

PROGRAMA METROPOLITANO DE SAÚDE



APRESENTAÇÃO

A Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde detectou, desde o início de suas atividades, a necessidade de criação de instrumentos de comunicação que apresentassem, à área de saúde, as iniciativas que vêm sendo levadas a cabo pelo setor público e que, ao mesmo tempo, constituíssem um espaço democrático para o debate das diferentes propostas e sugestões emergentes nessa área de atuação.

A idéia de editar uma revista periódica vem-se firmando como uma das alternativas adequadas para atingir os objetivos, tanto de informação, como de promoção do debate sobre os problemas do atendimento à saúde de nossa população.

Nesta edição especial optou-se pela apresentação do Programa, suas metas, propostas e estratégias de implantação, além de algumas atividades que já vêm sendo realizadas no decorrer destes últimos três anos.



Governo Democrático de São Paulo
Governador: Dr. André Franco Montoro

Secretaria de Estado da Saúde
Secretário: Dr. João Yunes

Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde
Coordenador: Dr. Nelson Ibañez

Equipe Técnica da CPMS

- Ana Luiza Viana
- Eduardo Nakamura
- José Carlos Barreiro
- Marcos Paulo Fonseca Corvino
- Osvaldo Antonio Donnini
- Paulo Luiz Ferreira
- Sérgio Carlos Dompieri
- Vera Maria Pereira Marinho

Equipe Técnica do Instituto de Saúde

- Berenice dos Santos Marques
- Danaé P.N. Conversani
- Magali de Araújo
- Maria Cecília Furtado Rodrigues

Projeto Gráfico

- Filomena Chiarella
- Vera Lúcia Martins Teixeira

Capa

- Filomena Chiarella

Edição de Texto

- Édison Mendes de Almeida

Produção Gráfica

- Ponto Cardinal Publicações Ltda.



■ HISTÓRICO	7
■ ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO	13
■ MODELO ASSISTENCIAL	23
■ RECURSOS HUMANOS	29



A Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo iniciou em 1979 a elaboração de um projeto de reestruturação da rede básica de saúde, definindo a Região Metropolitana de São Paulo como a mais carente de serviços.

A decisão se apoiou, inicialmente, na constatação, pelos técnicos das Secretarias Estadual e Municipal, das más condições de saúde das populações da periferia da Grande São Paulo; por outro lado foi uma resposta aos movimentos de moradores que, agrupados em Comissões de Saúde nos bairros e regiões, exigiam uma ação mais efetiva do governo estadual visando a construção de novos equipamentos e a melhoria do atendimento prestado.

Os primeiros levantamentos já indicavam a necessidade de um tratamento cuidadoso da situação de saúde da metrópole paulista.

O Município de São Paulo possui uma área de 1.509 km², que corresponde a 6% do território estadual, embora abrigue 34% de sua população. Acrescentem-se à grande concentração demográfica as altas taxas anuais de crescimento populacional: no período de 1960 a 1970 a taxa geométrica foi 4,8% e na década seguinte, 1970 a 1980, ficou em 3,7%. Se considerarmos a Grande São Paulo, que engloba os Municípios vizinhos, estas porcentagens crescem para, respectivamente, 5,4% e 4,5% nos mesmos períodos.

As migrações do interior do Estado e de outras regiões do país desempenham papel predominante na composição destas taxas e a ocupação do solo urbano se dá de maneira centrífuga, com os novos habitantes se instalando nas áreas periféricas da capital, sem o desejável incremento da infra-estrutura urbana.

Em oposição à forma de crescimento da cidade, a oferta de serviços de saúde parece ter sido dirigida por uma força centrípeta. Os melhores recursos médico-hospitalares estão nos bairros centrais da cidade, habitados pela população de mais alto poder aquisitivo. A título de exemplo, a oferta de leitos em hospitais gerais nessa região é

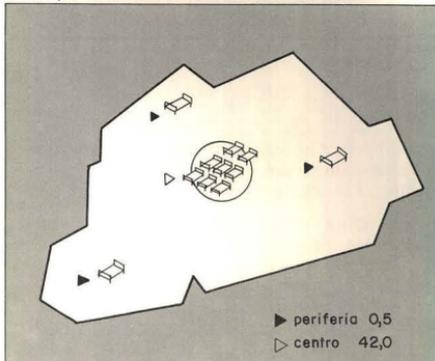


Benedito Garoto Finetto

de 42 para 1.000 habitantes, enquanto bairros da periferia, como Vila Penteado, Campo Limpo, São Miguel Paulista e Ermelino Matarazzo, apresentam um indicador menor que 0,5 leito por 1.000 habitantes. Há que se lembrar também que são várias as comunidades com mais de 300 mil habitantes que não contam com um leito sequer.

Leitos Hospitalares

Oferta por 1.000 habitantes na Grande São Paulo



Fonte: Sumário de Dados da Grande São Paulo - EMPLASA - 1982

Esta situação de profunda desigualdade salta aos olhos numa análise comparativa de outros índices. Em 1981 a taxa de mortalidade infantil na periferia da cidade foi 41% maior que na região central. O risco de morte por certas doenças que podem ser consideradas evitáveis, como as associadas ao estado nutricional, às más condições de moradia e à ausência de serviços básicos de saneamento, também é muito maior na periferia: por pneumonia 139% a mais que nas áreas centrais e, por doenças diarreicas, 98,7% maior.

MUDANÇAS À VISTA

A partir do final da década de 70 os movimentos se proliferam por quase todas as áreas periféricas da Grande São Paulo. A população de São Mateus, na Zona Leste, conseguiu realizar, em 1979, uma Assembléia Pública, com a presença de autoridades estaduais, que assumiram o compromisso de melhorar a oferta de serviços na área. Foi um marco para o movimento reivindicatório por melhores condições de saúde e levou a Secretaria Estadual da Saúde a definir a região como a sua primeira área de trabalho.

Na região de Cotia, mais uma iniciativa contribuía para o desenvolvimento de um programa de saúde para as populações das regiões periféricas. Foi implantado um novo modelo de saúde, envolvendo a Prefeitura e o Governo do Estado e também a Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, no treinamento de médicos em regime de residência — foi a primeira experiência positiva no Estado de São Paulo. Além disso foram implantados seis Centros de Saúde-Escolas na área Municipal, envolvendo os Centros de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde e as Faculdades de Medicina do Estado de São Paulo.

Paralelamente a essas iniciativas em nível local, ocorriam mudanças na política de saúde em nível federal. Na verdade os processos de reorientação do setor público (federal, estadual e municipal) têm uma origem comum: as condições de saúde da população de baixa renda pouco se modificaram, apesar do crescimento das ações de saúde implementadas pelo Sistema de Previdência, que passou a cobrir 80% da população brasileira. Isto ocorreu, em parte, por problemas de ordem institucional, como falta de integração, hierarquização e regionalização dos serviços, ociosidade dos equipamentos públicos, falta de material, etc. De outra parte temos uma série de questões que envolvem o atendimento médico da Previdência, que vão desde as suas relações com as entidades privadas, até o aspecto financeiro do Fundo de Previdência e Assistência Social.

Os poucos recursos à disposição dos órgãos da administração direta da saúde (Ministérios e Secretarias Estaduais e Municipais) completam o conjunto das causas que mantiveram o atendimento das populações mais pobres em níveis tão baixos.

A reorientação em nível federal surge com a iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e do INAMPS, que, em 1976, criam no Nordeste o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). A extensão deste programa para vários outros Estados das demais regiões do país levou a um ponderável aumento da oferta de rede básica e possibilitou a institucionalização de um primeiro instrumento de integração do trabalho das várias instâncias responsáveis pela saúde no país: o PIASS, executado pelas Secretarias Estaduais e financiado pelo Ministério da Saúde (investimento) e INAMPS (custeio parcial).

A mobilização de servidores e intelectuais da área intensifica-se, culminando, em 1980, com

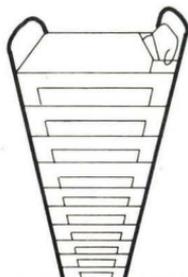
a realização da 7.ª Conferência de Saúde, em Brasília, com a participação dos Ministros da Saúde e da Previdência Social. Em pauta, a reorientação do modelo assistencial vigente no país.

Em 1982 o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) dá o segundo passo para a integração das atividades dos vários níveis de governo, criando as Ações Integradas de Saúde (AIS), como instrumento de reorganização da Assistência Médica da Previdência.

As AIS são dirigidas por Conselhos Interinstitucionais e a novidade é que elas repassam os recursos do INAMPS diretamente para os Municípios. Através delas tenta-se aumentar a participação do setor público na oferta de assistência médica, ao mesmo tempo em que se incentiva a integração de serviços, passo importante rumo a um sistema único de saúde cujas linhas, paulatinamente, se delineavam. Um exemplo desta última afirmação é o fato de as Ações Integradas de Saúde, em contato com as iniciativas em curso nos níveis Estadual e Municipal, incentivarem a adoção de modelos de saúde mais próximos do nível local.

Um levantamento realizado pela Secretaria da Saúde de São Paulo em 1980 constatara a necessidade da construção de mais 492 Centros de Saúde e mais seis mil leitos hospitalares na Região Metropolitana. A necessidade de aumentar os investimentos públicos na área da saúde levava ao início de uma série de negociações com o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Banco Mundial), visando obter os recursos necessários.

Necessidade de novos equipamentos



492 Centros de Saúde

6 000 Leitos Hospitalares

Os ingredientes estavam à disposição. As experiências de integração dos vários níveis de governo mostravam-se eficazes; a necessidade de melhoria do atendimento e de maior oferta de serviços, constatada de maneira irretorquível; a população e os profissionais de saúde estavam mobilizados e, finalmente, as possibilidades de financiamento eram animadoras. Faltava apenas a vontade que conduzisse à ação.

UM PROGRAMA TOMA FORMA

Empossado o Governo Democrático de São Paulo, Dr. João Yunes é nomeado Secretário da Saúde e põe em prática os compromissos assumidos durante a campanha eleitoral. O clima de liberdade e participação intensifica as propostas de reorientação da política de saúde em toda a Região Metropolitana.



Benedicto Garoto Fimetto

São tomadas providências práticas e imediatas. Com os recursos do Fundo de Assistência Social (FAS) são construídos 67 Centros de Saúde na área metropolitana e recuperados os leitos públicos dos hospitais do Estado; a política ambulatorial para os doentes mentais é revista e reordenada e descentralizam-se as regionais de saúde. Estas ações não podiam mais ser postergadas, mas a nova administração tinha clareza de que a melhor solução para os problemas de saúde da população Metropolitana não seria atingida sem uma profunda reestruturação de todo o serviço prestado. Era necessária uma nova política, que redirecionasse a utilização da infra-estrutura de equipamentos e recursos humanos existente e norteasse a sua ampliação.

