

GRUPO DE TAREFA DE REORGANIZAÇÃO DA
SECRETARIA DA SAÚDE

SOBRE O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA
ESTRUTURA REGIONALIZADA DA SECRE-
TARIA DA SAÚDE

Reunião de 14/02/86

São Paulo, 18/02/86



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

1. INTRODUÇÃO

Considerando a proposta aprovada em 14/01/86 pelo Grupo Tarefa de Reorganização, considerando que a mesma proposta já foi apresentada aos Diretores dos Departamentos Regionais de Saúde, em 16/01/86 e que o C.T.A. a examinou em reunião de 04/02/86, quando foi decidida a sua implementação no que diz respeito aos ERSAs, sugere-se os seguintes passos para o prosseguimento do processo de implantação da estrutura organizacional da Secretaria:

- constituir os Grupos de Trabalho de Operacionalização;
- constituir os Grupos de Trabalho de Preparação de Implantação dos ERSAs.

A agilização do processo de implantação, parece indispensável para que, ao final desta gestão, a proposta de regionalização tenha lançado raízes na realidade e possua um certo grau de irreversibilidade.

O gerenciamento do novo modelo de operação da rede, através dos ERSAs, supõe duas vertentes:

- a) ações concretas;
- b) aderência dessas ações ao padrão selecionado.

As reuniões com os Diretores Regionais evidenciaram que o modelo, conquanto contemple as reivindicações e propostas que fluíram da própria rede, não está igualmente assimilado em todos os seus pontos.

Por outro lado, o fato de não estar detalhado em termos operacionais, como usualmente o fazem as reformas tradicionais, gera certa insegurança.



A proposta, na verdade, é que o detalhamento seja feito pelos Grupos de Implantação, com base nas realidades locais, contemplando as suas diferenças. É preciso, entretanto, que, nesse processo de detalhamento, não se perca a referência dada pelo padrão, que é a linha condutora de toda a reestruturação. Para isso o modelo deve ser discutido com cada Grupo de Implantação, de modo a dirimir suas dúvidas e questões. E, além disso, sua aplicação deverá ser controlada.

Por outro lado é necessário garantir uma retaguarda capaz de subsidiar a instalação das futuras UDs, orientando e acompanhando sua implantação, de modo a que o suporte burocrático dos ERSA's seja capaz de cumprir seu papel, agilizando os procedimentos administrativos e cumprindo as decisões emanadas da direção. Para essa tarefa é preciso localizar e envolver os elementos capazes de suprir essas necessidades, na atual equipe da Secretaria.

Identifica-se, portanto, três tarefas para os gerenciadores da implantação:

- a) controlar o processo de detalhamento dos ERSA's, garantindo sua aderência ao modelo;
- b) garantir retaguarda técnica e administrativa aos Grupos de Implantação, em termos de subsídios para a estruturação e implementação dos sistemas das áreas técnica e administrativa;
- c) acompanhar e controlar o processo de implantação, com vistas à concretização de todas as ações previstas nos cronogramas de trabalho, a serem elaborados pelos Grupos de Implantação.

Todos esses aspectos, igualmente importantes para que a reestruturação se concretize, exigem que as responsabilidades pelo gerenciamento do processo sejam claramente definidas.

2. CONSTITUIÇÃO DOS GRUPOS DE TRABALHO DE OPERACIONALIZAÇÃO

Foi previsto na proposta técnica da FUNDAP um Grupo de Trabalho de Operacionalização. Esse Grupo teria como função acompanhar e subsidiar o processo de implantação.

Porém, com a decisão do trabalho ser iniciado simultaneamente na Região Metropolitana e no interior do Estado, uma só equipe não terá, certamente, agilidade e mobilidade suficientes para acompanhar os vários Grupos de Implantação, em pontos diferentes do Estado, e, provavelmente, em ritmos diversos.

