

1ª VERSÃO SINTÉTICA

JANEIRO / 83



INSTITUTO
BUTANTAN

A serviço da vida

PROJETO DE EXPANSÃO DA
REDE DE SERVIÇOS BÁSICOS DA SAÚDE DA
GRANDE SÃO PAULO

Elaborado sob a responsabilidade da Comissão Especial para Expansão da Rede de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (dec. nº 19.278, de 12/08/82), com a colaboração de profissionais das seguintes instituições:

Secretaria de Planejamento do E.S.P.

Secretaria de Saúde do E.S.P.

Secretaria de Higiene e Saúde do Município de S.P.

INAMPS

Ministério da Saúde

FUNDAP



ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO	1
II - OBJETIVOS	8
III - ESTRATÉGIAS	9
IV - NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA PROPOSTO	11
IV.1 - Serviços a serem Oferecidos	11
a) Unidade Básica	
b) Hospital Geral	
c) Ambulatório de Especialidades Médicas	
d) Hospital de Base e Hospital Especializado	
IV.2 - Organização do Modelo Proposto	18
a) Módulo de Saúde	
b) Área de Saúde	
c) Região de Saúde	
IV.3 - Regionalização dos Serviços	23
IV.4 - Gerência e Administração	24
IV.5 - Recursos Humanos	30
IV.6 - Sistema de Informação e Avaliação	36
IV.7 - Participação Comunitária	38
V - ÁREA DO PROJETO E DIMENSIONAMENTO DE NECESSIDADES	40
VI - ESTIMATIVAS DE CUSTOS	42

VII - ETAPAS DO PROJETO

VII.1 - Seleção das Áreas de Saúde Prioritárias	43
VII.2 - Gerência e Administração das Áreas de Saúde Prioritárias	47
VII.3 - Capacidade de Pessoal para Implementação das Áreas Prioritárias	51
VII.4 - Estimativas de Custo da 1ª Fase	52

A N E X O S

- ANEXO A - Identificação dos Pontos de Estrangulamento
- ANEXO B - Regionalização
- ANEXO C - Programa de Saúde das UBS
- ANEXO D - A Educação em Saúde
- ANEXO E - O Tamanho Referencial das Unidades
- ANEXO F - Pessoal necessário para as Unidades Básicas de Saúde
- ANEXO G - Programação Funcional da UBS
- ANEXO H - Hospital Geral
- ANEXO I - Pessoal Necessário para o Hospital Geral
- ANEXO J - Programação Funcional do Hospital Geral
- ANEXO K - Número de Consultas e Médicos Necessários para um Ambulatório de Especialidades Médicas (População de Referência: 1.5000.000 Hab.)
- ANEXO L - Fluxo da Clientela
- ANEXO M - Proposta de Salário para Profissionais da Área do Projeto de Expansão da Rede Básica da RMSp
- ANEXO N - Situação do Pessoal no Setor Saúde
- ANEXO O - Sistema de Informação de Saúde
- ANEXO P - Acompanhamento e Avaliação
- ANEXO Q - Participação Comunitária
- ANEXO R - Estimativa de Custo do Projeto
- ANEXO S - Descrição das 5 Áreas de Saúde Prioritárias
- ANEXO T - Capacitação de Pessoal para a 1ª Fase do Projeto
- ANEXO U - Estimativa de Custo da 1ª Fase do Projeto

I - INTRODUÇÃO

Buscando superar os problemas existentes no atendimento médico-sanitário à população da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), a Secretaria de Higiene e Saúde do Município, a Secretaria da Saúde e o INAMPS desenvolveram um processo de reestruturação do setor, que visa eliminar os seguintes pontos de estrangulamento do Sistema de Saúde da Região Metropolitana (anexo A):

- Atendimento Primário de Saúde deficiente
- Rede Hospitalar concentrada e insuficiente
- Multiplicidade de instituições atuantes no setor
- Precariedade das instalações, número insuficiente e distribuição inadequada das unidades sanitárias existentes
- Inexistência de vinculação da clientela às Unidades de Saúde
- Ações limitadas sobre o meio ambiente
- Carência de uma adequada política de Recursos Humanos

Estes pontos de estrangulamento determinam a inexistência até o momento de mecanismos de coordenação, planejamento integrado, regionalização, e hierarquização da rede de serviços e integração de fundos para seu custeio.

O processo de reestruturação do setor saúde da Região, que é denominado Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde da Grande São Paulo tem como princípios:

- o direito de todo indivíduo à saúde;
- o direito à assistência médico-odontológica integral de toda a população;
- a vinculação de uma população delimitada a uma determinada Unidade de Saúde;
- a garantia de acesso aos serviços de saúde;
- a participação comunitária nas agências de saúde;
- a regionalização, hierarquização e integração dos diferentes serviços das instituições;

- o planejamento integrado interinstitucional;
- o planejamento a partir do nível local.

A elaboração da nova proposta foi desenvolvida segundo duas linhas de trabalho, simultâneas e interligadas. A primeira ao nível central, visando ao planejamento integrado com as demais instituições do setor saúde da Região e com comissões ao nível de autoridades dos escalões de assessoria e planejamento, de modo a permitir ao mesmo tempo o desenvolvimento de instrumentos de articulação e a troca de informações entre a Secretaria da Saúde, o INAMPS e a Prefeitura da Capital. A segunda, a nível periférico, desenvolveu-se diretamente no campo, com as equipes locais de saúde, coordenadas pelas equipes distritais e com o apoio logístico e normativo dos níveis centrais.

Dessa forma, pretendeu-se utilizar toda a experiência e informações disponíveis para garantir que o modelo proposto viesse realmente ao encontro das necessidades e das expectativas da população e do pessoal do setor.

O primeiro ponto de estrangulamento a ser eliminado, por este projeto, é o das deficiências qualitativas e quantitativas da rede de serviços de saúde. Neste sentido, prevê-se a construção de novas unidades sanitárias e hospitalares em áreas consideradas prioritárias, por serem totalmente carentes, ou pela inadequação das unidades existentes.

Estudo elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado em 1980 previu a necessidade de 492 novas Unidades Sanitárias (Centros e Postos de Saúde) e 6000 leitos hospitalares (anexo A1). Deste total o governo do Estado e o Município de São Paulo construíram até o final de 1982 um total de 100 Unidades de Saúde e iniciaram a construção de um Hospital de 200 leitos.

Concomitantemente com a ampliação física da rede, o novo modelo prevê uma mudança na forma de atuação de todas as unidades já existentes. Nesse sentido, os postos de saúde municipais passarão a exercer atividades idênticas às dos centros de saúde esta

duais, perfeitamente entrosados com a política estadual de saúde. Com relação aos postos de atendimento do INAMPS, na maioria dos casos eles teriam suas atividades deslocadas do atendimento de nível primário para o atendimento especializado.

A partir da identificação geral da necessidade de Unidades Básicas de Saúde e leitos hospitalares foi feito um estudo sobre uma nova regionalização dos serviços de saúde na área metropolitana (anexo B). Esta nova regionalização dividiu a RMSP em 34 Áreas de Saúde agrupadas em 9 Regiões de Saúde segundo tamanho da população, homogeneidade de características físicas e sócio-econômicas, e disponibilidade de equipamentos de saúde de maior complexidade.

Numa primeira fase do Projeto implementar-se-ão 5 das 34 novas áreas propostas, o que permitirá os ajustes necessários para a implantação do Projeto em sua totalidade em uma segunda fase.

Com relação à reorganização dos serviços de saúde da Região Metropolitana de São Paulo, propôs-se um sistema hierarquizado e regionalizado, composto por:

- rede de unidades básicas de saúde;
- rede de hospitais gerais locais;
- rede de unidades ambulatoriais e hospitais para atendimento médico especializado;
- rede de laboratório de saúde pública;
- hospitais universitários;
- hospitais especializados.

A rede de unidades básicas de saúde (UBS) será integrada pela rede de Centros de Saúde Estaduais e Postos de Assistência Médica Municipais, distribuídos geograficamente na área. Tais unidades garantirão a acessibilidade e a continuidade do atendimento aos indivíduos e famílias de sua área de influência.

Essas unidades que atenderão universalmente à população,

sem distinção de vinculação previdenciária, serão semelhantes em seus programas, diferenciando-se apenas pelo tamanho da população de sua área de influência e desenvolverão atividades de assistência médica-odontológica integral.

A rede de unidades básicas deverá ser a principal porta de entrada do sistema e contará com recursos humanos e equipamentos, de forma a ter um alto poder de resolução.

A outra porta de entrada do sistema deverá ser a rede de Pronto Socorro, administrada pela Secretaria de Higiene do Município de São Paulo, e também as unidades de emergência da rede privada conveniada com o INAMPS. Nos demais municípios da Área Metropolitana deverão ser adequados os serviços de emergência já existentes e criados os serviços que se fizerem necessários.

Atenção especial vai ser dada à rede de Pronto Socorro para que ela não substitua indevidamente as UBS e atenda realmente apenas os casos de urgência. O INAMPS, dentro das propostas do CONASP, criará novas formas de relacionamento com o setor privado, visando evitar as distorções hoje verificadas.

O sucesso desta nova proposta dependerá da fixação dos profissionais médicos nas Unidades Básicas de Saúde, garantindo-se assim, a continuidade de atendimento e a vinculação da população ao profissional.

Facilitando-se o acesso às Unidades Básicas de Saúde e fixando-se os profissionais médicos nas Unidades, espera-se conseguir uma estreita vinculação entre a equipe da Unidade e a população, de modo que cada família tenha o seu médico ou sua equipe de saúde.

A rede de hospitais gerais locais, já existentes e a que vier a ser instalada, deverá caracterizar-se pela prestação de serviços aos clientes encaminhados pela rede de UBS e deverá oferecer assistência hospitalar geral com ênfase nas patologias mais comuns e que não dependam de alta tecnologia médica.

Devendo oferecer basicamente internação para partos, pequenas e médias cirurgias e problemas clínicos de adultos e crianças. Em algumas áreas, os Hospitais Gerais, poderão incluir também serviços mais complexos, dependendo das necessidades próprias da área e/ou das características dos hospitais já existentes.

Resolvido o episódio agudo que motivou a internação, o Hospital devolverá o paciente para a Unidade Básica de Saúde de origem, com um resumo do atendimento médico prestado e/ou orientação terapêutica a ser seguida.

Outro aspecto importante é a articulação programática entre os serviços prestados na rede de saúde acima descrita e os serviços de outros setores, tais como: escolas e creches. A reunião de crianças, que ocorre nas escolas e creches, permite também o treinamento de outros agentes para a promoção e recuperação da saúde.

O suporte laboratorial para as Unidades Básicas de Saúde será prestado de um modo geral pelos Hospitais Gerais Locais. Em algumas situações este apoio será dado por laboratórios regionais de saúde pública já implantados.

Ênfase especial vai receber o sistema de referência e contra-referência nos vários níveis da rede de serviços. Particularmente, com relação aos hospitais privados, o INAMPS deve elaborar novas modalidades de contratação de serviços que incluirão normas relativas ao sistema de referência e contra-referência.

Com relação aos serviços de saúde de nível terciário, tais como Hospitais Universitários e Hospitais altamente especializados, na proposta ora em desenvolvimento, não se considera necessário sua ampliação, mas sim a coordenação do equipamento já existente.