As decisões sucedem-se rapidamente. Constituído no nível do Gabinete da Secretaria de Saúde, um grupo de técnicos elabora um

projeto chamado Programa Metropolitano de Saúde. Em 1983 o Decreto Estadual n.º 21.862 cria a Comissão do Programa Metropolitano de Saúde. Em outubro do mesmo ano um acordo assinado entre os Ministros da Saúde, da Previdência Social, o presidente do INAMPS e o Governador de São Paulo cria a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), com a incumbência de implementar uma nova política de saúde e de administração do setor no Estado de São Paulo. Esta comissão, presidida pela Secretária da Saúde de São Paulo, é composta também pelo Superintendente Regional do INAMPS e pelo Delegado do Ministério da Saúde em São Paulo.

No primeiro semestre de 1984 fica pronto o documento PMS 01/84, que descreve a implantação do Programa, em sua fase inicial, nas cinco áreas prioritizadas: Cotia, Mauá, Caieiras (Municípios da Grande São Paulo), Freguesia do Ó e Itaquera/Guaianazes (bairros da periferia paulistana). A escolha destas localidades obedeceu a três parâmetros:

— áreas de periferia da metrópole, com densidades populacionais variáveis, carentes de

serviços médicos, pobres em condições de saúde e com forte demanda popular para melhorias;

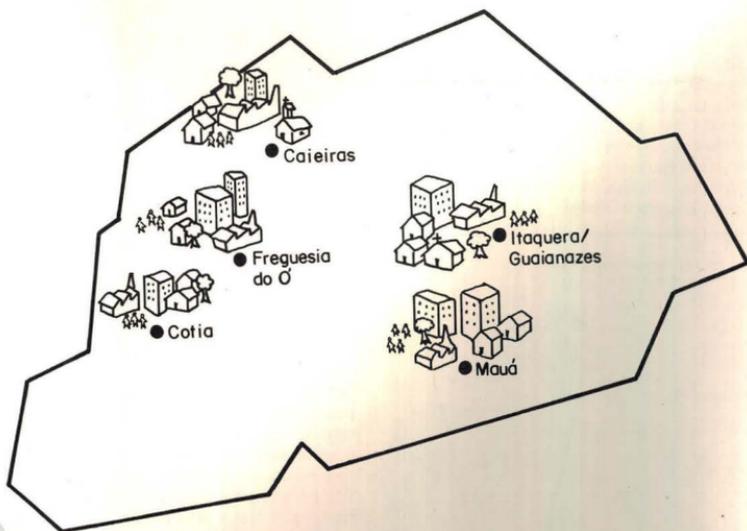
— áreas em que a colaboração entre Estado, Município e INAMPS já existisse ou pudesse ser obtida rapidamente;

— áreas onde o novo modelo de serviços de saúde e o treinamento de pessoal pudessem ser implementados com rapidez e pouco investimento em construções.

Em janeiro de 1985 a antiga Comissão é transformada, através do Decreto Estadual n.º 23.195, em Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde, órgão da Secretaria de Estado da Saúde, subordinado à Comissão Interinstitucional de Saúde do Estado de São Paulo (CIS). Sua atribuição: implantar o Novo Modelo de Saúde na Região Metropolitana.

Haveria mais a ser dito, para fazer justiça aos esforços individuais e coletivos que permitiram chegar à presente fase de sua implantação.

Mas, apresentado de forma sucinta, foi este o processo que levou ao surgimento do PMS.



SETE PONTOS CAPITAIS

A tarefa executiva da Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde obedece a alguns pontos, definidos no documento básico do projeto, denominado Appraisal. A partir desses pontos é possível ter uma visão de conjunto dos objetivos e da envergadura do PMS:

- 1 Construção de Unidades Básicas de Saúde, bem planejadas e dimensionadas, e de hospitais, após planejamento funcional e físico.
- 2 Aumento do número de serviços e melhoria de sua qualidade, para que sirvam às necessidades de saúde da população.
- 3 Mudanças na orientação da equipe de saúde, melhoria das condições de trabalho, principalmente para médicos e enfermeiros, cumprimento da jornada de trabalho estipulada e maior uso de pessoal auxiliar.
- 4 Promoção dos serviços oferecidos, através de meios de comunicação de massa, incentivo à participação de grupos de Comunidade e ampliação das horas de funcionamento para possibilitar o acesso da população que trabalha.
- 5 Implementação das recomendações do CONASP, com mudança dos pagamentos do INAMPS, a fim de exigir que a Unidade Básica de Saúde (UBS) seja a porta de entrada para o novo sistema.
- 6 Extinção dos ambulatórios hospitalares e sua transferência para as UBS.
- 7 Supervisão das UBS pela comunidade, através de Conselhos Comunitários de Saúde.

OS RECURSOS

O Programa Metropolitano de Saúde é financiado pelo Estado e Município de São Paulo e pelo INAMPS, através das Ações Integradas de Saúde.

Os problemas que envolvem hoje a mudança dos padrões de financiamento do gasto social, como a ausência de formas de financiamento autônomas (fundos e impostos específicos) e, ainda, a pequena participação da Secretaria da Saúde no orçamento estadual (apesar do relativo crescimento nos últimos três anos) são questões que explicam a necessidade dos empréstimos efetuados pelo Estado de São Paulo para viabilizar o Programa. Eles tiveram duas origens: uma externa, junto ao Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento—BIRD (Banco Mundial), no valor de 55,5 milhões de dólares; e uma interna, junto ao Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social e da Caixa Econômica Federal, no valor de 32,0 milhões de dólares.

O custo de investimento do Programa Metropolitano de Saúde foi orçado, originalmente, em 121,4 milhões de dólares, conforme Tabela 1.

Os recursos de custeio estão sendo financiados pelos orçamentos do Estado e do Município de São Paulo e pelo INAMPS, através das Ações Integradas de Saúde.

TABELA – 1 *Assistência Básica à Saúde em São Paulo*
Componentes do Projeto (1000 dólares)

	(1000) DÓLARES
A. Desenvolvimento Institucional.....	5.803.1
B. Desenvolvimento Recursos Humanos.....	4.191.9
C. Desenvolvimento Rede Física.....	111.468.5
TOTAL: Custos do Projeto com contingências.....	121.463.6

FONTE: Relatório de Equipamento e Avaliação – Banco Mundial

A participação do BIRD no financiamento do investimento varia entre 100% e 41%, limitando-se às seguintes categorias de despesas:

Obras Cívicas, Equipamentos, Consultoria, Treinamento e Estudos, Gastos da Unidade Gerencial. A distribuição dos valores está discriminada na Tabela 2.

TABELA – 2 Assistência Básica à Saúde em São Paulo
Alocação dos Recursos do Empréstimo

Categoria	Custos do Projeto (menos taxas) (milhões de dólares)	Valor do Empréstimo (milhões de dólares)	Porcentagem de Desembolso
(01) Obras Cívicas	58,7	22,0	41%
(02) Equipamentos	25,2	13,2	100% das despesas com importação. 100% das despesas locais (preços de custo) sob concorrência pública internacional e 41% das despesas locais para outros itens adquiridos localmente.
(03) Serviços de consultoria além da Categoria (6)	8,2	5,0	100%
(04) Obras e equipamentos para o MSP	3,6	2,0	41%
(05) Treinamento e bolsas de estudo	4,2	1,6	100% das despesas com importação e 41% das despesas locais.
(06) Estudos relativos ao projeto	1,7	1,5	100%
(07) Salário, mobiliário, materiais e equipamento da UG	2,9	1,0	41%
(08) Depósito especial na Conta-Especial	–	5,0	–
(09) Taxa de serviço	–	0,1	–
(10) Não alocados	–	4,1	–
(11) Contingências	16,9	–	–
TOTAL	121,4	55,5	

*O custo do projeto não inclui a compra do Hospital Nardini (2 milhões de dólares) e o financiamento do Hospital de Itaquera (4 milhões de dólares).

FONTE: Relatório de Equipe de Avaliação – Banco Mundial

ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

NELSON IBAÑEZ*
ANA LUIZA VIANA**

INTRODUÇÃO

Os objetivos centrais do PMS, assumidos nesta gestão da Secretaria de Estado da Saúde, estabeleceram conexão direta com todo o movimento pela reforma sanitária, em curso no País desde a década de 70, culminando com as formulações propostas na 8.^a Conferência.

As diretrizes que vêm orientando as propostas para a reorganização do setor podem ser sintetizadas em:

- **universalização da atenção:** direito de acesso de todo habitante do território nacional às ações e serviços de saúde;
- **equidade no atendimento:** ausência de qualquer tipo de discriminação na qualidade e na quantidade de ações e serviços, entre quaisquer grupos populacionais;
- **integralidade das ações de saúde:** ausência de dicotomia ou de discriminação institucional entre as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, nos diferentes níveis de atenção;
- **descentralização:** aproximação coerente da instância de tomada de decisões à execução da própria ação finalística;
- **participação:** o reconhecimento dos direitos dos usuários (da população) de exercerem o controle sobre a formulação e a execução da política de saúde, assegurando, ao mesmo tempo, a participação efetiva dos profissionais de saúde neste processo.

As carências e distorções atuais impõem, frente a estas diretrizes, a necessidade de uma Política

Nacional de Saúde que se oriente pelos seguintes princípios organizativos:

- **integração institucional,** com comando único em cada esfera de governo, o que implica a constituição de um Sistema Único de Saúde em âmbito nacional;
- **regionalização e hierarquização** da rede de serviços, para assegurar o acesso aos recursos tecnológicos necessários ao atendimento de todo e qualquer paciente, na complexidade que cada caso mereça;
- **modularização** como forma de caracterizar a unidade operacional básica do Sistema Único de Saúde, com responsabilidade definida sobre uma dada população residente em uma determinada área, quanto às ações básicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, voltadas tanto para as pessoas quanto para o meio;
- **gestão colegiada,** como instrumento básico, tanto da articulação entre os interesses das várias esferas do governo como da participação dos vários segmentos sociais na formulação e no controle da política e das práticas institucionais.

A discussão das estratégias de implementação desta proposta, no Estado de São Paulo, exige a compreensão do momento político e o entendimento do papel dos participantes do setor de saúde.

A forte presença da iniciativa privada e as diferentes culturas institucionais do setor público, por exemplo, impõem-se como algumas das dificuldades. Por outro lado, a vontade política do atual governo, a massa crítica de técnicos, a presença importante dos partidos políticos, movimentos sociais e sindicatos são oportunidades de avanço das propostas.