Propõe-se, porisso, que sejam constituídos seis Grupos de Operacionalização, correspondentes às Macro-Regiões:

- Região 1: Capital e Grande São Paulo, abrangendo os quinze ERSAs propostos no documento de 14/01/86.
- Região 2: Campinas, abrangendo 7 ERSAs: Campinas, Jundiaí, Limeira, Bragança Paulista, Piracicaba, Rio Claro, São João da Boa Vista.
- Região 3: Ribeirão Preto e Barreto, abrangendo 6 ERSAs: Ribeirão Preto, Franca, Araraquara, São Carlos, São Joarquim da Barra e Barretos.
- Região 4: Sorocaba e Bauru, abrangendo 8 ERSAs: Sorocaba, Botucatu, Avaré, Itapetininga, Itapeva, Bauru, Li^s e Jaú.
- Região 5: Presidente Prudente, Araçatuba, Marília e São José do Rio Preto, abrangendo 14 ERSAs: Presidente Prudente, Adamantina, Dracena, Marília, Assis, Ourinhos, Tupã, Araçatuba, São José do Rio Preto, Catanduva, Fernandópolis, Jales, Votuporanga.

- Região 6: Santos, Vale do Paraíba e Vale do Ribeira, abrangendo 7 ERSAs: Santos, São José dos Campos, Cruzeiro, Taubaté, Guaratinguetá, Caraguatatuba, Registro.

Sugere-se que, para coordenar esses Grupos de Operacionalização, sejam designados, pelo Secretário, os futuros Coordenadores das Macro-Regiões, cujo papel inclui a negociação com as demais unidades da atual estrutura da Secretaria, com o INAMPS e, eventualmente, com as Prefeituras.

Os Grupos de Operacionalização devem ser pequenos com, no máximo, cinco pessoas. Na sua composição devem entrar elementos das áreas técnica e administrativa e das atuais Coordenadorias. Esses Grupos poderão constituir o embrião das equipes dos Coordenadores Macro-Regionais.

Além da função de acompanhar e orientar a ação dos Grupos de Implantação dos ERSAs, garantindo a homogeneidade das propostas e o desenvolvimento coerente da implantação, os Grupos de Operacionalização deverão manter o fluxo de informações com o Grupo Tarefa de Reorganização da Secretaria, possibilitando o acompanhamento contínuo e real do processo.

3. CONSTITUIÇÃO DOS GRUPOS DE TRABALHO DE PREPARAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DOS ERSAs

Sugerem-se alguns parâmetros para definir a composição dos grupos de implantação:

- nos grupos deverão estar, necessariamente, elementos de todas as atuais Coordenadorias envolvidas: CSC, CAH, CSM e CST.;
- os grupos deverão contar com elementos da área técnica e da área administrativa;
- os membros dos grupos deverão ser capazes de mobilizar as pessoas da área para concretizar a implantação dos ERSAs;
- os membros dos grupos deverão ser da área dos ERSAs ou ter prevista a sua fixação nas respectivas áreas.

Cada grupo poderia ter no mínimo cinco e no máximo oito pessoas, garantindo-se que, pelo menos, duas representem respectivamente as áreas de recursos humanos, finanças e materiais, para a organização administrativa da futura U.D.

Acredita-se conveniente que as pessoas que vão conceber cada ERSA sejam as mesmas que promovam sua implantação e administração. Isso possibilitaria maior agilidade do processo, pois os membros que planejam a implantação terão mais presentes os limites na execução da tarefa a que se propõem.

A coordenação de cada Grupo deverá caber à pessoa que será o futuro Diretor do respectivo ERSA. Essa decisão reduzirá a incerteza dos elementos da área e do próprio Grupo e as implicações dela decorrentes. De outro lado possibilitará ao dirigente o conhecimento de todo o processo.

Caberá aos Coordenadores das Macro-Regiões a sugestão dos nomes dos Coordenadores dos Grupos de Implantação dos ERSAs. Para isso eles promoverão entendimentos prévios com os Coordenadores da CSC, CAH, CSM e CST. A designação dos coordenadores dos Grupos de Implantação será feita pelo Secretário.



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

ÍNDICE DO VOLUME 2

Pág.