O modelo proposto considera ainda, fundamental uma nova política de Recursos Humanos adequada aos objetivos do Projeto e inseridas num contexto compatível com as possibilidades de arrecadação e vinculação de recursos financeiros necessários ao seu custeio.

Melhor rendimento das equipes será obtido graças a substancial melhoria salarial, criação de carreiras, melhoria de trabalho nas unidades e implantação de um novo sistema de controle, que considere inclusive a participação dos usuários através dos Conselhos de Comunidade, na fiscalização da qualidade dos serviços prestados.

A melhoria das condições de trabalho será garantida com adequado suporte laboratorial, supervisão clínica que possibilite a educação continuada dos profissionais, garantia de referência para hospitais e ambulatórios de especialidades, apoio de pessoal auxiliar e possibilidade de atuação do médico em hospitais gerais da área.

Além da melhoria das condições de trabalho médico, deverá ser implantado também uma nova forma de supervisão nos diferentes níveis do sistema, garantindo-se assim a qualidade e eficiência dos serviços prestados pelos programas desenvolvidos.

A implantação do Projeto criará condições para o adequado desenvolvimento de experiências da Integração Docente Assistencial que poderão ter grande influência na preparação de Recursos Humanos, especialmente os de nível universitário, ainda durante sua graduação.

Finalmente, cabe mencionar que o presente projeto, está em perfeito acordo com as diretrizes gerais do Ministério da Saúde e com o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) e aprovado pela Portaria nº 3.062 de 23/08/1982 do Ministério de Previdência e Assistência Social. A implantação do Plano de Reorientação será um dos fatores viabilizadores do presente projeto, na medida em que, além de outros pontos importantes, assegura o financiamento de parte substancial do custo operacional da rede de serviços de saúde.

Destacam-se dentre as medidas indicadas pelo CONASP a prioridade à assistência primária de saúde; à utilização plena dos ser

viços próprios do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e de toda a rede de serviços públicos, bem como a integração, em um só sistema, das instituições de saúde mantidas pelos Governos Federal, Estadual e Municipal, sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde.



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

II - OBJETIVOS

O Projeto propõe a reorganização do sistema de saúde na RMSP, reorientando a postura e competência das atuais instituições públicas e privadas do setor objetivando:

- Diminuir a morbidade e a mortalidade preveníveis, isto é, reduzir a incidência e a mortalidade por patologias evitáveis através de controle do meio ambiente e de ações específicas de saúde, executadas pela Rede de Serviços.
- Controlar as patologias de maior incidência, o que significa diagnosticar, tratar e acompanhar aquelas patologias de alta incidência, para as quais o impacto de medidas de prevenção seja pequeno ou nulo, como, por exemplo, hipertensão arterial e diabetes.
- Garantir facilidade de acesso aos serviços à toda população (clientela universal), tanto acesso aos serviços primários de saúde, como aos de maior complexidade.
- Ministrar à população informações sobre serviços, cuidados e práticas de saúde.
- Aumentar a eficiência dos serviços de saúde, ou seja, obter um rendimento maior dos serviços, com melhor utilização dos mesmos nos diferentes níveis de complexidade.
- Garantir a continuidade da assistência prestada, isto é, garantir acompanhamento da clientela dos serviços, através de consultas agendadas e do atendimento da demanda.
- Contribuir, desta forma, para a elevação do nível de saúde da população da RMSP.

III - ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

a) Estabelecimento de uma Política Estadual de Saúde, que em consonância com a Política Nacional, possa assegurar uma efetiva coordenação pela Secretaria da Saúde, das instituições, ao nível da RMSP, que atuam no setor.

b) Reorganização do sistema de saúde da área metropolitana que implique na regionalização, hierarquização e integração dos diferentes serviços definindo a área de influência de cada um deles e sua vinculação a determinada população, referência e contra-referência de pacientes e as portas de entrada do sistema.

c) Estabelecimento de um sistema integrado de planejamento, intra e interinstitucional, com a participação do INAMPS, da Secretaria de Estado da Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e demais órgãos públicos do setor, e elaborado a partir do nível local.

d) Implementação dos mecanismos financeiros tais como o Fundo Estadual de Saúde e outros que permitam a integração dos diferentes recursos destinados ao Setor Saúde.

e) Aumento da capacidade resolutiva dos diferentes níveis do sistema: ao nível ambulatorial, evitando-se internações desnecessárias, e a nível hospitalar reduzindo-se as medias de permanência, letalidade e custos das internações.

f) Extensão de cobertura, por Unidades Básicas de Saúde e leitos hospitalares gerais, a toda população da RMSP, de modo a evitar que núcleos com mais de 10 mil habitantes permaneçam sem acesso à Unidades Sanitárias e/ou Áreas de Saúde com menos de 1 leito por mil habitantes.

g) Estabelecimento de uma política de Recursos Humanos para o Setor Saúde, que possa assegurar uma efetiva fixação dos profissionais e auxiliares de saúde a suas unidades de trabalho, com a garantia de realização profissional e adequada remuneração.

h) Desenvolvimento de programas especiais de controle das patologias de maior incidência, tanto ao nível de prevenção como de diagnóstico e tratamento, dando prioridade àquelas ações de saúde que possam produzir um maior impacto como diminuição das diarreias, pneumonias, doenças evitáveis por imunização, por cuidados de pré-natal, parto e atenção ao recém-nascido.

i) Manutenção de um processo de acompanhamento e avaliação do sistema de saúde, através de uma sistemática previamente estabelecida, que permita acompanhar o desempenho dos serviços e avaliar o impacto que tenham no estado de saúde da população, permitindo assim alterações que se façam necessárias.

IV - NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA PROPOSTO

Todo atendimento a ser prestado nos serviços de saúde propostos no Projeto será feito tendo como referencial básico o homem visto como ser biopsíquico social, membro de uma família e integrado num determinado contexto social.

Essa abordagem está baseada no conceito de multicausalidade das doenças, e realça a família como unidade e pideumologica fundamental.

Os problemas de saúde serão enfocados segundo a concepção de História Natural da doença visando a busca permanente de cuidado integral à saúde, ou seja, procurando sempre para cada problema identificado oferecer ações ao nível de promoção de saúde, proteção específica, diagnósticos precoce e tratamento mediato, e reabilitação.

A programação de serviços a ser oferecida, baseada em critérios epidemiológicos de risco, procurará identificar as melhores maneiras de se oferecer, ao maior número de pessoas as medidas necessárias mais efetivas ao mais baixo custo, buscando sempre que possível a participação da comunidade no processo.

IV.1 - SERVIÇOS A SEREM OFERECIDOS

Os serviços a serem oferecidos pelas unidades de saúde como já foi dito; foram programados com base em critérios epidemiológicos de risco a que estão expostos os diferentes grupos etários da população alvo. Abrangem ações preventivas e curativas visando um atendimento integral à clientela.

Esses serviços nos diferentes níveis de complexidade serão oferecidos basicamente por meio de 4 tipos de Unidade de Saúde:

- a) Unidade Básica de Saúde
- b) Hospital Geral
- c) Ambulatório de especialidades médicas

d) Hospital de Base e Hospital Especializado

a) - Unidade Básica de Saúde

Estas unidades terão como objetivo, atender as necessidades básicas ambulatoriais de saúde da população de sua área de influência e ser a principal porta de entrada da clientela ao sistema de assistência médico-sanitária.

As atividades previstas para essa unidade serão desenvolvidas na própria UBS ou na comunidade, dependendo do grau de eficácia esperado pela intervenção da equipe de saúde na promoção e/ou recuperação da saúde da população.

As características relativamente homogêneas, em termos de estrutura de morbidade e mortalidade da população, alvo do projeto, permitem concluir que a programação de serviços a ser oferecida pelas UBS não deverá sofrer grandes modificações qualitativas. Poderão, entretanto, ocorrer mudanças de maior significância no volume dos serviços prestados a cada área, com conseqüente ajuste da programação, durante o desenvolvimento dos trabalhos, em decorrência dos processos de avaliação do comportamento da demanda e da estrutura local de morbimortalidade.

Procurar-se-á garantir na UBS assistência médica ambulatorial a clientes de todas as idades, remetendo-se os casos mais complexos ou que necessitem de internação hospitalar.

As principais necessidades de saúde da população de cada faixa etária, as atividades a serem desenvolvidas para cada problema, sua concentração, bem como o profissional encarregado, encontram-se discriminadas no anexo C.

As ações educativas de promoção da saúde e orientação a problemas específicos, deverão permear todas as atividades desenvolvidas pela Unidade Básica de Saúde, anexo D.

Quanto às ações de educação de massa por meio de rá

dio e televisão etc., deverão ser estimulados o aleitamento materno e a motivação para a vacinação, incrementando os programas, ora em desenvolvimento, e aprimorando-os com base na experiência adquirida.

As ações que objetivam a promoção e reabilitação do estado nutricional da população alvo, serão executadas em conjunto com outros Órgãos Públicos, visando atuação na família como um todo. Para tanto, as intervenções ocorrerão em diferentes locais em que se encontra cada membro da família e sob responsabilidade das respectivas Secretarias. Além dessa atuação interinstitucional, serão mantidas na área do projeto as atividades de suplementação alimentar às gestantes e às crianças menores de 1 ano, ou seja, à população de risco social e biológico.

Do mesmo modo que as ações de nutrição, as atividades previstas em relação às creches e aos escolares da área, devem partir de um entendimento prévio com as instituições estaduais e municipais responsáveis, no sentido do desenvolvimento de um trabalho integrado.

Para atendermos, ao referencial básico de princípios do atendimento proposto e para atingirmos seus objetivos, acreditamos que seja fundamental, entre outras ações, a visita domiciliar.

Os componentes básicos da visita domiciliar seriam:

1º - Desenvolvimento de atividades relacionadas com problemas pessoais específicos de saúde dos indivíduos.

2º - Monitorização do estado de saúde de todas famílias de alto risco da área.

3º - Desenvolvimento de ações de educação em saúde para todas as famílias visitadas.

As UBS atenderão áreas delimitadas com um contingente populacional de 10 a 30 mil habitantes. A determinação do tamanho máximo da população dependente da UBS, baseou-se na constatação de que acima desses números, para execução da programação proposta, se

tornaria bastante difícil a administração de unidade. Por outro lado das unidades para atender, menor de 10.000 habitantes são de maneira geral de manutenção bastante onerosa e de baixo rendimento quantitativo e qualitativo (anexo E).

Os parâmetros utilizados para elaboração da programação a ser desenvolvida foram estabelecidas por um grupo de técnicos do INAMPS da Secretaria de Saúde e da Prefeitura de São Paulo, baseados nos padrões internacionalmente propostos na estrutura epidemiológica das doenças nas diferentes faixas etárias e principalmente em sua experiência e vivência profissional com a realidade de saúde da RMSP. Estabeleceu-se como marco referencial básicas para a programação, o oferecimento de no mínimo duas consultas médicas por habitante por ano nas UBS.

Quanto ao pessoal necessário às UBS, para atender a população de 10 a 20.000 habitantes; dimensionou-se a necessidade de horas/atividades/dia de cada um dos profissionais e auxiliares envolvidos com as atividades fim da Unidade. Para as funções estabelecidas com base na experiência de técnicos do setor um quadro mínimo de pessoal para execução dessas tarefas, resultando em um total de 28 a 36 servidores para as Unidades de 10 a 20.000 habitantes respectivamente (anexo F). A Programação funcional da UBS é apresentada no anexo G. Para o adequado funcionamento da UBS foram elaboradas novas plantas arquitetônicas, baseadas na programação funcional (anexo 6).

b) - Hospital Geral

Os Hospitais deverão garantir a prestação de serviços aos clientes encaminhados pela rede de Unidades Básicas de Saúde, oferecendo assistência hospitalar geral a toda população de sua área de atuação, com ênfase nas patologias de maior incidência e que não dependam de alta tecnologia médica.