O processo desencadeado pelas estratégias que enumeramos neste artigo só poderá ser

avaliado, quanto a seu impacto na saúde da população, levando em conta a resultante desses fatores e o desenrolar da etapa de transição democrática que vive o País.

As estratégias elaboradas levaram em consideração tanto os condicionamentos favoráveis à proposta como aqueles aspectos que poderiam impor limites ao seu desenvolvimento.

A partir do Documento do Banco Mundial — Relatório n.º 4447-BR sobre o projeto de saúde da área metropolitana de São Paulo e das diretrizes da política Estadual de Saúde, adotadas na gestão do Governo Democrático de São Paulo —, foram traçadas estratégias para implementação do Projeto que podem ser divididas em gerais — aquelas que nortearam e que compatibilizaram o Projeto com as diretrizes mais abrangentes do Governo — e específicas — aquelas que tiveram caráter mais operacional na implementação do Projeto.

Além das definições das estratégias gerais e específicas, o presente artigo objetiva, também, um balanço sucinto dos produtos efetivados pelo Programa.

I — ESTRATÉGIAS GERAIS

As estratégias gerais revelam a disposição de inserir o projeto na administração direta (estrutura da Secretaria Estadual de Saúde); de fazê-lo instrumento de integração interinstitucional dos serviços de saúde; de compatibilizar, explicitando os limites e as fronteiras, o **Projeto** (atividades definidas visando atingir determinadas metas, com recursos específicos) e o **Programa** (processo de implantação do novo modelo); de procurar a expansão horizontal do Projeto (expansão das suas áreas de atuação); de definir a concepção do Modelo buscando a descentralização e a municipalização; de buscar participação da população e controle social no gerenciamento do novo modelo; de institucionalizar uma estrutura gerencial para o Projeto; e de traçar uma estratégia de contratação de consultorias que não implicasse negar qualquer das demais estratégias definidas acima.

INSERÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Ao nível da Secretaria de Estado da Saúde, a principal estratégia para o desenvolvimento do Programa foi a opção de inseri-lo como órgão da administração direta, criando a Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde—CPMS e colocando, pela primeira vez, dentro da estrutura da SES a figura do Módulo. Essa opção obedeceu a duas perspectivas:

- não favorecer estruturas paralelas que dificultassem no momento seguinte a expansão dos princípios do modelo de saúde preconizado pelo Programa para as demais áreas;
- permitir que o Programa pudesse influenciar positivamente as mudanças institucionais, tanto na Secretaria de Estado da Saúde—SES, quanto na Prefeitura e no INAMPS.

Essa estratégia adotada para a implementação do projeto possibilitou que este fosse visto como o embrião do novo modelo de saúde a ser seguido pela rede estadual e reservatório de novas práticas e de redefinição das já existentes.

INSERÇÃO INTERINSTITUCIONAL

O novo modelo de saúde proposto pelo PMS tem, na sua origem, como característica básica a multiinstitucionalidade: o desenvolvimento do modelo passa pela integração entre as diferentes instituições de área pública e entre essas e a área privada, de forma a integrar todos os equipamentos de saúde em uma determinada área.

É nesse sentido que a instância máxima de decisão do PMS é a Comissão Interinstitucional de Saúde—CIS do Estado de São Paulo. A estratégia de inserção do PMS nas Ações Integradas de Saúde—AIS, portanto, tem significado maior do que apenas um suporte financeiro ao custeio dos serviços: os Convênios AIS assinados por todos os Municípios da Grande São Paulo dão o suporte para a criação de instâncias de direção interinstitucional (CLIS e CIMS) capazes de permitir a articulação entre diferentes níveis e entre as instituições públicas e os equipamentos privados.

Particular ênfase foi dada, desde o início do Projeto, à participação da Prefeitura Municipal de São Paulo, que assumiu o acordo, em conjunto com o Governo do Estado. Além das comissões interinstitucionais, ao nível da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde foi criado, no Gabinete do Secretário, um Núcleo de Gerência do PMS; além disso, dos 12 Módulos criados pelo Programa, 9 estão localizados no Município de São Paulo.

PROJETO × PROGRAMA

A concepção do PMS como Projeto possui no seu bojo metas quantificadas para serem cumpridas em prazos determinados. O Projeto se desenvolve através de atividades definidas, o que possibilita uma avaliação cronológica de começo, meio e fim. Visto de uma perspectiva

mais simplista, ele corresponde, basicamente, ao componente obras civis, que tem o maior peso no financiamento do Programa.

O PMS enquanto Programa deve ser entendido como o processo de implantação do novo modelo, que dá um novo traçado à estrutura existente: absorve algumas instâncias da antiga estrutura, incorpora novas, e cria, a todo momento, mecanismos de transição entre o velho e o novo. A função do Programa é, no fundo, a essência do Projeto, nos componentes de desenvolvimento institucional e de recursos humanos, que apresentam as maiores pressões inerciais da estrutura existente.

A compatibilização dessas duas concepções, usando principalmente o Projeto (investimento) como catalisador do Programa (processo de mudança), é um dos elementos estratégicos importantes.

HORIZONTALIZAÇÃO

A horizontalização do Programa é outro ponto estratégico de grande importância, que surge pela impossibilidade de se pensar toda a região metropolitana considerando apenas as cinco áreas-piloto determinadas para sua primeira fase de implantação. A concepção de esforços visando resultados mais a curto prazo nestas áreas não poderia alijar as demais do processo, pois criaria resistências ainda maiores ao desenvolvimento do Programa. Por esta razão, no planejamento inicial, foram pensadas duas

estratégias de horizontalização:

- criação de pontos de extensão com a construção de UBS fora das áreas definidas no Programa;
- estudo preliminar de uma segunda fase do Projeto, envolvendo toda a região metropolitana.

A implantação dos ERSAs e a criação da Macrorregião (Unidade Gerencial do Programa), estruturando toda a região metropolitana, foram iniciativas da SES, que reforçaram ainda mais as condições de se horizontalizar o Programa, nesta sua primeira fase.

DESCENTRALIZAÇÃO

A grande característica do novo Modelo implantado é a introdução do Módulo de Saúde, concebido como uma rede de serviços, ambulatoriais e de internação, organizados sistêmica e hierarquicamente em níveis de complexidade, articulados funcionalmente sob gerência única. A Unidade Básica de Saúde – UBS é a porta principal da entrada da clientela ao sistema, que prestará assistência integral à saúde de uma área geográfico-populacional delimitada.

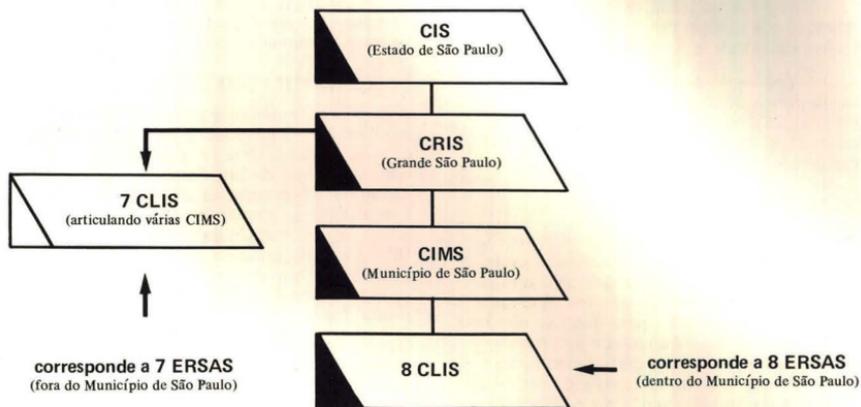
Outro aspecto importante na concepção do módulo é que os recursos humanos ali lotados podem exercer suas atividades nos diferentes níveis de atenção, ou seja, UBS, ambulatório e Hospital; através do vínculo único esta mobilidade dentro do sistema é facilitada.

QUADRO I – Gerência Executiva do Módulo.

SETOR	COORDENAÇÃO EXECUTIVA	COMPOSIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS SEGUNDO AS INSTITUIÇÕES
PÚBLICO		
Módulo Estadual	Coordenação executiva da SES	Composição das instituições e agrupamentos. Hospital-SES; rede de UBS-SES e/ou Municipais e INAMPS.
Módulo Municipal	Coordenação executiva dos Municípios	Hospital-Municipal; rede de UBS-SES e/ou Municipais e INAMPS.
PRIVADO		
Módulo Filantrópico	Coordenação executiva da Instituição filantrópica ou SES ou Município	Hospital-rede privada filantrópica; rede UBS-SES e/ou Municipais e INAMPS.
Módulo Lucrativo	Coordenação executiva da SES ou Município	Hospital privado lucrativo; rede UBS-SES e/ou Municipais e INAMPS.

Os ERSAs, dentro da concepção do Modelo Assistencial, são os responsáveis pela coordenação dos Módulos, concretizando a regionalização, já que cada ERSA é uma instância administrativa e uma unidade de despesa com capacidade de execução orçamentária e gerencial. Ele é definido na estrutura do Estado e possui como contrapartida, ao nível interinstitucional, as

comissões locais (CLIS — Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde, e CIMS — Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde). As especificações do Município de São Paulo e da sua região metropolitana definiram o seguinte modelo de relacionamento administrativo entre os ERSAs e demais instâncias:



MUNICIPALIZAÇÃO

A integração interinstitucional apressa a descentralização e a municipalização, pois através das Comissões Interinstitucionais de Saúde é possível definir com clareza os papéis das entidades federais, estaduais e municipais, dentro do modelo assistencial proposto. Embora se confundam, a descentralização e a municipalização dos serviços são movimentos que guardam especificidades e ritmos diferentes, sendo também diversos os problemas afetos a cada uma delas.

Descentralizar significa repassar para o nível local as funções administrativas que envolvem o planejamento, a expansão e a avaliação dos serviços prestados (outorga de autonomia operativa).

Municipalizar, por seu turno, significa passar para o Município a gestão dos serviços. Os objetivos a serem atingidos neste caso não são apenas os relativos à maior racionalização administrativa, mas envolvem a incorporação da

dimensão política da democratização, que implica criar canais mais efetivos de participação dos usuários na gestão dos serviços.

Segundo o porte dos municípios (metropolitanos, grandes, médios ou pequenos), os processos de municipalização apresentarão diferenças. Mas a questão básica será definir até que ponto a descentralização termina de fato na municipalização, ou se deve ir além, através da concessão de autonomia decisória ao Módulo de Saúde.