INTRODUÇÃO	07
1 - NOVO MODELO ORGANIZACIONAL PARA O NÍVEL REGIONAL	16
1.1 - Pressupostos	17
1.2 - Proposta	18
1.3 - Organograma	19
1.4 - Esboço das Competências e Atribuições	20
2 - REDEFINIÇÃO DE PAPÉIS DOS NÍVEIS DO DEPARTAMENTO REGIONAL	21
2.1 - Área Técnica	22
2.2 - Área Administrativa	25
2.3 - Operacionalização dos Papéis Técnicos Definidos	27
3 - A QUESTÃO ADMINISTRATIVA NO DEPARTAMENTO REGIONAL	31
3.1 - Estratégias de Mudanças	32
3.2 - O Processo de Mudança	33
3.3 - Organograma Proposta para a Divisão Administrativa	36
3.4 - Seção de Material, Patrimônio, Almoxarifado	38
3.5 - Seção de Manutenção e Obras	53
3.6 - Seção de Pessoal	61
3.7 - Seção de Comunicações Administrativas	109
3.8 - Processo de Aprovação de Plantas	149



INTRODUÇÃO



INSTITUTO
BUTANTAN

A serviço da vida

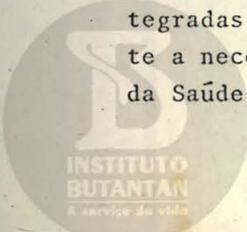
INTRODUÇÃO

O trabalho conjunto entre os membros da Secretaria de Estado da Saúde e da FUNDAP permitiu que, a partir de uma visão dos problemas organizacionais da Secretaria, fossem delineadas propostas que permitissem superar os fatores que constituíam, ou ainda constituem, impedimentos para a realização da prestação dos serviços de saúde, por meio dos Centros de Saúde.

Esta parte do Relatório procura dar conta desse processo de trabalho, dos produtos que resultaram dessa ação conjunta ao nível do Departamento Regional. Contudo, deve ser ressaltado que, apesar de esse relato conter apenas as ações desenvolvidas no nível regional e no Departamento de Administração da Sede, esse trabalho resultou de uma intensa articulação com os níveis centrais da Secretaria, através da criação do GT de Coordenação junto ao Gabinete do Secretário, que de fato constituiu um espaço onde foram levados e discutidos, nas diversas etapas do projeto, os problemas emergentes nas áreas de atuação, como da própria Secretaria.

O envolvimento dos níveis dirigentes da Secretaria e o respaldo às ações que deveriam ser implementadas, possibilitou que o projeto de Consultoria, inicialmente delineado, fosse tomando novos contornos e respondendo a questões que a Secretaria vem colocando de maneira muito dinâmica. Nesse sentido, é interessante, antes de passar para a apresentação dos produtos do projeto, retomar alguns pontos, que apesar de discutidos no diagnóstico da Secretaria, assumem um importante significado para a compreensão das ações desenvolvidas, da sua interação com as propostas que hoje direcionam a prática da Secretaria da Saúde.

A proposta de descentralização e de municipalização dos serviços de saúde, a interveniência do AIS (Programa de Ações Integradas de Saúde) e do PMS concorreram para tornar mais transparente a necessidade da redefinição do papel da Secretaria de Estado da Saúde.



A implementação dessas propostas e o próprio AIS como estratégia de ação exigem da Secretaria da Saúde, como das diversas instituições que atuam na área da saúde, um redirecionamento de suas ações para a efetivação do modelo integrado de assistência à saúde.

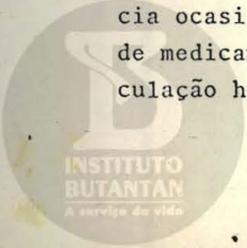


→ A Secretaria da Saúde, historicamente voltada para ações preventivas, deparou-se com a questão, na sua área técnica de saúde pública, da impossibilidade de dicotomizar a ação preventiva da ação curativa. Isso significa ser impossível realizar o papel preventivo sem passar pela assistência médica à população. Ao lado dessa visão, alinhou-se a pressão representada pela parcela quantitativamente significativa da população sem opções para obtenção de assistência médica.

O encaminhamento da proposta de descentralização valoriza e redefine o papel dos Departamentos Regionais de Saúde, desconcentrando para esse nível parte do poder decisório das unidades centrais. Porém, essa mudança não altera a estrutura verticalizada da Secretaria, responsável por decisões fundamentais ao apoio técnico/administrativo aos Regionais.