O Atendimento Hospitalar compreenderá: atendimento a urgências médicas (Pronto Atendimento); atendimento ambulatorial de retorno do Pronto Atendimento e de referência da Unidade Básica de

Saúde. Esse atendimento ambulatorial atenderá o retorno de casos clínicos, cirúrgicos, exames complementares (lab., RX, EEG, ECG, etc.) e terapêutica especializada (transfusões, fisioterapias, etc.)

Os hospitais oferecerão internações de urgência e programadas e atenderão pacientes das seguintes especialidades:

- Clínica Médica
- Clínica Cirúrgica Geral
- Clínica Tocoginecológica
- Clínica Pediátrica
- Clínica Ortopédica (casos simples)

Oferecendo-se em média 1,8 leitos por mil habitantes, parâmetro estabelecido a partir da portaria 3046 de 20/07/82 do CONASP os hospitais comporão uma rede de serviços básicos hospitalares para resolução de 80% das necessidades de internação geral da população.

O Plano compreende a utilização de Hospitais já existentes nas áreas centrais para onde serão encaminhados os casos de maior complexidade, tais como: trauma-crânio-encefálico, cirurgia torácica, politraumatizados graves, casos de oftalmologia otorrinolaringologia, traumatismo ortopedia grave, moléstias vasculares, enfarte do miocárdio e outras patologias que necessitam tratamento e acompanhamento em Unidades de Terapia Intensiva.

Em hospitais de áreas geográficas próximas poder-se-á centralizar, à semelhança de Especialidades Médicas, serviços de apoio técnico-auxiliar como: lavanderia, banco de sangue, laboratório especializado e tecnologia mais sofisticada.

A programação a ser desenvolvida pelos hospitais gerais, foi elaborado por especialistas em Pediatria, Clínica Médica, Tocoginecologia e Cirurgia Geral da superintendência médica hospitalar da Prefeitura de São Paulo, baseados nas informações estatísticas sobre internação realizadas em hospitais Municipais, na experiência profissional desses especialistas e na necessária adaptação

ção a nova proposta de atendimento formulada pelo projeto.

O tamanho dos hospitais e a distribuição de leitos entre as especialidades básicas dependerá dos recursos hospitalares já existentes em cada área de implantação.

O dimensionamento da demanda hospitalar, com o detalhamento do número de leitos necessários; por especialidade, médias de permanência, números de internações etc, foi feito baseado nos padrões propostos pelo CONASP para o Brasil. (Anexo H)

Assim a distribuição dos leitos pela especialidade será feita obedecendo a seguinte proporcionalidade: clínica médica 39%, clínica pediátrica 21%, clínica cirúrgica 20% e tocoginecologia 20%.

O atendimento externo dos pacientes no hospital estará limitado aos casos de urgência, estimado em 15% do total de atendimento oferecido pelas UBS (0,3 consulta por habitante por ano) e a um pequeno percentual de retorno, para avaliação ambulatorial, de casos internados, calculados em 10% do total de internações realizadas.

O pessoal necessário aos hospitais foi dimensionado a partir da experiência dos profissionais da Secretaria de Higiene do Município de São Paulo, da nova programação elaborado para os hospitais e da adequação dessa necessidade a novo modelo de assistência proposto. Assim para um hospital referencial de 200 leitos calculou-se um total de servidores com um índice de servidores por leito. (Anexo I)

Elaborou-se também a programação funcional de um hospital referencial de 200 leitos que servirá de base para o desenho arquitetônico de sua planta física. (Anexo J)

c) - Ambulatório de Especialidades Médicas

O ambulatório de especialidades médicas tem por objetivo fornecer consultas médicas especializadas visando diagnóstico diferencial e o tratamento específico como retaguarda aos serviços

oferecidos pela sede básica.

Considerando-se que este ambulatório será utilizado para o diagnóstico diferencial e tratamentos mais complexos que exigirão apoio laboratorial e outros exames complementares, não só para elucidação diagnóstica como para o acompanhamento do tratamento, será necessário que haja proximidade e facilidade de acesso a esses equipamentos.

Para tanto, o ambulatório deverá contar com esses recursos ou se localizar próximo ao Hospital de Base ou Especializado, que disporá desses recursos.

O acesso aos serviços ambulatoriais especializados deverá ser sempre precedido de um atendimento pela UBS ou Hospital Geral e acompanhado de uma guia de solicitação de consulta e/ou exames especializados. Dessa forma, procurar-se-á impedir o acesso direto da clientela ao nível secundário ou terciário do sistema.

O dimensionamento das atividades a serem desenvolvidas nesse nível de atendimento foi feito com base no parâmetro de 0,4 consultas médicas por habitante/ano, o que corresponderia a 20% do parâmetro utilizado para as UBS (2 consultas/habitante/ano).

A distribuição das consultas pelas diferentes especialidades médicas foi estabelecida com base nos percentuais propostos pelo CONASP para atendimento médico ambulatorial especializado no Brasil. (Anexo K)

Considerando-se que a presente proposta de reorganização dos serviços de saúde será executado em locais em que já existem outros recursos de saúde, será necessário adaptar a organização física e funcional dessas unidades às realidades existentes.

Em princípio, o número de ambulatórios especializados hoje existentes na RMSP, se adequadamente organizados poderá atender praticamente a totalidade das consultas médicas especializadas de área metropolitana.

d) - Hospital de Base e Hospital Especializado

Tendo e vista a existência de Hospitais Universitários e próprios do INAMPS e de demais órgãos públicos do setor, em quantidade e qualidade suficientes para atender a toda RMSP, estes constituirão a necessária retaguarda hospitalar especializada dentro do novo sistema de saúde proposto.

Será necessário entretanto, proceder-se a uma regionalização funcional destes hospitais, com vistas a garantir integridade e utilização de seus serviços.

IV.2 - ORGANIZAÇÃO DO MODELO PROPOSTO

A nova organização dos serviços de saúde propostos no projeto tem por objetivos aumentar a eficiência e eficácia do sistema, descentralizando a assistência prestada à população.

As características principais observados nesta proposta de organização são:

- Responsabilizar os serviços públicos de saúde pela assistência médico-sanitária integral e pelo nível de saúde de uma população claramente definida.
- Atingir a auto suficiência administrativa o mais próximo possível da execução das atividades fim, para garantir a agilização funcional proposta.
- Atingir a auto suficiência técnico-administrativa ao nível de cada Região de Saúde de maneira a garantir os recursos médico-sanitários suficientes, em qualidade e quantidade, para o atendimento de todas as necessidades de saúde.
- Garantir uma programação de assistência médico-sanitária única na Região e comum a todas as Regiões.
- Garantir o máximo de capacidade resolutive a cada nível da hierarquização proposta.
- Atribuir poderes a Região de Saúde para gerenciar todas os recursos financeiros públicos existentes e utilizados nos serviços de

saúde da Região.

A organização e regionalização dos serviços de saúde dentro do novo modelo de assistência está estruturada em Módulos. As áreas e Regiões de Saúde:

a) - Módulo de Saúde

O Módulo de Saúde, em sua concepção teórica, seria composto por um Hospital Geral e várias UBS prestando serviços de saúde a populações que variariam entre 100 a 300 mil habitantes. Em função dos equipamentos hospitalares já existentes, os Módulos poderão conter mais de um Hospital Geral, articulados entre si e com as UBS para atender grupos de população do tamanho acima mencionado.

O Diretor do Módulo deverá coordenar todos os serviços de saúde prestados tanto pelos hospitais gerais quanto pelas UBS, assim como responder pelos atos administrativos, pela capacitação do pessoal e pela avaliação do funcionamento e entrosamento das unidades que compõem o Módulo.

Para garantir a auto-suficiência do Módulo, este deverá ser uma Unidade de Despesa (conforme atual diretriz orçamentária), o que, possibilitará a alocação de recurso financeiro (exceto gastos de capital) próprio que permitirá atingir os princípios de autonomia anteriormente mencionados. Sua estrutura deverá conter todos os serviços de administração necessários, a saber: pessoal, serviços gerais, finanças e material.

Tendo em vista a importância da reposição e capacitação de pessoal para manter a funcionalidade dos serviços, o Módulo deverá contar com estrutura que permita executar a admissão, capacitação e aprimoramento técnico do pessoal. Isto será executado nos níveis hospitalar e ambulatorial. O primeiro será restrito ao hospital geral e obedecerá as características habituais de treinamento de pessoal existente nesse nível. A capacitação de pessoal a nível ambulatorial será executada em uma das UBS do Módulo, a qual terá um número maior de profissionais em serviço que conciliará as atividades de execução de serviços e capacitação de pessoal

para as demais UBS do Módulo.

Considerando-se as características dinâmicas propostas para o Módulo, esta função de capacitação não será especificada para determinados profissionais não envolvidos com a execução das atividades, mas sim será desenvolvida pela própria equipe executora das atividades a qual estará sempre integrando a prática com a teoria e a execução com a capacitação.

A sistemática de avaliação do funcionamento do Módulo visará a detecção de problemas operacionais a fim de desencadear procedimentos de capacitação e/ou supervisão técnica/administrativa do pessoal, bem como as demais medidas administrativas.

Para tanto, definir-se-á um sistema de informação com a finalidade de permitir um controle periódico de pessoal e da produção das atividades finais, complementado por informações sobre utilização dos serviços pela clientela.

Faz-se necessário estabelecer e exercer vigilância contínua sobre as manifestações da clientela frente aos serviços oferecidos. Assim, sugere-se que um dos mecanismos de avaliação dos serviços pela clientela seja o direito à filiação por livre escolha à qualquer UBS do Módulo, que sendo convergente, deverá levar a que cada UBS atenda a população de sua área de influência, que ela ficará vinculada.

O sistema de informação gerará e encaminhará ao diretor do Módulo uma visão funcional dos serviços a fim de garantir o atendimento da demanda e a resolução dos problemas médicos sanitários básicos apresentados pela população e passíveis de solução com os equipamentos disponíveis. Dessa maneira poder-se-á tomar providências administrativas imediatas e acionar a capacitação de pessoal e/ou supervisão técnica administrativa. Essa última será desencadeada pelo diretor do Módulo por solicitação própria da UBS, ou a partir da identificação de problemas graças ao sistema de informação.

A equipe técnica administrativa do Módulo será com

posta pelo gerente do Módulo que terá sob sua subordinação 3 diretores de serviços, a saber: o de serviços internos (hospitalização), o de serviços externos (ambulatório e UBS) e o de administração. As chefias das UBS ficarão subordinadas à diretoria de serviços externos.

Nos Módulos de saúde que não contarem com hospital público, persistirá a função do diretor de serviços internos (hospitalização) cuja função será essencialmente de coordenação e fiscalização das atividades hospitalares desenvolvidas pelos hospitais privados.

b) - Área de Saúde

A Área de saúde será composta por um conjunto de Módulos; constituída de Hospitais Gerais e UBS, fornecendo serviços a grupos de população cujo tamanho inicialmente variará de 100 a 700 mil habitantes, com uma média em torno de 380.000 habitantes.