Outro problema a ser considerado é que nem todo processo de descentralização e integração (adoção da figura do Módulo) implica municipalização. Haverá casos em que os Módulos serão "estadualizados", quando a composição dos equipamentos for, em sua maior parte, do Estado. Em outros casos, como na Região Metropolitana de São Paulo, os Módulos serão necessariamente "municipalizados", pois a composição dos

equipamentos é favorável ao Município (conferir exemplo no Quadro I "Gerência Executiva do Módulo", página 15).

Municipalizar, finalmente, não é um ato administrativo, mas sim político, que tem como contrapartida uma reforma tributária que possibilite a autonomia financeira dos Municípios.

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

A participação da comunidade foi prevista não só na estrutura dos Módulos de Saúde, através de Conselhos consultivos, como ocorreu no desenvolvimento do Modelo e das próprias atividades da CPMS.

A localização das novas unidades, a escolha do terreno, a definição da programação funcional e física das UBS e o acompanhamento das obras "físicas da CPMS" foram algumas das atividades que contaram com intensa participação das associações, comissões e/ou outras entidades de moradores.

Além disso, a CPMS desenvolve um Projeto de Comunicação Social, visando intensificar e modernizar as atividades referentes à educação (educação em saúde para a população) e aquelas afetas à área de contato com os usuários.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA UNIDADE GERENCIAL

A concepção original esboçada no Documento

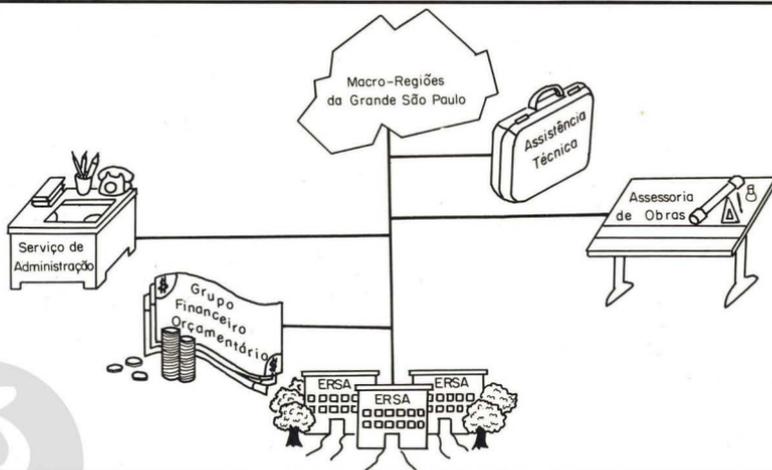
Oficial do Programa definia uma equipe de 20 técnicos para a sua Unidade de Gerenciamento, assim definindo suas atividades:

- detalhamento dos Projetos, dos Planos e Programas;
- aquisição e supervisão de obras e equipamentos;
- planejamento financeiro e controle de despesas;
- relacionamento com o DRHU (órgão central de recursos humanos da SES);
- revisão da operação dos serviços de saúde nas áreas do Projeto.

A inserção do Programa na estrutura da SES com a criação da CPMS exigiu a redefinição de suas atividades e da composição da equipe pensada inicialmente, cuidando-se, porém, de garantir a estratégia de não hipertrofiar a estrutura do nível central.

Constituindo-se no embrião da Macro-Região (o ponto culminante da reestruturação da SES), a CPMS inovou no ponto de vista da Administração Pública, criando Grupos Técnicos (Institucional, de Recursos Humanos e de Obras) e trabalhando com assessorias externas, através da "compra" de serviços que não poderia realizar, a não ser que partisse para a criação de um número exagerado de cargos e funções.

Abaixo, o atual organograma da CPMS.



CONSULTORIAS DE SISTEMAS GERENCIAIS

Com a inserção do Programa na estrutura da Secretaria Estadual e com a opção de desenvolver o novo modelo com os recursos humanos e materiais da rede, operando uma transformação “por dentro” da estrutura, os serviços de Consultoria passaram a ser vistos como colaborações pontuais ao Programa e não como definidores do modelo de gerenciamento do nível local.

Isto permitiu que o planejamento das diretrizes do modelo e a detecção de suas inflexões fossem esboçados pelos núcleos internos, em contato permanente com os Módulos, e também que as resistências às mudanças fossem melhor administradas, incorporando ainda a dimensão política à idéia de planejamento.

O PMS está inserido numa série de Programas de Saúde que vêm, paulatinamente, transformando-se em estratégia de mudança das instituições que administram a saúde pública. A maior dificuldade nessa mudança de perspectiva são as contradições políticas que ela enseja: a estrutura antiga tem os seus pólos de poder estruturados e entende a mudança como “extinção”, “perda de poder”, etc. Além disso, os Programas, por terem a idéia de descentralização como mote, impõem um intrincado jogo de negociação com diferentes instituições — descentralizar implica repasse de recursos, aumento das responsabilidades, mudança nas atividades e rotinas dos órgãos centrais, etc. Portanto, é necessário que cada passo seja negociado com várias esferas de poder ao mesmo tempo (intra e interinstitucionalmente).

As consultorias neste contexto são instrumentos que auxiliam a consecução dos objetivos esboçados; não são definidoras da ação, pois supor que uma Consultora possa realizar este papel é imaginar que se possam transportar modelos novos por cima das “culturas” institucionais existentes.

A estratégia adotada pela CPMS para a contratação das Consultorias de Sistemas Gerenciais foi a de privilegiar equipes mistas de técnicos (CPMS/nível central/local) que iam definindo as necessidades e o tipo de serviço a ser contratado ao longo do desenvolvimento do Programa, evitando a contratação de uma só consultora externa à rede.

Desta forma o modelo de gerenciamento adotado destacava que:

- 1 a Consultoria de Sistemas Gerenciais deveria ser desenvolvida com a

participação efetiva dos técnicos dos setores envolvidos na execução do PMS;

- 2 a solicitação da Consultoria se fizesse sempre que a Unidade Gerencial não dispusesse de recursos suficientes para a tarefa a ser cumprida nos prazos programados;
- 3 se evitasse que as normas, rotinas e métodos fossem impostos de “fora para dentro”, gerando resistência e inércia;
- 4 se estabelecesse uma equipe de técnicos provenientes do nível local (chamado Núcleo Regional ou Equipe de Integração), para conduzir todo o processo a partir da gestão dos Módulos de Saúde. Essa equipe foi coordenada pela CPMS, contando com o apoio de Consultoria (ou Consultores) com termos de referência específicos, ao longo da implementação do PMS.

CONSULTORIAS DE OBRAS CIVIS

A estratégia para a execução do gerenciamento dos Projetos Arquitetônicos, Obras e Compra de Equipamentos do PMS foi adotada de modo a ampliar e fortalecer a capacidade gerencial da Secretaria, especialmente no tocante à coordenação, pelo setor público, dos programas de obras e prestação de serviços de elevada qualificação e complexidade em sua execução.

Quanto à implantação da rede física (projetos + obras + equipamentos) também procurou-se evitar que a obtenção de serviços de consultoria nessa área implicasse a hipertrofia da estrutura administrativa da Secretaria. Optou-se pela aquisição de serviços altamente qualificados, disponíveis em outros órgãos da administração pública e, especialmente, em empresas privadas de consultoria e gerenciamento. Esta alternativa, entretanto, exigiu o fortalecimento da capacidade gerencial da CPMS, de modo a assegurar o controle de processo e permitir a absorção de novos conhecimentos técnicos e administrativos pela Secretaria.

Ao nível operacional, a coordenação do Gerenciamento, o Planejamento, o Controle Físico-Financeiro e a Legalização de Terrenos foi centralizada pela CPMS. A elaboração dos projetos de construção civil (86 projetos de UBS, 5 Hospitais Gerais, 28 Reformas de UBS e 3 Reformas de Hospitais) começou a ser desenvolvida pela equipe da Secretaria de Estado da Saúde, com apoio de outros órgãos públicos, em dezembro de 1984.

Coube também ao CPMS elaborar os programas

funcionais, bem como os projetos básicos da rede física e a especificação dos equipamentos.

O auxílio no gerenciamento dos projetos, obras e equipamentos ficou a cargo de três empresas de nome internacional (Hidroservice, Ductor e Promon), escolhidas através de Editais de Concorrência, elaborados pela CPMS, com auxílio de técnicos da área pública. Como subgerenciadoras, estas empresas se encarregaram de articular a rede de atividades ligadas à construção dos serviços necessários à elaboração dos projetos executivos, realização de licitações (presididas pela Secretaria da Saúde), contratação de empresas construtoras (sob supervisão da CPMS), aquisição de equipamentos (com licitações presididas pela Secretaria da Saúde) e a fiscalização de sua fabricação, instalação e testes, e operação de “partida”.

Em seu trabalho de gerenciamento a CPMS procurou orientar as subgerenciadoras contratadas no sentido de aproveitarem o potencial já existente na área pública, particularmente nos setores envolvidos em projetos e obras. Isto permitiu repassar *know-how* para a Secretaria de Saúde como um todo, além de contribuir para aumentar a eficiência de implantação do PMS.

II — ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS

As estratégias de operacionalização seguiram os componentes básicos do projeto: Desenvolvimento Institucional, Recursos Humanos, Obras Cívicas e Equipamentos.

DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Na definição da estratégia para esta área procurou-se evitar dois equívocos muito frequentes na implementação de programas:

- a criação de estruturas paralelas às instituições existentes;
- reforço das atividades-meio, fortemente privilegiadas nas estruturas públicas, em detrimento das atividades-fim (no caso, do próprio modelo assistencial).

Na área de Planejamento e Desenvolvimento a preocupação com as estruturas paralelas se traduziu na integração de suas diferentes atividades (Pesquisa Informática e Planejamento Físico) com os órgãos afins já existentes na estrutura da Secretaria de Estado da Saúde.

O Quadro II (página 20) exemplifica as atividades desenvolvidas pelo Programa, os projetos ou produtos efetivados e os órgãos da SES e de outras instituições públicas e/ou privadas que

auxiliaram ou produziram sob supervisão da CPMS.

IMPLANTAÇÃO DOS MÓDULOS

A outra estratégia da área de desenvolvimento institucional envolveria implantação dos Módulos, procurando estabelecer em cada uma das cinco áreas-piloto um projeto específico.

A fixação de equipes dirigentes em cada área e a definição de sua estrutura deram início ao processo de desenvolvimento do Modelo Assistencial no Módulo.

Transformar as propostas colocadas em linhas gerais nos discursos em um modelo operacional, através de instrumentos aplicáveis em nível local, para implantação, execução, acompanhamento, supervisão e avaliação, bem como para subsidiar o trabalho de desenvolvimento dos recursos humanos e dos subsistemas de apoio, este é o objeto central pretendido.