Os Centros de Saúde, como agências terminais do sistema através dos quais os serviços chegam à população, não sofreram mudanças substantivas. Sem uma clara redefinição de seus objetivos e, conseqüentemente, de sua ação, continuou reprimindo a demanda de assistência médica à população, desenvolvendo sua programação tradicional que restringe o atendimento a um público quantitativamente inexpressivo. Além desse tipo de prestação de serviços, desenvolve atividades que têm caracterizado sua atuação, como a vacinação e mesmo a distribuição de leite, além da cobertura de tuberculose, hanseníase e de outras doenças endêmicas.

No entanto, essas ações se ressentem de uma certa eficácia ocasionada pela freqüente falta de vacinas, de equipamentos, de medicamentos e de retaguarda laboratorial. É deficiente a articulação horizontal entre os diversos níveis da Secretaria, que de-



10

veriam dar suporte ao cumprimento da prestação de serviços que se realiza nos Centros de Saúde.

Tendo como pano de fundo a falta de clareza dos objetivos, no sentido vertical a multiplicação das instâncias hierárquicas torna lentas e difíceis as decisões requeridas para a efetivação da prestação dos serviços. A tendência, que hoje se tenta superar, é de cada área fechar-se em si mesma, pensando sua problemática e equacionando sua ação de forma isolada.

O processo de municipalização começou a se desenvolver sem que a crise de identidade da Secretaria de Estado da Saúde estivesse equacionada e até sem que se tivesse um consenso ou uma discussão sistemática, no âmbito da Secretaria e também dos Municípios, sobre quais os serviços a serem municipalizados e sobre os papéis de cada instituição. O processo foi acontecendo como programa de gestão e a partir do interesse manifestado por Prefeitos à Secretaria ou de sugestão da Secretaria aos Prefeitos.

Além disso, é necessário situar que o Programa Metropolitano de Saúde - PMS, como uma nova proposta nesse quadro da Secretaria, preconizando um novo modelo de assistência integral à saúde, privilegia a integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Esse modelo, como a estruturação da CPMS, órgão gestor do programa, aponta não apenas para uma nova prática dos serviços de saúde como para um novo formato organizacional para a Secretaria da Saúde.

É nesse contexto que se situa o trabalho da FUNDAP, resultante de um contrato de assistência técnica cujo produto previsto era além de um exame das articulações internas da Secretaria, colaborar com o DRS-1.5 e DAS em aspectos distintos, para identificar os problemas que constituem impedimentos a sua ação e encaminhar propostas.

Dada a participação ativa de membros da Secretaria, de todos os escalões e das variáveis já citadas, geraram-se outros produtos, nem sempre subordinados ao produto formal previsto.

Da análise da atuação das agências prestadoras do serviço de saúde à população, em face do diagnóstico que permitiu visualizar os pontos de estrangulamento e da proposta de municipalização em curso, verificou-se a necessidade de conceber e implementar um novo modelo de CS que pudesse, de algum modo, superar os problemas identificados e apontar para uma nova proposta de atendimento. Nesse sentido, foi constituída uma equipe interinstitucional composta de membros da Secretaria da Saúde (Distrito Sanitário de Itapeperica da Serra), da Secretaria Municipal de Saúde do Embu, Faculdade Paulista de Medicina e FUNDAP, para elaborar um novo modelo de CS Municipalizado.

Para esse CS definiu-se como principal objetivo a prestação da assistência médica à população, constituindo o CS uma "porta aberta" à demanda da população. A definição desse objetivo implica introduzir modificações na própria organização do CS. Nesse sentido, modificou-se toda a sistemática de atendimento, com a eliminação da pré e pós-consulta, a implantação de pronto atendimento, de consultas com hora marcada, constituição de equipe médico/atendente por consultório e a reformulação dos mapas e formulários utilizados pela área técnica e administrativa.

O modelo foi concebido para um Centro de Saúde Municipalizado e implantado no Embu (CS Vista Alegre) e em três CS de Taboão da Serra. O Estado, além dos prédios, cede equipamentos e medicamentos, enquanto o Município se encarrega da alocação de pessoal e mesmo de medicamentos, em caráter complementar. A administração das unidades se dá através da co-gestão do Município e da Secretaria da Saúde (DS Itapeperica da Serra).