A preocupação principal da área será a avaliação do impacto das ações de saúde desenvolvidas pelos Módulos sobre as características de morbi-mortalidade, vigilância epidemiológica e as incidências, prevalências e letalidade dos problemas de saúde apresentados. Do ponto de vista administrativo, a preocupação será a de identificar o sistema de referência/contra-referência entre os pacientes atendidos no Módulo e o atendimento especializado, nos ambulatórios e hospitais de base ou especializados.

A vigilância epidemiológica será executada essencialmente pela Área, no entanto, dependendo da incidência das doenças e as características de intervenção necessárias, poder-se-á de terminar que as ações sejam executadas pelo Módulo ou mesmo pela Região.

A Área receberá periodicamente alguns dados de produção que permitirão acompanhamento da tendência do atendimento fornecido pelas unidades.

Em termos de pessoal necessário para garantir as ati

vidades a serem desenvolvidas pelas Áreas, visto que sua função principal é o acompanhamento e a avaliação técnica das atividades desenvolvidas por seus Módulos, a equipe da área será composta por médico-sanitarista, epidemiologista, sociólogo, estatístico e pessoal auxiliar necessário.

c) - Região de Saúde

A Região de Saúde será composta por um conjunto de Áreas de Saúde englobando suas UBS e Hospitais Gerais, um a dois ambulatórios de especialidades médicas e um hospital de base. Em algumas Regiões haverá ainda hospitais especializados.

A Região de Saúde abrangerá uma população de no mínimo 500.000 habitantes e no máximo de 2.500.000 habitantes.

Ao nível de Região de Saúde atingirá a auto-suficiência no atendimento médico sanitário da população, de tal maneira a garantir a toda clientela o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, possibilitando a resolução de qualquer problema de saúde dentro do conhecimento científico e recursos tecnológicos atualmente disponíveis. Assim a Região de Saúde, além de garantir o nível de atendimento médico até o Hospital de Base, terá a função de propiciar a utilização, pela clientela, dos recursos disponíveis em hospitais especializados, mesmo que esses se encontrem geograficamente localizados em outras Regiões de Saúde.

Considerando-se os diferentes níveis de auto-suficiência proposto para os Módulos e Regiões de Saúde caberá a essa última garantir a sistematização do fluxo da clientela entre os serviços básicos prestados a nível de Módulo e os Ambulatórios Especializados, Hospital de Base e Hospitais Especializados coordenados e/ou administrados pela Região de Saúde. (Anexo L)

Os Hospitais Especializados, aqueles que atendem uma única especialidade médica e dispõem do máximo recurso tecnológico do setor, serão a retarguarda hospitalar necessárias para a referência de casos de sua especialidade. A regionalização destes obedecerá critérios funcionais e não geográficos, assim eles poderão aten

der a clientela das diferentes regiões da Grande São Paulo.

A Região de Saúde terá como função garantir o adequado entrosamento entre as instituições responsáveis pelos serviços públicos de saúde e elaborar técnica e administrativamente o plano de saúde da Região.

As informações necessárias pela Região de Saúde serão as referentes a indicadores de saúde, demográficos, de saneamento, de habitação, distribuição de renda, etc., que serão complementadas por informações providas dos Módulos e das Áreas de Saúde referentes ao funcionamento da rede de serviços tanto nos seus aspectos técnicos, como administrativos.

Tendo em vista as características de planejamento e o nível de decisão da região há necessidade de uma coordenação por um grupo gestor composto por representantes das 3 principais instituições públicas responsáveis pelos serviços de saúde - INAMPS, Secretaria de Saúde e Secretaria de Higiene do Município. Esse grupo indicará um superintendente executivo responsável técnica e administrativamente pela Região.

Devido as funções de planejamento e execução a serem desenvolvidas pela Região de Saúde esta necessitará de uma estrutura técnico-administrativa capaz de executar e acompanhar o plano de saúde, principalmente nos aspectos de investimento de capital e expansão dos serviços de saúde.

A equipe técnica da Região de Saúde para a execução dessas funções deverá contar com Médico Sanitarista, Economistas, Demógrafos, Administradores e outros profissionais.

IV.3 - REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A regionalização proposta partiu da análise dos diversos critérios de regionalização hoje existentes. Em princípio, considerou-se as divisões dos serviços de saúde adotados pelo Estado, INAMPS e por cada município, especialmente para o caso do município de São Paulo. Para a maioria dos municípios, a extensão territorial

não justifica sub-divisões; para São Paulo, a Prefeitura adota uma divisão em 17 regionais administrativas que são grupados em 5 regionais Municipais de Saúde. A regionalização estadual da área metropolitana se apresenta distinta dependendo de quem a utiliza: existe a divisão em distritos de paz que são agrupados de uma forma para atender a Secretaria de Educação, de outra para atender a Secretaria da Saúde e de outra para atender outros objetivos. O INAMPS, por sua vez, possui 7 agências vinculadas a: município de São Paulo, Mogi das Cruzes, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Osasco e Guarulhos.

A regionalização da Grande São Paulo definida para o projeto, e que pode vir a ser modificada à medida que sejam detalhadas novas áreas para implantação, dividiu a RMSF em 34 Áreas de Saúde agrupadas em 9 Regiões de Saúde segundo tamanho da população, homogeneidade de características físicas e sócio-econômicas, e disponibilidade de equipamento de nível terciário de maior complexidade.

Em princípio, cada Área de Saúde compõe-se de um conjunto de Módulos, no mínimo 1 e no máximo 6, congregando em média 370.000 habitantes. As 5 Regiões contidas no município de São Paulo, são compostas por 18 Áreas que variam de 180.000 a 702.000 habitantes, com uma média de 470.000 habitantes. Cada uma dessas áreas estará articulando entre 4 a 38 UBS integradas com hospitais gerais em Módulos de Saúde.

Para os demais municípios da Grande São Paulo, propõe-se a divisão em 4 Regiões de Saúde, compostas por 16 Áreas que variam de 90.000 a 430.000 habitantes, com uma média de 230.000 habitantes. Estas áreas estarão articulando de 8 a 31 UBS cada uma, onde boa parte das Unidades básicas serão de pequeno porte tendo em vista a baixa densidade populacional em várias áreas. (Anexo B)

IV.4 - GERÊNCIA E ADMINISTRAÇÃO

Por envolver os serviços próprios do INAMPS, os serviços dos Centros de Saúde e dos hospitais do Estado, os serviços dos Pos

tos de Saúde e dos Hospitais das Prefeituras e rede privada de serviços, o novo modelo pressupõe um esforço de integração interinstitucional no início de sua implantação, que deverá se intensificar à medida em que o projeto seja operacionalizado até que a total integração possa ocorrer com todos os serviços administrados por uma única esfera.

Essa integração, além de ser paulatina, deverá ocorrer com referência a diferentes componentes do projeto. Assim, admiti-se um processo integrativo relativo a:

- planejamento dos programas
- execução dos serviços
- controle e avaliação
- equipamento e pessoal
- financiamento

No momento de sua implantação, o projeto contará com alguma integração interinstitucional referente a planejamento, execução, controle e financiamento. Isto significa que, apesar de o equipamento e os recursos humanos continuarem vinculados a suas respectivas instituições, os serviços prestados serão uniformizados de forma que unidades de mesmo nível prestam o mesmo tipo de atendimento independentemente da instituição a que pertençam. O planejamento e a avaliação dos serviços assim prestados serão efetuados pelos Conselhos Regionais de Saúde, que serão compostos por elementos indicados pela Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Higiene e Superintendência Regional do INAMPS em São Paulo.

As decisões tomadas pelos Conselhos Regionais de Saúde estarão sendo continuamente alimentadas por estudos globais realizados pelas Gerências das Áreas de Saúde e pelas Diretorias de Módulos, com a participação de representantes da própria comunidade, por meio de comissões e grupos de trabalho.

Finalmente, a participação financeira de Municípios e Governo Federal para a operação do novo sistema metropolitano de Saú

de deverá se efetivar a partir da celebração de convênios entre o INAMPS e a Secretaria de Estado da Saúde e entre esta e as Secretarias Municipais de Higiene, de forma a colocar o Fundo Estadual de Saúde como grande receptor dos recursos financeiros dos três níveis institucionais a partir do qual seriam realocados os recursos para os diversos serviços do Sistema.

O formato específico com que as diversas integrações se processarão poderá variar, dependendo do momento e do lugar onde o projeto for sendo implantado e será examinado em maior detalhe para cada fase e para cada área do projeto.

Um problema é parte na integração dos serviços e das instituições refere-se às possibilidades de se utilizar os hospitais privados para a referência e contra-referência de pacientes. Essa integração será experimentada de forma cuidadosa em uma Área de Saúde.

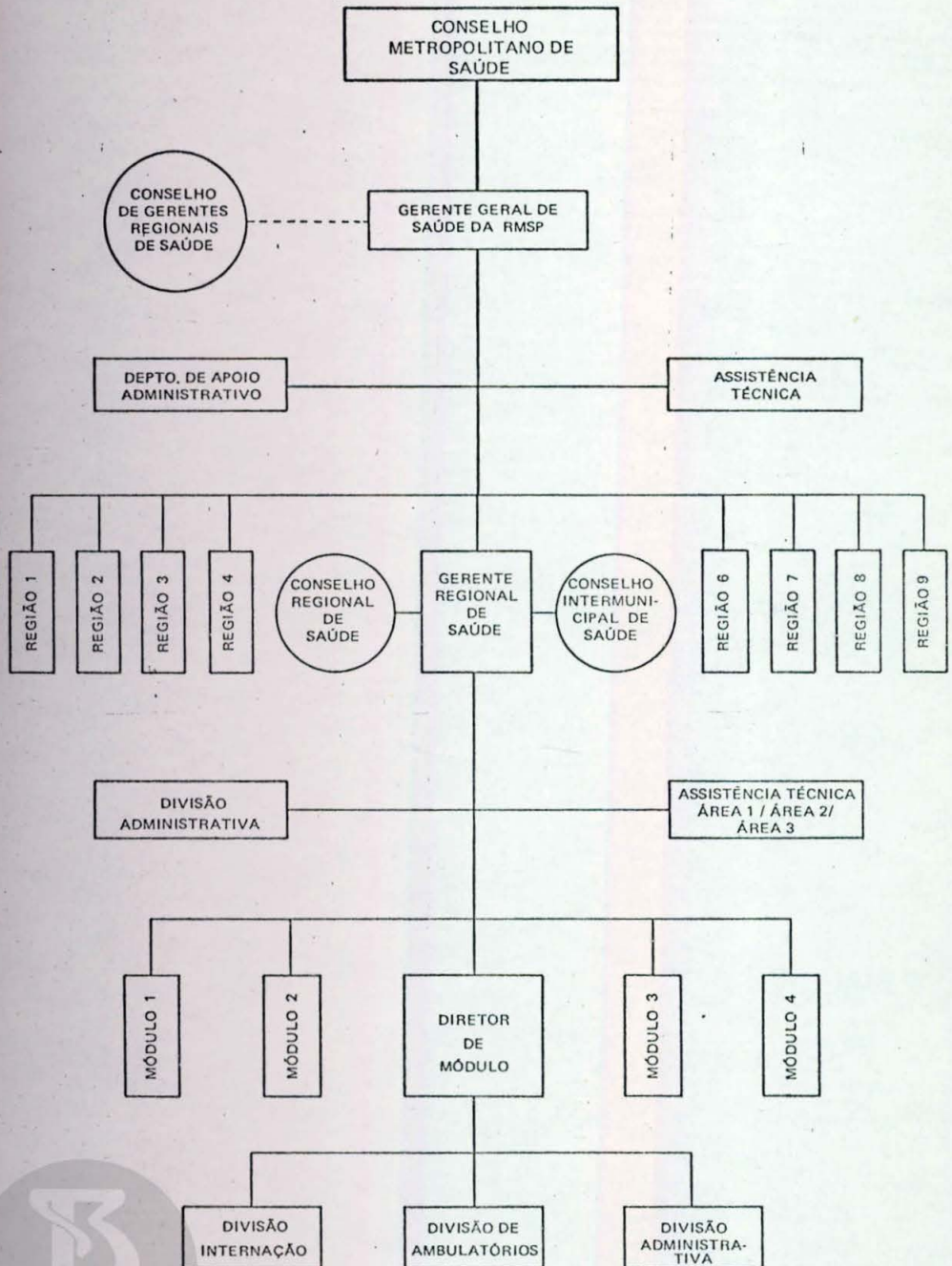
A proposta de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, constituído por serviços de diferentes instituições e em diferentes níveis implica na formulação de um modelo de gerência e administração realmente inovador. (Gráfico 1)

Além da problemática da integração interinstitucional, a busca de uma maior racionalização e eficiência na produção de serviços e alocação de recursos obriga a que se faça planejamento, supervisão e avaliação em diversos níveis.