Os instrumentos desta operacionalização são os seguintes:

- modelo de programação da atividade-fim;
- manual de procedimentos das atividades e tarefas;
- manual de procedimentos de referência e contra-referência;
- padronização de condutas por grupos de problemas de saúde;
- manual de acompanhamento, supervisão e avaliação;
- metodologia de trabalho em níveis de coordenação (Módulo, ERSAs e CPMS).

A implementação desta estratégia envolveu a elaboração e a execução em nível local, cabendo ao nível central a coordenação e a consolidação para as demais áreas.

IMPLANTAÇÃO DOS ERSAs

A estratégia de implantação dos ERSAs envolveu dois pontos essenciais:

- responder às demandas criadas pela horizontalização a curto prazo do Programa;
- utilizar ao máximo a estrutura e a experiência desenvolvida pela CPMS nas demais áreas.

Juntamente com o treinamento e o remanejamento de recursos humanos, a estratégia principal na implementação dos ERSAs foi a discussão aprofundada entre as

equipes dirigentes de cada área (envolvendo inclusive as UBS) sobre os seguintes temas: a estrutura organizacional (compatibilizando os

recursos existentes e a concepção do Modelo), o estudo da segunda fase (realizado pela EMPLASA, com metodologia de modularização

QUADRO II

ATIVIDADES DO PROJETO	ARTICULAÇÃO COM NÍVEL CENTRAL DA SES	ARTICULAÇÃO COM OUTRAS INSTITUIÇÕES	PROJETOS EFETIVADOS
PLANEJAMENTO FÍSICO	Assessoria de Obras - DNT Departamento Técnico Hospitalar - CAH	CDH DEOP Hidroservice Ductor Promon Edif - Prefeitura do Município de São Paulo	Elaboração de programas funcionais para UBS e Hospitais. Elaboração de editais para projetos. Implantação de equipe supervisora do gerenciamento. Centro de documentação de móveis e plantas. Sistema de manutenção de prédios e equipamentos. Elaboração de projetos. Gerenciamento de projetos, obras e equipamentos. Elaboração de Editais para obras e equipamentos.
INFORMÁTICA	Centro de Informação de Saúde - CIS	Biodata	Desenvolvimento de um sistema de informação à nível de módulo e área. Elaboração de Sistema de referência e contra-referência.
PESQUISA	Instituto de Saúde - CST	FEA - USP	Implantação da estrutura de gerenciamento de Pesquisa nas áreas de Serviço de Saúde, R.H. e epidemiologia no I.S.
PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE SAÚDE	Coordenadorias - CAH, CSC, CSM, CST	OPAS FUNDAP Emplasa PHOHABA Consultor Individual SHS - Prefeitura do Município de São Paulo	Elaboração dos Decretos de estruturação do Módulos - ERSAS. Elaboração de manuais de funcionamento dos módulos (Desenvolvimento do Modelo Assistencial). Estruturação de atividades de planejamento à nível dos módulos. Criação de sistemas de acompanhamento de implantação dos módulos e áreas (ERSAS). Criação de Indicadores de resultado do projeto na área. Preparação para segunda fase, determinação de critérios de necessidade, modularização de todas as áreas da GSP.
SISTEMAS ADMINISTRATIVOS	DAS CIS Gabinete do Secretário	FEA - USP FUNDAP Auditoria OPAS	Sistema de Custos. Sistema de Material. Sistema de Comunicação Administrativa. Sistema de Patrimônio Sistema de Serviços Gerais (Transp. Zeladoria) Sistema Financeiro
RECURSOS HUMANOS	DRHU	FUNDAP Ministério da Saúde OPAS HOPE NUDEPE - Prefeitura do Município de São Paulo	Definição dos perfis profissionais Programa de Seleção e Recrutamento Treinamento dos diferentes profissionais para áreas Implantação do cadastro e Administração de Pessoal Dim ensionamento dos R.H. necessários para as áreas

das áreas), a definição de uma capacidade executiva mínima para o processo real de descentralização, a implantação dos sistemas gerenciais, o processo de orçamentação e,

finalmente, a criação de comissões interinstitucionais. O Quadro III sintetiza o acompanhamento feito pela CPMS na implementação dos ERSAs.

QUADRO III QUADRO DE ACOMPANHAMENTO – GSP																
ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO	ERSA'S DA GRANDE SÃO PAULO															
	Maá	Caá	LdaSerra, Cotia	Itaquera	Freguesia do Ó	Central	Butantã	V. Prudente	Penha	Mandaguá	São Amaro	A. B. C.	Mogi	Guarulhos	Osasco	
PLANEJ. FÍSICO MODUL. DA GRANDE SÃO PAULO – 2ª FASE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ESTRUTURAÇÃO DOS ERSAs'S	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕
CAPACIDADE EXECUTIVA	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠
INSTALAÇÃO DA SEDE	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠	🏠
INSTALAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO																
– PESSOAL	👤	👤	○	○	○	👤	○	○	○	○	○	👤	○	👤	👤	👤
– FINANÇAS	👤	👤	○	○	○	👤	○	○	○	○	○	👤	○	👤	👤	👤
– MATERIAL	👤	👤	○	○	○	👤	○	○	○	○	○	👤	○	👤	👤	👤
– GERAL (TRANSP. E ZELAD.)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
CAPACIDADE GERENCIAL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ORÇAMENTAÇÃO	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
IMPLANTAÇÃO DOS SISTEMAS GERENCIAIS																
– CUSTO	▲	▲	△	△	△	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
– MATERIAL	☐ ⁽¹⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
– PATRIMÔNIO	☐ ⁽²⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
– MANUTENÇÃO	👤	👤	👤	👤	👤	👤	👤	👤	👤	👤	👤	👤	👤	👤	👤	👤
– COM. ADM.	👤	👤	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
– INFORMÁTICA	👤	👤	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
INTEGRAÇÃO INTERINSTITUCIONAL CLIS	👤	👤	👤	👤	👤	☐	☐	👤	👤	☐	👤	☐	☐	☐	☐	👤

(1) – TREINAMENTO JÁ INICIADO PARA OS ERSAs'S.
 (2) – CA DASTRO DE MATERIAIS PERMANENTE.

- ☐ CONCLUÍDO
- ⊕ DECRETO PUBLICADO
- ⊕ DECRETO ELABORADO
- 🏠 INSTALADA
- 🏠 EM INSTALAÇÃO
- 👤 IMPLANTADO
- EM TREINAMENTO
- 👤 TREINAMENTO
- TREINAMENTO/CONCLUÍDO
- ▲ IMPLANTADO/AVALIAÇÃO
- △ EM TESTE
- ▲ NÃO IMPLANTADO
- ☐ EM IMPLANTAÇÃO
- 👤 ELABORAÇÃO DE PROPOSTA
- ★ DESCENTRALIZADO EM 1987

RECURSOS HUMANOS

A área de Recursos Humanos possui uma dupla complexidade. A proposta de integração interinstitucional esbarra nas inúmeras diferenças (salariais, legais, etc.) entre os servidores das instituições envolvidas. A capacidade dos médicos, enfermeiros e profissionais das atividades de apoio não é adequada ao modelo proposto por razões de ordem mais geral (perfil produtivo do País e respectiva formação do mercado de trabalho).

A CPMS procurou enfrentar essa complexidade ao traçar as estratégias específicas para a área, privilegiando, por um lado, a criação e o

fortalecimento de um órgão central dentro da Secretaria de Estado e da Prefeitura (DRHU e NUDEPE) com a função de definir a política de Recursos Humanos e traçar os caminhos a serem adotados para neutralizar as diferenças existentes quando da integração interinstitucional (criação de planos de cargos e salários específicos); por outro lado, procurou fortalecer o processo de descentralização ao criar, ao nível de cada Módulo, Grupos de Recursos Humanos visando à seleção, à contratação e ao treinamento de servidores.

Coube à Gerência de Recursos Humanos executar a interligação DRHU e NUDEPE/Módulos e oferecer o suporte

necessário para o estabelecimento, nos Módulos recém-criados, de um Programa de Treinamento (Emergencial e de Educação Continuada) que garantiu, num primeiro momento, a implantação do Modelo.

Nesta fase a estratégia de capacitação de Recursos para o Programa aborda dois pontos principais:

- ao nível da atividade-fim, a criação de uma residência médica nos Módulos, capaz de gerar uma massa crítica (incorporando novas práticas e atitudes frente ao serviço público) e dar efetividade ao Modelo proposto;
- ao nível da atividade-meio, o preparo de gerentes com conhecimento da área pública, incorporando na sua formação a visão interinstitucional necessária, nesta fase, para dirigir os Módulos e as áreas de saúde.

OBRAS CIVIS E EQUIPAMENTOS

Foi definido que a estratégia a ser adotada no desenvolvimento da rede física do Projeto (Projetos + Obras + Equipamentos) não

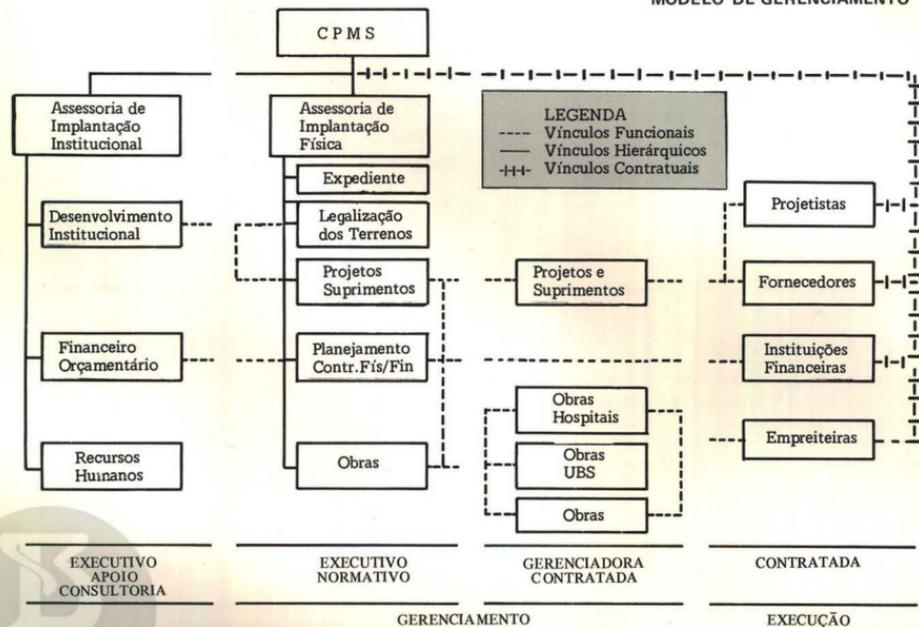
deveria implicar o hipertrofiamento da estrutura administrativa da Secretaria, como já foi dito.