A implantação desses Centros de Saúde, ocorrida em momentos diferentes, resultou de um processo de trabalho conjunto

das instituições envolvidas, onde o grupo encarregado passou da concepção do novo modelo ao planejamento das atividades. Esse processo compreendeu várias etapas, como se pode depreender do cronograma de atividades descrito na volume 3.

Contudo, é importante ressaltar que apesar de não poder afirmar a eficácia desse novo modelo de prestação de serviços, pois sua avaliação apenas se inicia, um aspecto desse processo de trabalho pode ser ressaltado: o planejamento conjunto de todas as atividades e sua implementação. Esse planejamento, como já foi mencionado e que ficará claro no relato que segue, passou pela concepção conjunta do novo CS, das mudanças a serem introduzidas na sua organização, na programação das atividades de implantação: treinamento, formulários e até da simulação de um CS funcionando com o novo modelo. Essa atividade implicou montar, com equipamentos de outros CS da rede o CS de Vista Alegre para o teste do modelo. Durante uma tarde, funcionários - técnicos e administrativos - foram mobilizados pela equipe para contribuir nessa simulação, seja como funcionário, seja como clientela. Isso possibilitou verificar alguns impasses do modelo e já introduziu modificações.

Contudo, o modelo ainda está em teste, é uma proposta de mudança que merece ser discutida e ser aperfeiçoada para encaminhar uma saída para melhoria da qualidade do atendimento da rede, no contexto do novo modelo de assistência integral de saúde à população.

Além disso, a formulação e implantação desse novo modelo de CS fornece subsídios aos estudos, que visam ao equacionamento de questões básicas colocadas na Secretaria:

- a redefinição de objetivos do equipamento e da própria prestação de serviços de saúde;

- as formas de relacionamento Estado/Município na gestão da prestação dos serviços de saúde;
- o desenvolvimento de instrumentos capazes de servir à gestão conjunta Estado/Município dos equipamentos de saúde, durante parte do processo de municipalização.

A elaboração desse modelo de CS municipalizado não é algo isolado no projeto, mas surge a partir de um diagnóstico do Departamento Regional de Saúde (DRS 1.5), nas suas diversas instâncias técnico-administrativas.

Essa mudança da unidade terminal remete para outras alterações em áreas percebidas como críticas, constituindo obstáculo à concretização da atividade-fim. Nesse sentido, são trabalhados os aspectos técnico-administrativos do DRS, unidade de planejamento e coordenação da prestação dos serviços de saúde dos CS. Iniciou-se o trabalho conjunto pela visão do papel do DRS e dos DS e, a partir daí se iniciou uma racionalização da área administrativa identificada como o principal ponto de estrangulamento do próprio DRS. Esse trabalho abrangeu as áreas de pessoal, material e patrimônio, comunicações administrativas e de manutenção.

A reformulação dessas atividades realizadas junto com a equipe administrativa do DRS, que também foi redefinida para conceber e implantar esse processo, já está em fase de término da implantação. Esse trabalho permitiu um conhecimento mais aprofundado da realidade e da problemática da administração de saúde, via Departamentos Regionais de Saúde e suas relações com o restante da estrutura da Secretaria. E, também, do papel do DRS como instância de gestão mais próxima aos Centros de Saúde.

Esse trabalho conjunto com a DRS, que resultou nesse novo modelo de CS e de reestruturação da própria DRS, representa uma resposta, ainda que incipiente, a essa nova realidade vivida pela Secretaria, de descentralização ou melhor desconcentração e

integração de suas atividades para oferecer à população o atendimento às suas necessidades básicas de saúde. Além desse trabalho, outras atividades foram realizadas a nível central, como participação em reuniões e seminários, onde foram discutidas as novas propostas e suas formas de encaminhamento. A isso se somaram entrevistas com funcionários dos escalões superiores da Secretaria, que permitiram delinear uma proposta que indica algumas direções para a reestruturação da Secretaria. Essas indicações pretendem auxiliar na reflexão necessária à redefinição do papel da Secretaria de Estado da Saúde, que a pensa de maneira horizontal e integrada, descentralizando para o nível regional toda a área de apoio e retaguarda. Essas indicações, no entanto, apontam para outras questões, decorrentes da própria descentralização:

- o que deve ou pode caber nesse momento aos Municípios e o que caberá à Secretaria num gradiente no tempo e no espaço, e que remete para modelos diferenciados por região;
- qual a cobertura possível hoje na Secretaria de Saúde, quanto a retaguarda laboratorial, hospitalar e mesmo ambulatorial;
- quais são os instrumentos adequados para gerir a transição da administração dos Centros de Saúde do Estado para os Municípios.

As questões levantadas remetem para outras mais amplas que só poderão ser respondidas ao nível de uma nova concepção para a própria Secretaria, quando a integração, hierarquização e regionalização constituirá o ponto de partida para se pensar esta nova realidade.

O relato que segue, distribuído em três volumes, procura dar conta das atividades desenvolvidas. Contudo, a realidade é mais dinâmica e quando esse relatório vier a público, muitas das dimensões apontadas como problemáticas talvez já tenham sido superadas. Assim, as propostas dividem-se em cinco partes distintas.

A primeira diz respeito à formulação de novo modelo organizacional para o nível regional, que foi, na verdade, o último produto gerado e, por sua abrangência e implicações, constitui menos uma proposta fechada do que um subsídio para discussão sobre o futuro da Secretaria da Saúde.

A segunda proposta é a de redefinição de papéis dos níveis de Departamento Regional, mantida a atual estrutura do DR.

A terceira proposta está em fase de implantação, e trata da questão administrativa no Departamento Regional. Ela se subdivide em produtos específicos para as áreas de material, patrimônio e almoxarifado, pessoal e comunicações.

Essas três propostas estão no Volume 2.

A quarta proposta, que compõe o Volume 3, é o modelo para o Centro de Saúde Municipalizado, que foi implantado no CS de Vista Alegre e está em fase de avaliação.

E, finalmente, há uma quinta proposta, que diz respeito à área de comunicações administrativas do D.A.S., no Volume 4.

1 - NOVO MODELO ORGANIZACIONAL PARA O NÍVEL REGIONAL



A proposta apresentada a seguir é resultante de discussões em todos os níveis em que se trabalhou e implica uma concepção nova da Secretaria, que remete à necessidade de definição das seguintes questões:

- processo de municipalização;
- a descentralização da Secretaria, com a transferência de competências atualmente a nível de coordenadorias para o nível regional. A reformulação dos níveis de gestão CSC-DR-DS;
- a integração das ações de saúde;
- o modelo PMS no conjunto da Secretaria.

A explicitação dessas questões é que permitirá elaborar uma nova concepção da Secretaria, sem perder de vista o objetivo maior que é a melhoria da prestação de serviços de saúde à população.