A gerência do novo modelo de assistência proposto para a RMSP será de responsabilidade de um conselho Metropolitano de Saúde que terá as seguinte constituição:

- 1- Secretário de Saúde do Estado
- 2- Superintendente Regional do INAMPS
- 3- Delegado Federal de Saúde em São Paulo
- 4- Secretário de Higiene e Saúde do Município de São Paulo

ORGANOGRAMA DA PROPOSTA DE GERÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE DA R.M.S.P.



- 5- Quatro secretários municipais de saúde, sendo 1 representante de cada uma das Regiões Norte, Sul, Leste, Oeste da Grande São Paulo, eleitos pelos municípios das respectivas regiões.

O.C.M.S terá as seguintes funções:

- 1- Indicar o gerente geral de saúde da RMSP
- 2- Traçar as diretrizes políticas de saúde para a RMSP
- 3- Aprovar os planos de investimento e custeio
- 4- Firmar acordos e convênios
- 5- Designar os gerentes das regiões de saúde da RMSP

As atividades executivas do CMS será exercida pelo Gerente Geral de Saúde da RMSP que terá as seguintes funções:

- 91
- 1- Gerência Geral do Sistema Metropolitano de Saúde (SMS)
 - 2- Coordenação do Conselho de Gerentes das 9 Regiões de Saúde
 - 3- Avaliação do desempenho da R.S.
 - 4- Elaborar a partir dos planos da R.S. e em conjunto com as assessorias de planejamento das mesmas o Plano Metropolitano de Saúde.
 - 5- Submeter ao CMS os planos e relatórios de avaliação do SMS.
 - 6- Submeter a aprovação do CMS os nomes indicados para gerência da Região de Saúde.

Cada Região de Saúde deverá ter um gerente regional com as seguintes funções:

- 1- Gerência Geral da Região de Saúde
- 2- Coordenação do Conselho de Diretores de Módulo
- 3- Avaliação do desempenho dos Módulos por Áreas de Saúde
- 4- Integrar o Conselho de Gerentes da Região de Saúde

- 5- Coordenar o sistema de referência e contra referência de sua região
- 6- Elaborar a partir dos planos dos Módulos de Saúde, com apoio das equipes técnicas das Áreas e Módulos o Plano Regional de Saúde (PRS)
- 7- Elaborar e administrar o orçamento da Região de Saúde
- 8- Submeter o Plano Regional de Saúde e orçamento ao Gerente Geral de Saúde da RMSP.

Para desempenho das funções de apoio administrativo referente a pessoal, material, transportes, etc., a Região como um todo contará com as equipes técnicas correspondentes.

Para desempenho das funções de planejamento, avaliação, vigilância epidemiológica a Região de Saúde será dividida em áreas de Saúde dotadas de equipes técnicas que funcionarão como assessoras do Gerente da Região de Saúde.

A gerência dos serviços de saúde na RMSP contará ainda com 4 tipos de conselhos:

a) Conselho de gerentes regionais de saúde integrado pelos gerentes das 9 regiões de saúde e presidido pelo gerente geral de saúde da RMSP, tendo por finalidade deliberar sobre os planos para RMSP e auxiliar o gerente geral de saúde na coordenação do SMS.

b) Conselhos intermunicipais de saúde - em cada uma das 4 Regiões de Saúde das quais não faz parte o município de São Paulo existirá um Conselho intermunicipal de saúde composto pelos secretários municipais de saúde da região e pelo gerente regional de saúde com a finalidade de garantir a participação na elaboração e acompanhamento do plano regional de saúde.

c) Conselho Regional de Saúde - integrado pelos Diretores de Módulos, pelos Diretores das Áreas e pelo Gerente Regional de Saúde, são a presidência deste último, tendo por finalidade auxiliar o Gerente Regional na coordenação dos serviços de saúde da Re

gião e deliberando sobre os planos de saúde propostos para a mesma.

d) Conselho de Diretores de Módulos de Saúde - integrado pelos Diretores dos Módulos de Saúde, pelo Diretor da Área, presidido por este último, tendo por finalidade auxiliar o Diretor da Área na coordenação dos serviços de saúde da mesma e deliberando sobre os planos de saúde propostos.

IV.5 - RECURSOS HUMANOS

O desenvolvimento dos Recursos Humanos alocados no Projeto é considerado como estratégia prioritária para alcance de seus objetivos.

Com essa finalidade, está prevista uma série de atividades a serem desenvolvidas pelos vários níveis do Sistema e Coordenadas pelo Centro de Recursos Humanos.

Como funções básicas desse Centro poderemos citar a definição da Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Projeto e o entrelaçamento dessa Política com diferentes aspectos relativos à satisfação e manutenção do pessoal, como por exemplo, carreiras, planos de salários e outros. Além disso, caberá ao Centro manter contato com as Instituições formadoras de pessoal, visando fornecer subsídios do organismo prestador de serviços para as necessárias adaptações curriculares.

A estrutura do Centro, localizado a nível central de Coordenação do Projeto e suas relações funcionais com os diferentes níveis hierárquicos do Projeto serão definidos na medida em que seja explicitada a composição da Gerência dos referidos níveis.

O Centro de Recursos Humanos terá como funções:

1) Planejamento e Controle:

a- elaboração de matrizes operacionais para dimensionamento de R.H., a partir de subsídios fornecidos pelas Regiões;

b- caracterização dos estoques de R.H.,

c- projeções da demanda e da oferta de R.H.;

d- definição de perfis profissionais, a partir dos subsídios oferecidos pelos diferentes níveis;

e- estudo do impacto de modificações tecnológicas sobre os R.H.;

f- censos;

g- pesquisas de imagem da profissão:

h- pesquisas junto a candidatos a cargos ou funções no Projeto;

i- estudos sobre "turn over"

j- pesquisas salariais;

l- definição de políticas de R.H. quanto a:

- dimensionamento;
- remanejamento;
- recrutamento;
- seleção;
- estágios;
- formação, treinamento, aperfeiçoamento e especialização;
- salários;

m- assessoramento em programações;

n- manutenção de intercâmbio com instituições responsáveis pela formação e capacitação de R.H.;

o- coordenação da demanda para treinamento extra-institucional;

p- estudos visando a validação da capacidade profissionalizante (pessoal nível médio e elementar) usando a flexibilidade proporcionada pelo ensino supletivo;

q- estímulo à complementação da formação profissionalizante através do cumprimento das exigências da educação geral por via supletiva.

2) Classificação de Cargos e Administração Salarial

. definição de carreiras, incluindo:

- definição de atribuições;
- critérios de escalonamento das classes;
- critérios de promoção e acesso;
- requisitos básicos para ingresso;
- condições especiais de trabalho;
- níveis de remuneração adequados para cada classe.

As funções executivas relativas a Política de Recursos Humanos aos níveis de Região, Área e Módulo de Saúde deverão ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes do centro de Recursos Humanos, pelo pessoal envolvido diretamente com as atividades de cada nível, quais sejam:

1) Recrutamento, Seleção e Colocação

Com a indicação dos profissionais encarregados de cada uma das atividades dos diferentes serviços do Projeto foi possível elaborar as matrizes ocupacionais das diferentes unidades e assim dimensionar os recursos humanos necessários, quanto à sua denominação e quantidade. Baseado na matriz ocupacional examinar-se-á a descrição de cada cargo ou categoria, de forma analítica, a escolaridade, os requisitos legais e formais, o nível de remuneração, o local e as condições de trabalho, e enumerar-se-á, por blocos, as atribuições gerais e específicas de cada elemento, permitindo assim obter-se o perfil do profissional desejado, as condições para seu recrutamento, os subsídios para sua seleção, e a indicação do conteúdo de seu treinamento e/ou reciclagem.

Considerando-se que o principal entrave para um adequado recrutamento de pessoal é o nível de remuneração urgente na Administração Pública Estadual faz-se necessário um reestudo desta situação tendo sido proposto novos níveis de remuneração condizentes com o mercado de trabalho e possibilidades administrativas de execução dentro do setor público (anexo M). Assim, para algumas categorias profissionais, em que há uma grande defasagem no nível de remuneração, em relação ao mercado de trabalho, é proposto, além do aumento dos salários, a figura de complementação salarial como forma de fixar o funcionário em determinadas áreas, incentivar o profissional ao exercício de determinadas funções ou oferecer melhor retribuição, tendo em vista: o local de seu exercício, os modos e meios de sua execução ou os fins a que se propõe. (anexo N)

O recrutamento do pessoal, de um modo geral, mais particularmente para as UBS e em especial, com relação ao pessoal auxiliar, deverá ser feito nas próprias áreas de influência das unidades. Assim ocorrendo, teremos funcionários com maior facilidade de interação com a clientela, podendo contribuir para que a equipe conheça melhor a realidade de área e que, ao invés de simples servidores se tornem verdadeiros agentes de transformação da situação de saúde das comunidades.

As carreiras profissionais, como qualquer outro elemento da política de recursos humanos, só fazem sentido quando integradas a uma política salarial obletiva, com a garantia e a igualdade de oportunidades de aperfeiçoamento ou capacitação.

Faz-se, portanto, necessário a definição de carreiras para as várias categorias profissionais envolvidas no Projeto.

2) Formação, treinamento e aperfeiçoamento

O processo de treinamento de pessoal tem como objetivos: garantir o atendimento integral às necessidades de saúde da população com o adequado padrão qualitativo e criar condições para a progressão e/ou acesso do pessoal nas respectivas carreiras.

Os princípios fundamentais desse processo são:

- planejamento contínuo a partir das necessidades detecta das ajustando a capacidade aos requisitos de qualidade e quantidade impostos pela dinâmica dos serviços

- trabalho permanente e articulado com o setor educacio
nal

- integração entre o ensino e a prestação de serviços de forma a atender às características funcionais do tipo de atenção em que os treinados exercerão suas atividades profissionais

- máxima utilização do pessoal empregado na prestação de serviços e apoio técnico-administrativo, como instrutores nos treina
mentos.