Os projetos ficaram a cargo da equipe da Companhia de Desenvolvimento Habitacional do Estado de São Paulo, com definição de Programa Funcional, apoio e Supervisão dos projetos pelos técnicos da Secretaria Estadual da Saúde.

As gerenciadoras privadas contratadas através de concorrência pública, HIDROSERVICE (Gerenciamento de Projetos e Equipamentos), DUCTOR (Gerenciamento de Construção de Unidades Básicas de Saúde) e PROMON (Gerenciamento da Construção de 5 Hospitais) desenvolveram as atividades detalhadas no Quadro II (página 20).

Através dessa estratégia Projeto e Programa foram contemplados: a execução das Metas ficou sob a responsabilidade de consultorias e contratações externas; o Controle, Supervisão e Definição, sob responsabilidade da SES, de forma a absorver *know-how* em áreas novas e forçar uma reformulação e modernização de seus órgãos internos.

MODELO DE GERENCIAMENTO



OSWALDO DONINNI*
HITOMI HAYASHIDA*

INTRODUÇÃO

Consideramos modelo assistencial a forma como se organizam os serviços para atender às necessidades de saúde da população.

Por razões que fogem ao escopo deste artigo, o modelo atualmente vigente em nosso meio se caracteriza fundamentalmente pela dicotomia entre as ações chamadas "coletivas", "de saúde pública" ou "preventivas" e aquelas denominadas "individuais" ou "curativas". A Secretaria de Estado da Saúde tem sob sua responsabilidade as primeiras, cabendo ao INAMPS, através de seus próprios serviços e principalmente através da compra de serviços do setor privado, a assistência individual às pessoas.

Esta característica, fundamentada na lei que criou o Sistema Nacional de Saúde, propiciou uma série de distorções, a tal ponto que à Secretaria da Saúde, através de sua rede de serviços, coube atuar principalmente sobre os problemas de saúde que atingem a população de baixa renda, perdendo na prática destes serviços sua vocação de "saúde pública" e não incorporando tecnologias adequadas às necessidades das pessoas que demandam esses serviços.

Por outro lado, a rede de serviços que presta assistência às pessoas, majoritária, tendo no setor privado sua maior concentração, tem no hospital seu campo de ação predominante, principalmente através do pronto atendimento em regime ambulatorial e internações múltiplas de curta duração. O atendimento valoriza o sintoma e não a pessoa, não tendo preocupação maior com o seguimento de casos e com o vínculo população/equipe de saúde.

Em suma, o modelo vigente vem propiciando uma assistência de má qualidade à população,

que não tem suas necessidades reais de saúde atendidas nos serviços, quer públicos quer privados, o que perpetua a baixa valorização desses serviços pelos níveis de decisão.

A Secretaria da Saúde, ao criar o Programa Metropolitano de Saúde, visou não apenas ampliar a quantidade de serviços ofertados por sua rede, mas principalmente modificar o modelo assistencial hegemônico na Região Metropolitana de Saúde.

Tendo como objetivo aumentar a capacidade resolutive dos serviços de saúde ofertados à população, a proposta do novo modelo tem como princípios básicos a regionalização, a hierarquização e a integração dos serviços existentes nas áreas de atuação do PMS.

Estes conceitos, apesar de há muito serem discutidos e propostos, até hoje não foram incorporados, em suas reais dimensões, às atividades da área. Num sistema de saúde pluriinstitucional como o da Grande São Paulo estes três conceitos são indissociáveis, se quisermos levá-los à prática, com real proveito para a melhoria dos serviços prestados. Além disso devemos nos basear em critérios que levem em conta as necessidades de saúde da população e as tecnologias disponíveis para atendê-las, evitando a adoção de modelos teóricos preconcebidos, que na maioria das vezes não correspondem às exigências e necessidades da realidade.

A regionalização do atendimento é uma forma de garantir a harmonia entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde da população de determinada região. Para procedermos a esta adequação, porém, temos que reorganizar os serviços e tecnologias adequando-se às carências regionais. Assim, se a observação nos leva à conclusão de que os problemas de saúde mais simples são os de maior frequência e que para a sua solução

também são necessárias tecnologias mais simples, temos que proceder a uma organização dos serviços de modo a aumentar a oferta destas últimas. Isto implicará, por outro lado, a organização e articulação parcimoniosa da oferta dos serviços de maior complexidade, de forma a garantir a solução dos demais problemas da região. Temos, finalmente, o fato de os serviços de saúde existentes em uma dada dimensão geográfica serem mantidos por instituições distintas, por vezes com objetivos distintos, e será impensável a concretização das propostas de regionalização e hierarquização, sem uma perfeita integração interinstitucional, já que os recursos do Setor de Saúde são limitados e têm que ser otimizados para atingirmos melhor qualidade e eficiência da assistência.

Além da opção pela adoção destes três conceitos básicos na organização de um novo Modelo Assistencial, o PMS tem alguns pontos programáticos que servem de bússola para a prática a ser desenvolvida. Em primeiro lugar está o princípio da **integralidade** da assistência, de forma a romper, na prática dos serviços, com a falsa dicotomia entre “ações preventivas”, ou de “saúde pública”, ou de “saúde coletiva”, e as ações “curativas”, ou de “assistência médica”, ou de “saúde individual”. Outro princípio fundamental é o da **universalidade**, garantindo assistência a todas as pessoas que demandem os serviços de saúde, independentemente de suas condições sociais, previdenciárias, etc. E, finalmente, o princípio da **equidade**, isto é, a garantia de oferta à população de tecnologia, desde a mais simplificada até a mais complexa e de alto custo, de acordo com os problemas que atinjam essa população.

Estes três princípios programáticos e os conceitos de regionalização, hierarquização e integração dos serviços de saúde são as bases a partir das quais o Modelo Assistencial do PMS foi concebido e está sendo implantado.

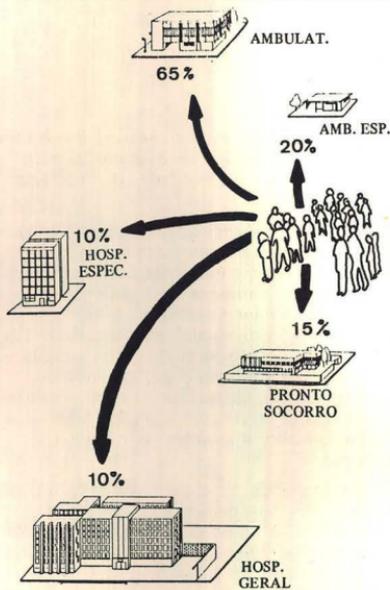
A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA

As informações disponíveis, apesar das distorções do modelo assistencial vigente, permitem admitir que os problemas de saúde existentes na Região Metropolitana de São Paulo se aproximam do seguinte perfil de distribuição:

- a) 65% são problemas que necessitam de interferência ao nível ambulatorial e/ou da comunidade, com utilização de tecnologia simples;
- b) 15% são problemas que necessitam de

interferência imediata, com a utilização de tecnologia de média complexidade (alocada nos Prontos-Socorros);

- c) 20% são problemas que necessitam de interferência ao nível ambulatorial, com a utilização de tecnologias mais especializadas (Ambulatórios de Especialidades);
- d) 10% são problemas que necessitam de intervenção sob regime de internação (Hospitais Gerais e Especializados).



O Modelo Assistencial do PMS está organizado de forma a responder às necessidades quantitativas e qualitativas acima descritas, sempre levando em conta as diferenças regionais e a disponibilidade de equipamento, de forma a otimizar a utilização dos recursos já disponíveis ou a serem implantados. A unidade de organização do modelo assistencial é o Módulo de Saúde, formado por unidades prestadoras de serviços de diversas complexidades tecnológicas, com ação circunscrita a determinado espaço-população e com a incumbência de estabelecer e administrar as relações entre os vários serviços existentes na área de sua responsabilidade. Além dos Módulos, fazem parte do sistema os

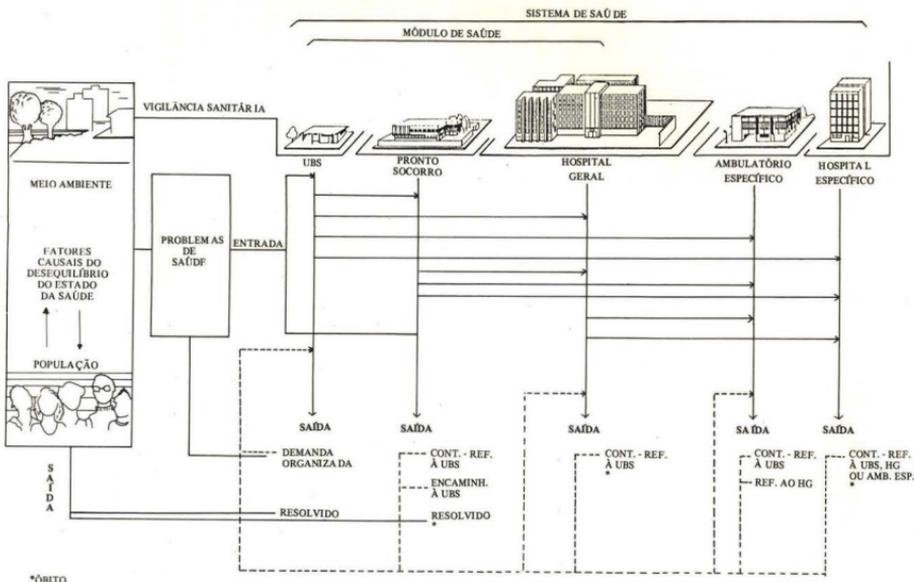
ambulatórios e hospitais especializados que, dispondo de tecnologias sofisticadas e de maior complexidade, e tendo demanda pequena em relação à demanda geral de serviços médicos, concentrarão o atendimento dos casos surgidos nos vários Módulos que compõem o sistema proposto.

O Quadro I apresenta os vários níveis de atenção do sistema de saúde, o relacionamento entre eles, pertencentes ou não ao Módulo de Saúde, e a relação com o meio ambiente.

articulados funcionalmente sob uma gerência única e com autonomia orçamentária e administrativa. Seu objetivo maior é prestar assistência integral à saúde da população de sua área de atuação, possibilitando a solução da maior parte dos problemas de saúde que ocorram nessa área, o que dependerá da capacidade resolutive de cada nível de atenção.