1.1 - PRESSUPOSTOS

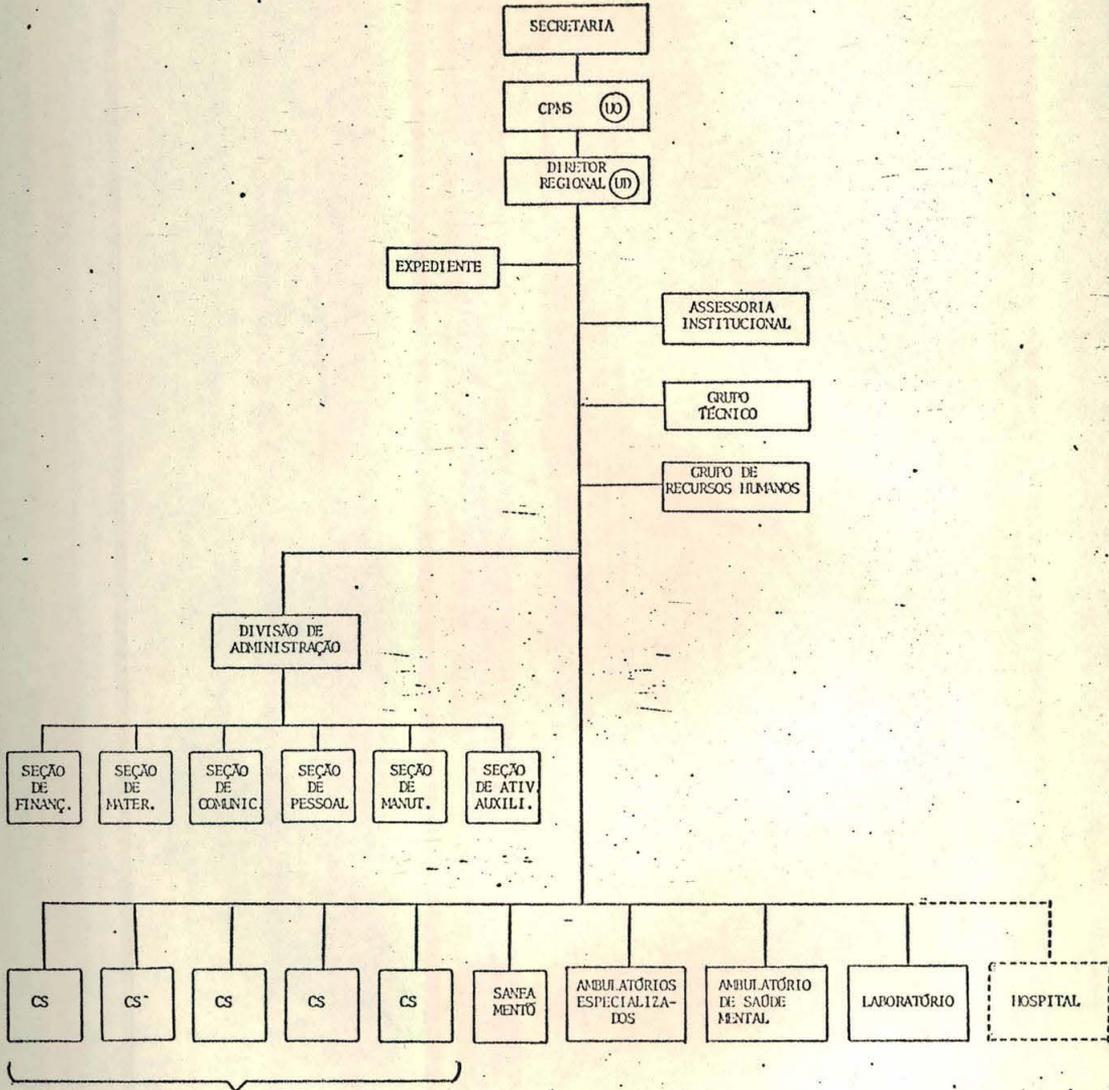
Para a formulação da proposta partiu-se dos seguintes pressupostos:

- a) a continuidade do processo de municipalização, abrangendo, progressivamente, todas as unidades básicas de saúde;
- b) a integração das ações de saúde em todos os níveis;
- c) a descentralização efetiva da Secretaria de Estado da Saúde, uma vez que a atual estrutura não viabiliza a melhoria do atendimento à população.

1.2 - PROPOSTA

- Promoção de fusão dos níveis Regional e Distrital com:
 - . desmembramento do DR e
 - . desdobramento da unidade de despesa;
- Transferência de competências da CSM, CST e CAH para o novo nível regional;
- Ligação hierárquica das novas unidades regionais à CPMS;
- Novo desenho organizacional para o nível regional;
- Constituição de um Grupo de Trabalho ao nível do Gabinete do Secretário, implantação do novo modelo do nível regional e repassar uma nova concepção organizacional da Secretaria.

1.3 - ORGANOGAMA



Progressivamente
Municipalizados



1.4 - ESBOÇO DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

- Diretor: articulação, coordenação e implementação das ações de saúde a nível da região;
- Assessoria Institucional: assessoramento ao Diretor na articulação com o meio;
- Grupo Técnico: assessoria de planejamento e supervisão das ações de saúde, com equipes multiprofissionais;
- Grupo de Recursos Humanos: planejamento, seleção, desenvolvimento e avaliação de recursos humanos.