Podemos classificar o treinamento em 2 tipos fundamentais conforme o local onde seja operacionalizado: treinamento extra e in
tra-institucional.

Extra-institucional

Essa modalidade de treinamento será utilizada prioritaria
mente com a finalidade de especializar o profissional em áreas co
mo: Saúde Pública, Planejamento, Administração e Gerência para os
vários níveis hierárquicos do sistema e em outras áreas de interes
se para o desenvolvimento do Projeto. Essa especialização será via
bilizada através de convênios com Instituições que ofereçam esses
Cursos.

A demanda para esse treinamento será coordenada pelo Cen
tro de Recursos Humanos.

Intra-institucional

Esse tipo de treinamento reveste-se de particular interes
se por acreditarmos depender do seu êxito o cumprimento de grande
parte dos objetivos propostos para o presente Projeto.

A sistemática do treinamento intra-institucional já foi

descrita anteriormente no capítulo referente a organização e hierarquização do modelo proposto.

3) Supervisão

Caberá à supervisão verificar como estão sendo realizadas as ações e sua compatibilidade com os objetivos, (corrigir a conduta conforme o resultado observado) e reformar as outras áreas de execução e/ou mando às necessidades de correções organizacionais técnicas e/ou administrativas.

A supervisão é função inerente a qualquer processo de trabalho que se realize em base coletivas, através da divisão e integração de tarefa entre diversos profissionais.

Considerando-se a hierarquização e a organização proposta em nosso modelo, a supervisão poderá ser realizada por qualquer pessoa que mantenha funcionalmente uma ascendência técnica ou administrativa sobre outras pessoas.

Assim, deverá ser realizada rotineiramente visando garantir o funcionamento eficiente e eficaz dos serviços. Dessa maneira é esperado que o maior volume de supervisão ocorra ao nível de execução das atividades fins por ser esse o principal determinante desta atividade.

A supervisão dos níveis superiores de organização proposta (Região e Área) será desencadeada basicamente pela análise de informações para o processo de planejamento/programação/decisão e para análise qualitativa das ações ou para melhor avaliação do impacto das ações de saúde prestadas à população.

Considerando-se as características da supervisão, não haverá um corpo especializado de supervisores em qualquer um dos níveis da organização. Ela será funcionalmente exercida ao invés de estruturalmente organizada.

A supervisão será executada nos níveis de Região, A

Considerando-se as funções a serem cumpridas pelas Regiões, a supervisão exercida por esse nível em relação às Áreas e Módulos deverá estar dirigida a analisar mais detalhadamente os problemas identificados pelo sistema formal de informações indireto de acompanhamento e execução dos serviços. Da análise, realizada, decorrerão ações visando a correção dos problemas e que serão, na grande maioria, de natureza especializada, podendo chegar até ao nível local dependendo das necessidades identificadas.

A supervisão da Área deverá estar centrada em conhecer e analisar aspectos qualitativos da prestação de serviços dos Módulos e principalmente visando o impacto dessas ações na clientela. Devem portanto ser dirigidas não só aos serviços, mas englobarão necessariamente os beneficiários destes.

A supervisão ao nível dos Módulos de Saúde poderá ser executada por qualquer profissional, desde que atenda aos requisitos técnicos e/ou administrativos necessários à solução do problema apresentado ou detectado pelas Unidades. Para que as funções de execução/capacitação/supervisão possam ser executadas com êxito, o comando e a coordenação dessas funções será exercido pelo diretor do Módulo, que assim garantirá a constituição funcional das equipes e as técnicas e materiais para sua concretização.

IV.6. Informação e Avaliação

A regionalização dos serviços de saúde nas áreas de implantação do projeto exige uma redefinição do sistema de informação que deve levar em conta:

- definição das informações necessárias ao planejamento, administração e avaliação dos serviços.
- definição das fontes de dados, instrumentos de coleta, fluxos e níveis de consolidação e análise dos dados.
- análise integrada das informações técnicas e administrativas.
- adequação das informações das diferentes instituições (INAMPS, Secretaria de Estado da Saúde, Prefeitura e outras)

em um sistema único.

A redefinição do sistema de informação deve também ser compatível com as necessidades específicas das diferentes instituições e é possível que haja necessidade de ser implantado paulatinamente, adequando-se as modificações que ocorram na própria organização dos serviços. (Anexo 0)

O processo de avaliação foi subdividido nos seguintes itens:

1. Acompanhamento do Projeto com relação ao:

- contexto, isto é, acompanhamento da instalação das unidades previstas, com descrição da área geográfica servida por cada uma delas e sua caracterização sócio-demográfica, acompanhamento dos recursos humanos e materiais destinados a cada unidade e análise da sua adequação às necessidades da população, devendo também ser acompanhado a nível de Área de Saúde o processo de integração e hierarquização das diferentes instituições;

- conteúdo do projeto - acompanhamento da implantação dos programas de saúde por Área de Saúde e em cada uma delas por Unidade Básica de saúde;

- processo do projeto - acompanhamento da constituição das equipes de trabalho e da divisão interna de funções, segundo as normas de trabalho e análise do processo decisório e sua adequação ao funcionamento do projeto;

- resultado do projeto (outputs) - acompanhamento da produção de serviços conforme definição dos programas a serem desenvolvidos (indicadores de cobertura, concentração e dados que indiquem qualidade dos serviços fornecidos);

- impacto do projeto (outcome) - medido pela alteração no nível de saúde da população usando os indicadores clássicos de mensuração de nível de saúde e indicadores de uso de serviços que indentifiquem alterações no padrão de utilização do serviço de saúde pela população local.

2. Responsabilidade pela avaliação

3. Periodicidade da avaliação
4. Custos das atividades de avaliação
5. Projetos especiais de pesquisa (Estudo de Mortalidade e Inquérito Populacional). (Anexo P)

IV.7 - PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

A participação comunitária constitui um processo lento e gradativo de interação, sendo parte e consequência do amadurecimento político e do desenvolvimento social.

A descentralização das responsabilidades em saúde constitui um instrumento para a democratização das decisões no setor e para a participação efetiva e consciente das comunidades diretamente ou através de suas lideranças legítimas.

"A participação comunitária não deve se circunscrever ao âmbito local ou a medidas para granjear o apoio, a cooperação ou mesmo o trabalho adicional da população. Reconhecendo os determinantes mais gerais dos problemas locais, a participação comunitária deve representar a busca de canais de expressão para todos os setores sociais que, encontrando nos mecanismos de poder do Estado a necessária permeabilidade, poderão influir em todos os níveis de decisões(*)".

Deverá ser garantida à comunidade, independentemente de suas formas organizacionais próprias, a possibilidade de fiscalização do trabalho das UBS ou dos Hospitais.

Já há algumas experiências desenvolvidas nos Centros de Saúde da Secretaria de Saúde com os chamados Conselhos de Comunidade que são integrados por usuários do Centro, residentes em sua área de influência e que, em alguns locais foram eleitos pela pró

(*) Ministério da Saúde, Brasil, discurso no III Encontro Municipal do Setor Saúde e II Encontro Nacional Secretaria Municipal de Saúde, São José dos Campos.

pria comunidade. Idealizando-se neste conselho um representante para cada 500 ou 1.000 habitantes.

Representantes dos Conselhos de Comunidade das UBS da área de abrangências de um Módulo de Saúde poderão vir a constituir um Conselho de Comunidade do Módulo que auxilia na fiscalização do mesmo e que traga para a discussão no Conselho problemas específicos encontrados na prestação de serviços.

Espera-se que através da participação da comunidade, os líderes e a própria população se conscientizem da importância das Unidades como provedoras de cuidados primários de saúde. Com a monitorização da qualidade destes serviços pelo próprio usuário, garante-se que ele fiscalize um bem que pertence a ele mesmo e se torne um efetivo aliado da proposta de remodelação do sistema de saúde.

Para a efetiva concretização da participação comunitária nos serviços de Saúde há necessidade de se garantir também um adequado treinamento e capacitação dos profissionais de saúde das UBS e Hospitais para aceitação deste papel. (Anexo Q)

V. ÁREA DO PROJETO E DIMENSIONAMENTO DE NECESSIDADES

Com o objetivo de atender prioritariamente as áreas mais carentes da RMSP, delimitou-se primeiramente quais as áreas geográficas onde se faz mais necessária a ampliação da rede de serviços. Essa delimitação excluiu da área do Projeto a zona central do município de São Paulo^(*) e os sub-distritos de Pinheiros, Vila Madalena e Jardim América, além dos municípios de Diadema, Osasco, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, que contam com uma estrutura de saúde mais adequado do que as demais áreas da RMSP.

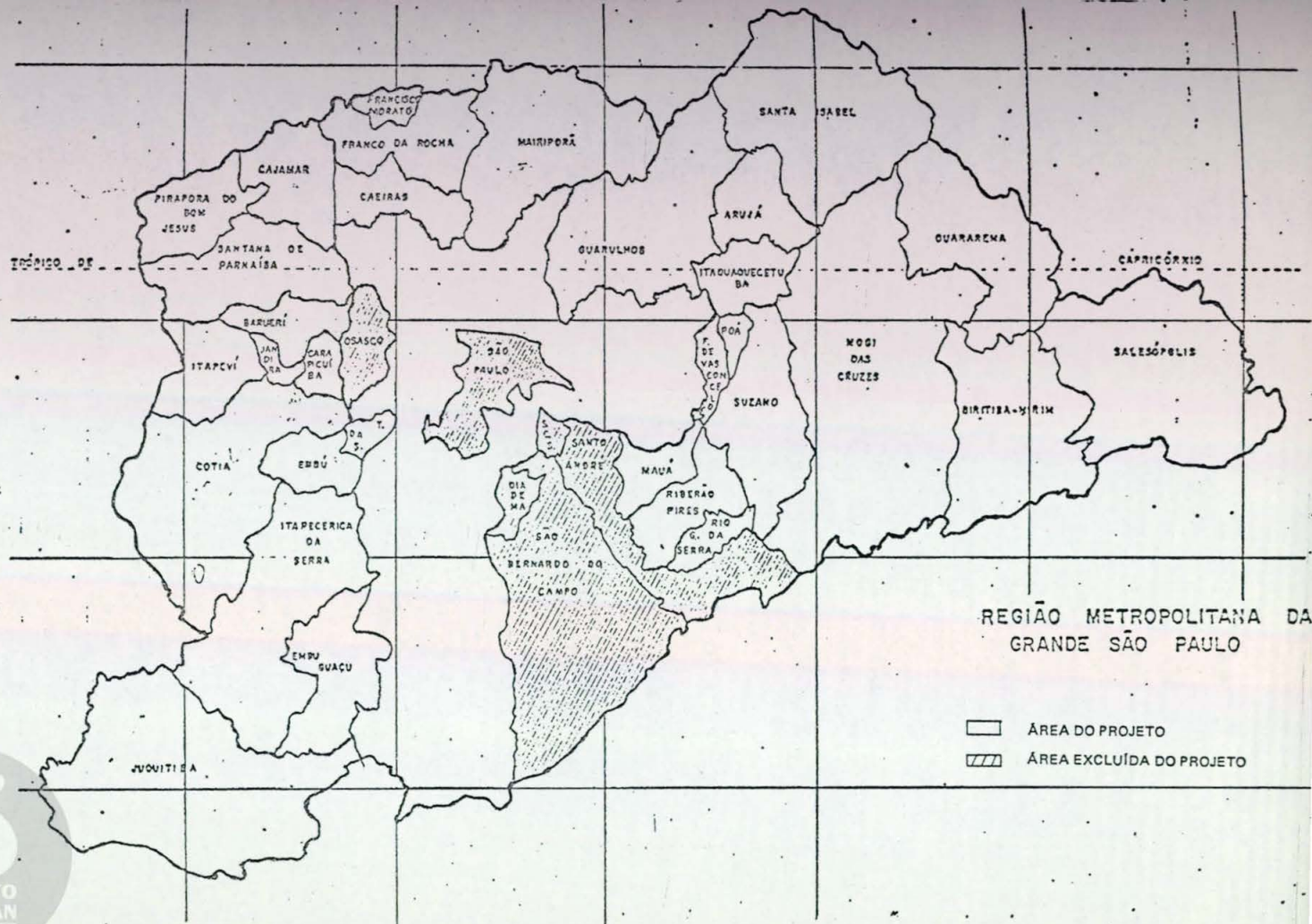
A área do Projeto, indicado no Mapa 1, abrange 16 Distritos Sanitários da Secretaria da Saúde compreendendo aproximadamente a milhões de habitantes (70% da população e 90% da área geográfica da RMSP).