Dentro do Módulo de Saúde os níveis de atenção correspondem, na ordem de complexidade do atendimento, aos seguintes

QUADRO I – Níveis de Atenção de um Sistema de Saúde, O Módulo de Saúde, Relacionamento entre os Níveis, Os Fluxos de Entrada e Saída e Relação com o Meio Ambiente.



*ÓBITO

O quadro sintetiza toda a proposta do Novo Modelo Assistencial, portanto sugerimos ao leitor que retorne a ele durante a descrição que passaremos a fazer das características e funções a serem desempenhadas por cada segmento do sistema.

MÓDULO DE SAÚDE

O Módulo de Saúde é concebido como uma área de atuação com uma rede de serviços organizada sistêmica e hierarquicamente em níveis de atenção de complexidades distintas,

equipamentos: uma rede de UBS (Unidades Básicas de Saúde), Pronto-Socorro, Hospital Geral; além disso o Módulo poderá ou não contar com Ambulatórios de Especialidade(s), que atenderão às necessidades das suas UBS e daquelas localizadas em outros módulos, que não disponham deste tipo de atendimento.

Os objetivos pelos quais se optou pela regionalização do Sistema de Saúde são concretizados pelo Módulo, que reunirá uma série de equipamentos sob sua gerência, dando

organicidade para o atendimento regional e conseguindo a necessária adequação entre a oferta de serviços e a demanda real detectada em cada espaço geográfico/populacional. Para isto é necessário planejar, executar e avaliar todas as suas atividades, de forma a integrar os recursos de saúde da comunidade, partindo das necessidades da população, definindo prioridades e compatibilizando a demanda com as tecnologias e equipamentos disponíveis. O trabalho de planejamento tem que acompanhar a dinâmica do atendimento e da realidade social, o que exige a constante análise dos serviços oferecidos e de seus efeitos na população, à luz dos objetivos estabelecidos e, conseqüentemente, a reorientação de programas, subprogramas, atividades ou mesmo tarefas, quando se mostrarem inadequadas ou ineficientes. Esta avaliação não deverá ser privilégio dos técnicos de saúde ou dos administradores apenas; a participação do usuário na gestão do Módulo deverá ser estimulada e organizada, como um dos importantes mecanismos de controle da qualidade dos serviços e de integração entre os agentes dos serviços e seus usuários.

Sendo uma unidade autônoma, cada Módulo de Saúde terá uma infra-estrutura técnica, administrativa e operacional própria, adequada ao desempenho de seu papel de unidade de organização do modelo assistencial. Terá um sistema de informação gerencial e operacional, que lhe forneça os dados sobre a produção, custos, vigilância epidemiológica, recursos humanos, medicamentos, materiais, etc., referentes às necessidades dos serviços que participem do atendimento regional.

Deverá contar com tecnologia de apoio para diagnóstico e tratamento (laboratório clínico, anatomia patológica, radiologia clínica, banco de sangue, centro cirúrgico e obstetrícia, métodos gráficos, reabilitação, etc.), tecnologia complementar (transporte, comunicação, manutenção, etc.) e a necessária para prover o abastecimento e o processamento (compras de materiais, lavanderia, esterilização, etc.)

Não se pode esquecer também que o Módulo contará com diferentes níveis de atenção, o que torna imprescindível o desenvolvimento de mecanismos formais de referência e contra-referência entre eles, garantindo a continuidade do atendimento da clientela. Além disso há a necessidade da articulação com outros serviços de maior complexidade, localizados dentro ou fora da área geográfica do módulo, para que se possam referir pacientes cujos problemas exijam tecnologia de que o Módulo não disponha. Estes mecanismos serão os responsáveis pela

credibilidade do sistema junto aos usuários, sem a qual estará em risco o sucesso do próprio modelo assistencial. Por outro lado, não se pode esquecer também que o sistema de saúde proposto é interinstitucional, exigindo a integração, nem sempre fácil, das ações de saúde das diferentes instituições que atuam no Módulo; esta articulação é de importância estratégica ímpar, pois poderá inviabilizar ou dificultar sobremaneira a boa consecução dos objetivos de atendimento integral à saúde da população.

Resta ainda a tarefa, que no momento é prioritária, do desenvolvimento de recursos humanos, visando a elevação e manutenção da qualidade dos serviços nos diferentes níveis de atenção, bem como a adequação dos profissionais às exigências do novo modelo, principalmente no que diz respeito à integração de atividade entre os vários níveis, e mudança da concepção do atendimento à saúde da população.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A rede de UBS é a linha de frente do sistema de atendimento, sendo a principal porta de entrada da população para os demais níveis de atenção que o compõem. A UBS deverá caracterizar-se como uma unidade dinâmica, não se restringindo a atender a demanda espontânea a seus serviços, mas atuando ativamente junto à comunidade de sua área de influência, buscando resolver problemas que necessariamente não demandem às suas portas. Atividades realizadas junto aos domicílios, escolas e locais de trabalho, bem como aquelas ligadas aos sistemas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, deverão ser ofertadas à comunidade.

Por outro lado, a UBS deverá estar capacitada a organizar a população que procura seus serviços, buscando soluções para problemas de urgência, resolvíveis com tecnologia simples, como suturas, curativos, inaloterapias, reidratações orais, e prestando assistência continuada através de seguimento de casos que sejam priorizados neste nível. Para tanto deverá desenvolver atividades principalmente nas áreas de pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, saúde mental e odontologia.

Problemas que não possam ser solucionados neste nível deverão ser encaminhados aos serviços de maior complexidade, devendo, portanto, existir uma articulação permanente com o Pronto-Socorro, Hospital Geral e outros serviços não ofertados pelo Módulo de Saúde, através de um sistema de referência e contra-referência coordenado ao nível do módulo.

As UBS poderão apresentar características diferentes entre si no atendimento, de acordo com suas disponibilidades ou peculiaridades de cada Módulo; assim, poderão ou não contar com atendimento odontológico, ou ter atendimento em algumas especialidades como tisiopneumologia, dermatologia, oftalmologia, cardiologia, e outras, servindo, neste caso, de referência às outras unidades. Em alguns Módulos os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico poderão se concentrar no Hospital Geral; em outros poderão estar fora, como é o caso de laboratórios de análises clínicas ou de radiodiagnóstico, que poderão funcionar em algumas UBS.



Filomena Charella

A programação de atividades de cada UBS deve partir das reais necessidades de saúde da população de sua área de atuação, buscando a compatibilização entre os problemas locais e a disponibilidade de recursos para atender à solução desses problemas. Desta forma, essa população passa a ter papel preponderante enquanto fonte de informação e avaliação das atividades prestadas nesse nível.

PRONTO-SOCORRO

As atividades neste nível de atenção deverão ser desenvolvidas prioritariamente buscando resolver problemas de urgência ou emergências médico-cirúrgicas que não possam ser resolvidas ao nível das UBS. Hoje cerca de 85% da demanda aos serviços de Pronto-Socorro da Região Metropolitana de São Paulo poderiam ser atendidos nas UBS, com igual capacidade de resolução e perspectiva de aumentar esta capacidade à medida que se consiga organizar a demanda.

Nessa perspectiva, o Pronto-Socorro de um Módulo de Saúde deve estar capacitado para atender às urgências médico-cirúrgicas, tendo uma retaguarda de internação e estando localizado preferencialmente na mesma área física do Hospital Geral.

Tal localização facilitará o acesso aos serviços de apoio diagnóstico (laboratório, raio X, etc.) e terapêutico (centros cirúrgicos, centro obstétrico, banco de sangue, etc.).

O planejamento de suas atividades (previsão de demanda e oferta) deve ser feito de forma integrada com a UBS e o Hospital Geral do Módulo de Saúde, compatibilizando seu potencial de ação com as necessidades da população alvo e as diretrizes do Módulo.

HOSPITAL GERAL

A concepção de Hospital Geral, componente do Módulo de Saúde, é a de retaguarda de internação e de apoio diagnóstico e terapêutico à população atendida ao nível das UBS e do Pronto-Socorro. Deverá ofertar serviços de internação, preferencialmente nas especialidades básicas de pediatria, ginecologia e obstetria, clínica médica geral, cirurgia geral e psiquiatria (casos agudos). O apoio diagnóstico e terapêutico deverá

contar ao menos com laboratório de análises clínicas, radiologia, eletrocardiografia, hemoterapia e fisioterapia.

Para atingir o máximo de sua capacidade resolutive, deverá planejar suas atividades em integração com as UBS e PS sempre a partir das necessidades de saúde detectadas na área geográfico-populacional de sua atuação.

Nesse aspecto poderá contar com serviços de maior complexidade em sua área de internação e de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como serviços ambulatoriais de especialidades não ofertadas ao nível das UBS.

Sendo órgão de retaguarda integrado aos outros serviços do Módulo de Saúde, os pacientes chegarão ao Hospital Geral sempre através de referências de uma UBS ou do Pronto-Socorro. Instrumentos formais de contra-referência devem garantir a continuidade do atendimento. Da mesma forma, o Hospital deverá contar com mecanismos de referência e contra-referência com outros

serviços mais complexos que não estejam disponíveis ao nível do Módulo de Saúde.

Filomena Chiarella



A operacionalização dos serviços de saúde em um sistema modular requer providências que extrapolam a competência ao nível do Módulo de Saúde, dependendo mais de decisões que deverão ser assumidas pelos níveis centrais das instituições públicas.

A primeira diz respeito à capacidade instalada, facilitando o acesso da população aos serviços de saúde. Ao nível das áreas de atuação do PMS tais providências já vêm sendo tomadas.

Outra diz respeito à definição de uma política de recursos humanos que atenda às reais necessidades de saúde da população.

Por fim, a descentralização do processo decisório, possibilitando uma maior responsabilidade do nível operacional e um processo de planejamento ascendente tendo como base as realidades locais.

O presente processo de reorganização da Secretaria de Estado da Saúde, com a institucionalização dos Escritórios Regionais de Saúde — ERSA, poderá propiciar mudanças com vistas ao desenvolvimento do novo modelo assistencial, podendo vir a ser o ERSA o “locus” privilegiado das providências que permitirão aquele desenvolvimento.



