melhoria de organização política, técnica e administrativa dos níveis Estaduais e Municipais, tendo como diretriz a descentralização, que deve ir, progressivamente, até as suas últimas conseqüências. Destarte impõe-se reforçar o real poder decisório das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) e seus respectivos desdobramentos Regionais e Locais, mantendo-se, pragmaticamente, sua composição colegiada Multi-Institucional e admitindo-se sua maturação gradual, indispensável e indiscutível” (FONSECA, 1985).

No que diz respeito especificamente ao desprestígio e a viabilização do setor público, convém também lembrar Paulo Motta:

“A manutenção de hospitais e postos de saúde públicos inoperantes ou altamente ociosos em favor da utilização do hospital privado, por credenciamento, significa colocar a prioridade do dinheiro público no interesse privado, antes do interesse público. Se existem hospitais e postos de saúde construídos e mantidos com o dinheiro público, a justificativa social e econômica de investimento público é a satisfação da demanda de serviços prioritariamente pela rede publica” (Motta, 1983).

A alocação de prioridades do dinheiro público para o setor público torna-se evidente quando se reflete, mais uma vez, sobre o que diz o Presidente do INAMPS:

“Do esvaziamento financeiro dos Estados e Municípios, há que se ter em mente e impossibilidade de maior crescimento orçamentário do INAMPS num período de escassez de recursos para as áreas sociais, em geral” (FONSECA, 1985).

“... o esforço conjunto de Administradores, Políticos, Planejadores, Secretários de Estado, Representantes do Ministério da Educação, da Saúde e da Previdência Social tem sido

inegável elemento de pressão e de obtenção de recursos financeiros suplementares” (FONSECA, 1985).

Referências:

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); Conselho de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Parâmetros para planejamento assistencial a serem utilizados no INAMPS. Anexo à Portaria nº 3046 de 20 de julho de 1982, 1982. (Documento interno).

BRASIL. Resolução 06/84, MS/MPAS/MEC/CIPLAN. Ações Integradas de Saúde. Anexo: normas gerais aplicáveis às AIS. Brasília, 3 maio, 1984. 3 p., anexo.

FONSECA, Aloysio S. **Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social** - primeiro ano. Documento apresentado à Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado sobre a Previdência Social. Brasília: MPAS/INAMPS, 1983. 67 p.

_____. **Plano do CONASP**: reflexões após dois anos de aplicação. Saúde em Debate, (17): 25-7, 1985.

MELLO, Carlos G. **O Sistema de Saúde em Crise**. São Paulo: Cebes – Hucitec, 1981.

MOTTA, Paulo R. **A co-gestão no Instituto Nacional de Câncer**: Uma análise administrativa. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas/Cadernos EBAP, v. 21, 1983.

Recebido em 20/06/2011
Versão final reapresentada em 07/07/2011
Aprovado em 07/07/2011