Para a área do Projeto dimensionou-se a necessidade de 591 Unidades Básicas de Saúde, sendo que deste total, já se encontrava em adequadas condições físicas de funcionamento 199 Unidades. Urge, portanto, construir 392 novas Unidades Básicas de Saúde para substituir Unidades que estão funcionando sem as condições mínimas necessárias ou para suprir as áreas que no momento não dispõem de atendimento primário.

Na área de assistência hospitalar dimensionou-se uma necessidade de 6000 novos leitos gerais, adequadamente distribuído, na área periférica da RMSP.

Os Hospitais a serem construídos terão em média cerca de 150 leitos, com no mínimo 100 e no máximo 300 leitos.

(*) Zona central - conforme definição da SEPLAN.



VI - ESTIMATIVA DE CUSTOS

Basicamente, o Projeto compõe-se de duas grandes atividades: a expansão da rede física e a mudança na estrutura de serviços de saúde prestados à população.

Os recursos necessários a implantação do Projeto também poderiam ser divididos em função dos dois grupos de atividades: recursos para investimento e recursos para reorganização dos serviços.

A programação dos investimento para expansão da rede, construção dos 392 Centros de Saúde e 6000 leitos hospitalares foi estruturada em 280 milhões de dolares a serem obtidos do Governo Federal (Caixa Econômica Federal, FAS e FINSOCIAL), do tesouro do Estado e do Banco Mundial.

O custo operacional anual das 392 Unidades e dos 6000 leitos hospitalares foi estimado em 242 milhões de dolares. (Anexo R)

VII - ETAPAS DO PROJETO

Tendo em vista a dimensão de todo o Projeto de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, tanto em relação ao vulto e aos custos das obras propostas quanto em termos da necessidade de formação de recursos humanos, optou-se por dividir o Projeto em duas fases consecutivas e integradas.

Na primeira fase, seria dada ênfase a complementação do equipamento de apenas algumas Áreas de Saúde ao mesmo tempo em que se trataria da formação dos recursos humanos necessários à implantação do restante das Áreas. Simultaneamente, essa primeira fase permitirá uma avaliação dos resultados obtidos com o novo modelo de serviços de saúde em relação aos resultados esperados, o que possibilitará eventuais alterações onde for possível ou conveniente. Finalmente, durante a primeira fase, poderão ser desenvolvidos todos os estudos relativos à preparação da segunda fase.

VII.1 - SELEÇÃO DAS ÁREAS DE SAÚDE PRIORITÁRIAS

Para a identificação das Áreas que deverão compor a primeira fase do projeto, considerou-se alguns fatores básicos, entre os quais:

- priorizar Áreas onde já exista um nível de colaboração entre as instituições; de forma a permitir a experimentação do modelo organizacional proposto.
- priorizar Áreas onde, com pouco investimento em obras, se possa implantar rapidamente o modelo.
- priorizar Áreas onde se possa contar com a colaboração das Prefeituras na aquisição de terrenos, assim como no gerenciamento e administração do projeto.
- priorizar Áreas onde, pela participação comunitária, exista reivindicação popular.

Considerando-se a necessidade e a oportunidade de se avaliar o modelo proposto em Áreas com características distintas, op

tou-se por considerar alguns critérios adicionais, além dos critérios de prioridade básica na seleção das Áreas de Saúde da primeira fase:

- selecionar Áreas com diferentes densidades demográficas, tamanho de população e extensão territorial.
- selecionar algumas Áreas nas quais haverá predomínio de Hospitais Públicos e outras áreas nas quais haverá predomínio de Hospitais Privados.
- selecionar algumas Áreas dentro do Município de São Paulo e outras Áreas envolvendo outros Municípios da Região Metropolitana, compatibilizando, sempre que possível, os atuais limites das regionais e distritos.
- selecionar Áreas onde seja possível desenvolver programas de treinamento de recursos humanos ou implementar integração docente-assistencial.

A adoção destes critérios permitiu a identificação de cinco Áreas de Saúde como sendo as mais indicadas para a primeira etapa do Projeto. Nesta primeira etapa serão construídas 61 novas UBS e 1360 leitos hospitalares. Essas áreas descritas a seguir estão apresentadas na tabela 1:

- Área N-1, na Região Norte, composta pelos Municípios de Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã. Ela coincide com o atual Distrito Sanitário de Caieiras, no qual, com a construção de apenas 8 U.B.S. e a ativação de 150 leitos do Hospital Geral (Franco da Rocha) pode-se implementar, a curto prazo, o novo modelo de serviços proposto, sob controle e coordenação da Secretaria Estadual da Saúde, em integração com o INAMPS e os Municípios da Área. Fora do Município de São Paulo, essa área apresenta baixa densidade demográfica e algumas características rurais.
- Área S-6, na Região Sul, composta pelos Municípios de Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra, que hoje pertencem ao Distrito Sanitário de Santo André. Nessa área, com a construção de 5 novas UBS e o término de outras 10 UBS já iniciadas e a incorporação do

Hospital Nardini, em fase final de construção, seria possível iniciar em pouco tempo a operação de todo o sistema proposto para a área. Com características menos homogêneas que as demais Áreas, o Município de Mauá se destaca dos outros dois pela densidade demográfica significativamente superior e intensa atividade dos setores secundário e terciário.

Nessas duas áreas o atendimento primário em saúde é extremamente precário e a implantação do novo sistema, não deverá encontrar maiores resistências por parte dos usuários e dos funcionários das áreas.

Município de Cotia, na Área 0-5 da Região Oeste, que coincede com o atual Distrito Sanitário de Itapacerica da Serra onde é pequeno o equipamento adicional necessário (2 UBS e ampliação do hospital existente), para aumentar sua capacidade de treinamento de recursos humanos, dentro do Programa Docente-Assistencial ora em desenvolvimento com a participação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Fundação Kellogg.

Esse Programa Docente-Assistencial prevê sua extensão a outras áreas do atual Distrito Sanitário, tendo em vista a existência, já, de trabalho de articulação com os Municípios de Embú, Taboão da Serra e Itapacerica da Serra.

- Área SPEL-1, na Região Extremo Leste do Município de São Paulo, composta pelos Distritos de Paz de Itaquera e Guaianazes, que hoje fazem parte, por um lado, do Distrito Sanitário de São Miguel na regionalização do Estado e, por outro lado, da Regional Leste e Regional Centro Sul na regionalização da Prefeitura de São Paulo. Nessa Área, a construção de 15 UBS, a incorporação de um Hospital Municipal e a construção de mais dois Hospitais (um dos quais já com recursos previstos), permitirá a operação total do sistema de assistência. Com densidade populacional relativamente alta, essa área se caracteriza por apresentar altíssimas taxas de crescimento demográfico e por concentrar grandes contingentes cúja renda familiar é inferior a 5 salários mínimos. Nessa área, também, localiza-se um dos mais fortes núcleos de participação co

TABELA 1

RELACÃO DAS ÁREAS PRIORITÁRIAS COM AS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE EXISTENTES E PLANEJADOS

MUNICÍPIOS / DISTRITOS DAS ÁREAS	POPULAÇÃO 1980	ÁREA Km²	DENSIDADE POPULACIONAL 1980	UNIDADES SANITÁRIAS			LEITOS GERAIS			LEITOS NOVOS		TOTAL DE LEITOS		REGIÃO DE SAÚDE
				TOTAL	EXISTENTES	A CONSTRUIR	PRIVADOS	PÚBLICOS	COEF/ 1000 HAB.	CONSTRUIR/ ADQUIRIR	A SEREM INCORPORADOS	TOTAL DE LEITOS PLANEJADOS	COEF/ 1000 HAB.	
. ITAQUERA	414.589	58	7.148	29	19	10	310	-	0,74	-	-	-	-	-
. QUAJANAIS	150.366	68	2.211	11	6	5	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL ÁREA SPL-1	564.955	126	4.484	40	25	15	310	-	0,55	438	200	948	1,67	SP ENTR-ALST.
. NOSSA SENHORA DO Ó	173.970	12	14.408	11	5	6	98	-	0,56	-	-	-	-	-
. LIMÓ	86.127	6	14.354	5	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-
. CASA VERDE	110.633	7	15.805	5	2	3	130	-	1,17	-	-	-	-	-
. VILA NOVA CAHOEIRINHA	37.389	2,5	14.956	1	-	1	-	96	2,57	-	-	-	-	-
. BRASILÂNDIA	176.348	19	9.281	12	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL ÁREA SPN-2	584.475	46,5	12.616	34	14	20	228	96	0,55	600	-	828	1,41	SP NORL
SUB-TOTAL MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	1.149.430	172,5	6.663	74	39	35	538	96	0,55	1.038	200	1.776	1,54	SP
. CAIEIRAS	25.066	104,0	241	3	-	3	181	-	7,22	-	-	-	-	-
. CAJAMAR	21.951	132,0	166	2	1	1	14	-	0,64	-	-	-	-	-
. FRANCISCO MORATO	28.462	45,0	632	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-
. FRANCO DA ROCHA	50.701	143,0	354	3	1	2	-	-	-	-	150	-	-	-
. MAIRIPORÃ	27.495	307,0	90	2	1	1	63	-	2,29	-	-	-	-	-
TOTAL ÁREA N-1	153.675	731,0	210	13	4	9	258	-	1,68	-	150	408	2,26	NORTE
. RIBEIRÃO PIRES	56.263	109,0	516	5	1	4	90	-	1,60	-	-	-	-	-
. RIO GRANDE DA SERRA	20.089	33,0	609	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
. MAUA	205.817	67,0	3.072	15	5	10	346	-	1,68	222	-	-	-	-
TOTAL ÁREA S-6	282.169	209,0	1.350	21	6	15	436	-	1,55	222	-	658	2,33	SUL
COTIA	62.569	354,0	177	5	3	2	54	-	0,86	100	-	154	2,46	OESTE
TOTAL GERAL	1.934.082			113	52	61	1.286	-	-	1.360	350	2.996	1,54	

munitária que já vem colaborando com as equipes de saúde desde a época de elaboração do Projeto São Mateus.

- Área SPN-2, na Região Norte do Município de São Paulo, composta pelos Distritos de Paz de Nossa Senhora do Ó, Brasilândia, Vila Nova Cachoeirinha, Limão e Casa Verde, que coincide com o atual Distrito Sanitário de Nossa Senhora do Ó na regionalização esta dual e que faz parte da Regional Norte na divisão da Prefeitura de São Paulo. Com densidades demográficas altíssimas essa área se distingue pelo nível de integração já existente entre as diversas instituições prestadoras de serviços de saúde. Essa integração tem ocorrido especialmente sendo em função do Programa Docente-Assistencial que está sendo implantado nessa área, envolvendo a Secretaria da Saúde, a Secretaria de Higiene, o Ministério da Saúde e a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa. Contando com a maior parte do equipamento hospitalar nas mãos do setor privado, essa área permitirá uma avaliação das possibilidades efetivas de se hierarquizar o atendimento através da integração das UBS do setor público com hospitais privados conveniados com o INAMPS. Por outro lado essa Área tem todas as facilidades para se tornar excelente área para treinamento de recursos humanos. Nessa área preve-se a construção de 20 novas UBS e de 3 Hospitais Gerais para completar o equipamento básico.

Uma descrição mais detalhada de cada uma dessas Áreas é apresentada no Anexo S.

VII. 2 - GERÊNCIA E ADMINISTRAÇÃO DAS ÁREAS PRIORITÁRIAS

À Gerência do Projeto que atuará durante os 3 anos de duração do presente projeto (primeira etapa) deverá se responsabilizar pela implantação, administração e avaliação do novo modelo de assistência a saúde nas cinco áreas prioritárias e com a experiência adquirida planejar a extensão do novo modelo, ao restante da área metropolitana (gráfico 2).

Propõe-se, nessa primeira fase, a formação de um Conselho Interinstitucional integrado pelo Secretário Estadual da Saúde, Superintendente Regional do INAMPS e Secretário de Higiene e Saúde do Município de São Paulo. Serão funções deste Conselho:

1. indicar o gerente geral do Projeto;
2. traçar as diretrizes políticas do Projeto;
3. aprovar os planos investimento e custeio;
4. firmar acordos e convênios;
5. designar os técnicos que comporão a unidade de gerência.

- Unidade de Gerência

Constituída por uma equipe multiprofissional indicada pelo Gerente Geral e aprovada pelo Conselho Interinstitucional tem por funções:

1. Assessorar o Gerente Geral
2. Elaborar plano global do projeto em conjunto com os gerentes das Áreas Prioritárias por eles formuladas para as respectivas áreas.
3. Assessorar os gerentes das Áreas Prioritárias.
4. Elaborar, a partir da avaliação da 1ª fase do projeto o Plano de Saúde o restante da área metropolitana.

A unidade de gerência deve dispor de Orçamento próprio e contar com uma equipe multidisciplinar, atuando em tempo integral, composta por: médicos, médicos sanitарistas, epidemiologista, enfermeiras, economistas, estatísticos etc.

O Gerente Geral do Projeto, atuando em tempo integral, com sólidos conhecimentos e grande experiência em Administração de Saúde teria como funções:

1. Gerência Geral do Projeto.
2. Coordenação do Conselho de Gerentes das cinco áreas prioritárias.
3. Avaliação do desempenho das cinco áreas prioritárias.
4. Elaborar o plano global do Projeto a partir dos planos das áreas e com apoio da U.G.

5. Submeter ao Conselho Interinstitucional os planos e relatórios de avaliação do Projeto.

6. Submeter a aprovação do C.I. os nomes indicados para a gerência das áreas.

7. Aprovar os nomes indicados pela gerência das áreas pa
ra direção dos módulos.

Os Gerentes das Áreas Prioritárias, atuando em tempo inte
gral com sólidos conhecimentos e experiência em Administração de
Saúde. Terão as seguintes funções:

1. Gerência Geral da Área.

2. Coordenação dos conselhos de diretores de módulos.

3. Avaliação de desempenho de cada um dos módulos.

4. Submeter a aprovação do gerente geral os nomes indica
dos para diretores de módulos.

5. Integrar o Conselho de Gerente de Área.

6. Coordenar o sistema de referência e contra referência
que ultrapasse os limites geográficos das áreas.

7. Elaborar, a partir dos módulos o plano de saúde da
área.

8. Elaborar e administrar o orçamento próprio da área.

Os diretores dos módulos, atuando em tempo integral, com
bons conhecimentos de administração hospitalar e Unidades Básicas
de Saúde, terão as seguintes funções:

1. Gerência do módulo.

2. Elaborar anualmente o plano de saúde do módulo e subme
te-lo a gerência da área.

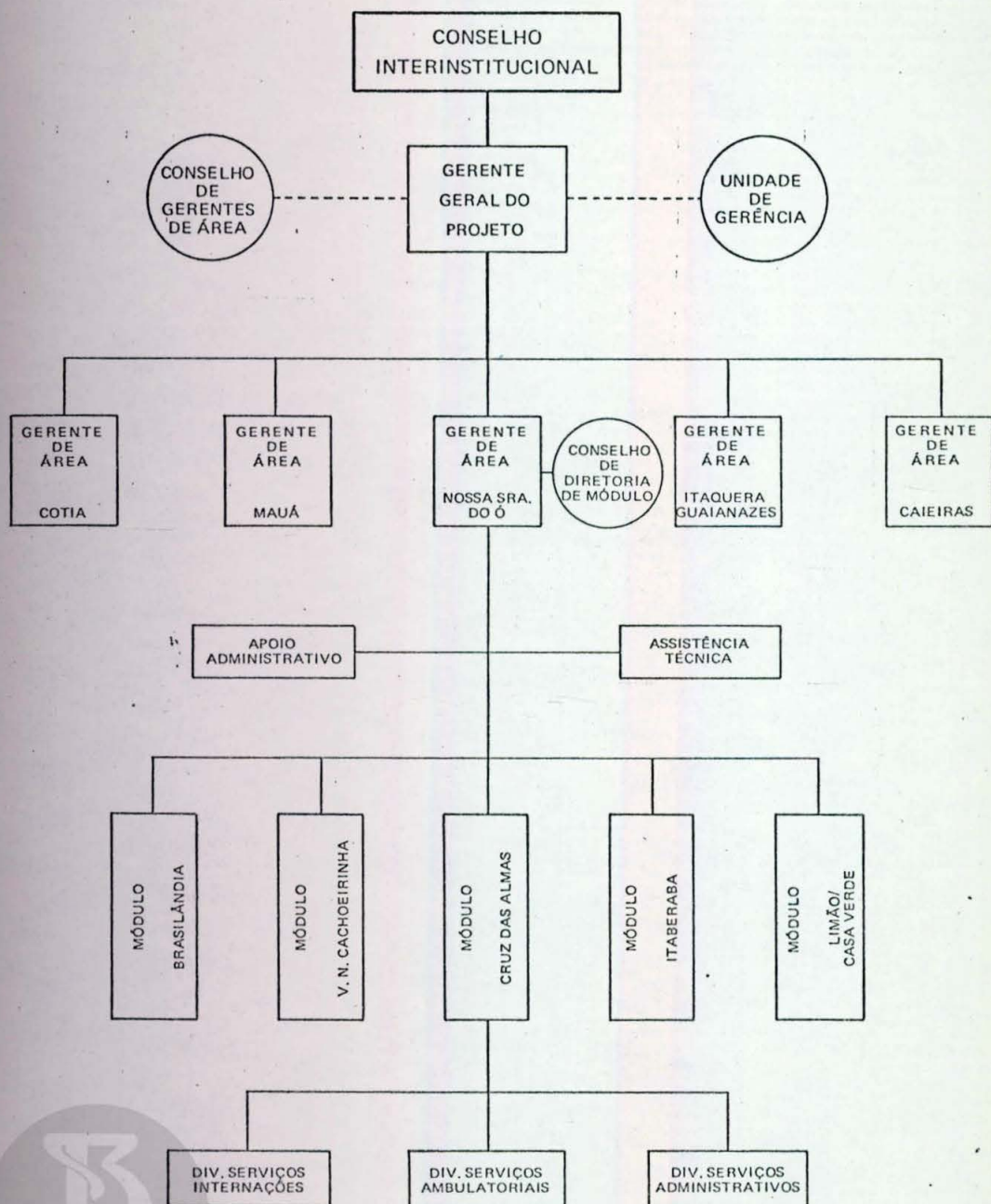
3. Integrar o conselho de diretores de modulo.

4. Coordenar os serviços ambulatoriais (UBS), de interna
ção e de apoio administrativo.

5. Administrar o orçamento próprio do módulo.

6. Assegurar os recursos humanos e materiais necessários

ORGANOGRAMA DA PROPOSTA DE GERÊNCIA DO PROJETO



Essas fases não seguem obrigatoriamente uma sequência, uma vez que cada equipe de instrutores preparada (5 de cada vez) em Cotia e Nossa Senhora do Ó irá para sua Área e/ou Módulo desenvolver ao nível local o treinamento proposto.

Como complementação a essas etapas, serão desenvolvidos, em Cotia, Nossa Senhora do Ó e ao nível dos Módulos, seminários que permitirão a avaliação e realimentação do sistema.

A capacitação de pessoal dos diferentes níveis, o cronograma destes e os custos dessa 1ª fase estão detalhados no Anexo T.

VII.4 - ESTIMATIVAS DE CUSTOS DA 1ª FASE DO PROJETO

Os custos da 1ª fase do Projeto foram estruturados com base às informações existentes. Os custos básicos foram corrigidos de acordo com as novas características dos serviços a serem prestados.

As bases para o cálculo de custos foram:

a) Investimentos

Utilizou-se o preço do metro quadrado de construção fornecido pelo Departamento de Obras Públicas do Estado de São Paulo, para o cálculo do custo da construção civil de UBS e considerando-se as características dos serviços oferecidos na UBS os equipamentos correspondem a aproximadamente 10% do custo da construção civil.

Os custos de instrumento para os Hospitais do Projeto foram definidos por aproximações globais, sendo que o item equipamentos corresponde a 60% do custo das obras civis.

O estoque apropriado para início das operações dos serviços foi definido como de 3 meses de operação.

b) Operação

O custo de materiais para a UBS foi calculado baseado em

informações existentes no Sistema de Informações de Materiais e Medicamentos da Secretaria da Saúde. Para os gastos com utilidade pública foi estimado 20% sobre o total e para a manutenção do prédio foi atribuído um valor de 1% sobre o valor da construção para o 1º ano e 2% para os anos subsequentes.

O custo do leito/ano dos Hospitais de 1ª fase do projeto foi estimado em Cr\$ 5.000.000,00 correspondendo a 70% para pessoal, 15% para materiais e 15% para serviços.

O custo da 1ª fase do Projeto para os 3 primeiros anos é de Cr\$ 20.787.502.365,00 (vinte bilhões, setecentos e oitenta e sete milhões, quinhentos e dois mil, trezentos e sessenta e cinco cruzeiros) equivalente a US\$ 87.710.983,00 (oitenta e sete milhões, setecentos e dez mil, novecentos e oitenta e três dólares) (*).

As estimativas de custo estão detalhadas no Anexo U.

(*) Cambio do Dolar = Cr\$ 237,00.