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

MARCOS PAULO F. CORVINO*
OLÍVIA TERUKO NISIE*

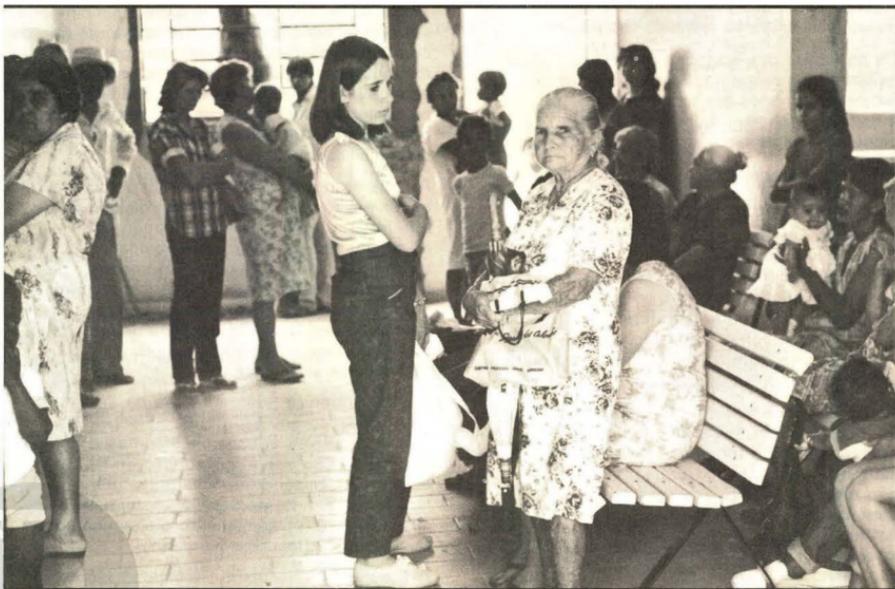
ASPECTOS GERAIS

A questão dos recursos humanos na implementação do Modelo Assistencial proposto pelo PMS — Programa Metropolitano de Saúde não pode ser tratada sem sua inserção no panorama mais geral da questão dos recursos humanos na área pública.

A prestação de serviços públicos em nosso país, durante longo tempo, se caracterizou pela

inoperância e pela má qualidade de resposta às necessidades da população, notadamente a de baixa renda. Ressalvadas as exceções, os serviços públicos tornaram-se desacreditados, sendo procurados apenas em situações "irremediáveis", ou quando o serviço procurado era sua atribuição exclusiva.

Esta situação de descrédito, somada a questões como a baixa remuneração, políticas de clientelismo no preenchimento de cargos e a extensa (e às vezes contraditória) legislação que



Benedito Garoto Finetto

regula as atividades de trabalho no setor, levou os servidores a uma acomodação, a um descomprometimento e, até mesmo, a um desconhecimento da importante função social de sua atividade profissional, em cada área da administração pública.

A área da Saúde não escapou deste processo, com a agravante de ser uma atividade essencial e ter que responder a uma enorme demanda, dadas as grandes carências sócio-econômicas da maior parte da população brasileira.

O processo de democratização da sociedade brasileira, nos últimos anos, abriu espaço para a organização da sociedade civil, através de sindicatos, associações profissionais ou de moradores, e partidos políticos, que passaram a exigir das diferentes instâncias de governo um maior comprometimento e a priorização de investimentos na modernização e recuperação dos serviços públicos ligados às necessidades sociais.

A Política Nacional de Saúde, que tem como meta a implantação da Reforma Sanitária, enfrenta o desafio de consolidar a integração entre as instituições do setor, conquistada pelas Ações Integradas de Saúde—AIS, avançando na plena identificação de responsabilidades de cobertura assistencial à população, e na resolutividade das práticas concretas desenvolvidas pelos profissionais da área.

Os princípios que norteiam a Reforma Sanitária exigirão uma reorientação das políticas de recursos humanos em todos os níveis relativos à força de trabalho, inclusive naqueles vinculados à preparação de pessoal de saúde.

Este processo deve ser viabilizado ao nível Estadual, através da Comissão Interinstitucional de Saúde — CIS, com a organização da Comissão Estadual de Reforma Sanitária — CERS e sua Secretaria Técnica, incluindo o Grupo de Recursos Humanos. A partir daí será possível eliminar os pontos de estrangulamento, principalmente no que se refere às diferenças institucionais, como a questão salarial, vínculo jurídico, jornada de trabalho, diferentes perfis profissionais, entre outros.

As questões de Recursos Humanos no Setor Saúde permeiam, neste momento, as preocupações de todos os níveis de entidades a ele relacionadas, sendo tomadas como questões prioritárias, impondo a necessidade de participação dos elementos que atuam na área de Recursos Humanos. Esta participação se insere numa discussão mais ampla, que deve considerar as recomendações da Conferência Nacional de Recursos Humanos, e buscar

alternativas de solução, que por um lado valorizem os profissionais de saúde e, por outro, garantam uma preparação adequada dos Recursos Humanos para a tarefa de recuperação do serviço público de saúde.

Esta mudança de mentalidade atingirá as atividades-fim no que diz respeito, principalmente, aos princípios programáticos que norteiam o Modelo Assistencial do PMS.

O princípio de **integralidade** da assistência, rompendo com a dicotomia entre as ações preventivas e curativas, exigirá dos profissionais, independentemente do nível de atenção em que estejam alocados, uma preocupação constante com ambos os aspectos dos problemas de saúde.

O princípio da **universalização**, garantindo a assistência a todas as pessoas que recorrem aos serviços de saúde, independentemente de suas condições sociais, previdenciárias, etc., amplia o universo de demanda, tornando a clientela mais heterogênea e exigindo do profissional maior sensibilidade para o encaminhamento de cada caso, em sintonia com as possibilidades de compreensão e adoção, pelo paciente, do procedimento prescrito.

O princípio da **equidade**, finalmente, garante a oferta de tecnologia, desde a mais simplificada até a mais complexa e de alto custo, de acordo com as necessidades do atendimento e não mais de acordo com as condições sócio-econômicas do paciente, oferecendo ao profissional maiores e mais eficientes possibilidades de conduta, de acordo com as disponibilidades de recursos.

A conjuntura política, econômica e social que envolve a Região Metropolitana de São Paulo nos força a um processo permanente de planejamento e execução de atividades inerentes à área de Recursos Humanos, buscando, a curto prazo, eficiência, eficácia e efetividade de atuação desses recursos, no sentido de enfrentar os desafios de implantação do novo modelo de saúde e suprir as deficiências existentes.

Nesse sentido, a Reorganização da Secretaria com a criação dos Escritórios Regionais de Saúde — ERSAs e, especificamente na Região da Grande São Paulo, em função do PMS, assume um papel diferenciado das demais regiões do Estado de São Paulo, influenciando diretamente no planejamento e execução das atividades de Recursos Humanos.

A Gerência de Recursos Humanos assume, desta forma, um papel básico de coordenação,

assistência e comando, junto aos demais ERSAs da Grande São Paulo, em especial no planejamento e nos programas de desenvolvimento de pessoal no âmbito da Macro-Região.

Portanto, neste período de transição, até a implantação dos ERSAs, buscam-se estratégias para a viabilização da nova proposta, na qual se insere a área de Recursos Humanos.

A Gerência de Recursos Humanos assume fundamentalmente a função articuladora com os demais sistemas (financeiro, de materiais) da Macro-Região, ERSAs e DRHU/SS, este último principalmente na área de Administração de Pessoal.

A transformação dos Módulos de Saúde da Região Metropolitana em ERSAs representa uma estratégia que visa facilitar a incorporação do novo Modelo Assistencial pelos demais ERSAs do Estado. Nesse processo, as funções de Recursos Humanos se desenvolvem de forma complementar, na medida em que se buscam soluções conjuntas.

Os Módulos de Saúde/ERSAs têm condições de obter um maior avanço, por serem áreas contempladas pelo Projeto financiado pelo BIRD, onde a própria organização é prevista em função do novo Modelo.

Respeitadas as dinâmicas de cada realidade dos ERSAs, a troca de experiências e tecnologia específicas da área conduzem a um crescimento conjunto. Muitas vezes as exigências políticas, econômicas, sociais e legais, e as limitações impostas pelo serviço são comuns a todos.

POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

A proposta do Programa enseja uma ação conjunta da Assistência de Recursos Humanos da Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde com o DRHU, incorporando as determinações emanadas da CPMS e do nível central da Secretaria, na definição da Política de Recursos Humanos, visando a integração dos Serviços de Saúde, pela valorização dos trabalhadores.

Esta ação conjunta é ampliada hoje, de forma interinstitucional, através das AIS, reforçada pela Proposta da Reforma Sanitária, que objetiva o Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, foi realizada a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, no período de 13 a 17 de outubro de 1986, em Brasília, e os representantes de diversas instituições (Secretaria de Estado da Saúde,

Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo, INAMPS, Associações de Classe e Instituições de Ensino) se reuniram posteriormente, para buscar formas de divulgação e discussão que pudessem avançar e operacionalizar as propostas apresentadas.

Desta forma, foi programado para os dias 02 e 03 de fevereiro de 1987 um Seminário Estadual Interinstitucional de Recursos Humanos para a Saúde, com a participação de funcionários e/ou técnicos responsáveis pelo Setor de Recursos Humanos, em condições de contribuírem no seu desenvolvimento, trazendo questões específicas, em função da problemática local e/ou regional.

Ao nível intra-institucional, pretendeu-se elaborar inicialmente um Plano Global de Recursos Humanos, mas os esforços para compatibilizar as propostas mais gerais das políticas incidentes sobre os Trabalhadores da Saúde não tiveram a devida correspondência em ganhos reais. Diversos fatores contribuíram para isso, entre eles os movimentos grevistas, os diferentes interesses em jogo, a centralização, a inexperiência do trabalho conjunto, as pressões populares.

Em vez de um Plano de Cargos e Salários para toda a Secretaria, consoante às diretrizes das AIS, conseguiram-se Planos de Carreiras isolados. A equiparação salarial, atrelada à questão da produtividade, caminhou a passos lentos, obtendo-se ajuste parcial e aguardando-se para breve sua resolução. Esta isonomia precisaria acompanhar as variações do mercado como um todo (não só do setor público), para fins de efetiva competitividade.

Portanto, podemos considerar que todos os esforços estão sendo direcionados numa política única de Recursos Humanos para a Saúde, o que viabiliza de fato a proposta do PMS.

ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

A Unidade Gerencial da CPMS encontra-se em período de transição, em que a Administração de Pessoal está sendo incorporada pelo Serviço de Administração, assegurando um trabalho conjunto, para evitar a dicotomia entre as áreas técnica e administrativa.

Com a definição da Estrutura dos ERSAs de Mauá e Caieiras, foram realizadas reuniões, principalmente em Mauá, para a organização do Grupo Técnico de Recursos Humanos, de acordo com as competências previstas no Decreto de criação, que engloba ainda as

Seções de Cadastro e Frequência e de Expediente de Pessoal.

Nos demais ERSAs da Grande São Paulo, buscam-se estratégias de descentralização, a iniciar pela organização da área de Recursos Humanos, dando prioridade à Administração de Pessoal, que envolve toda a legislação ligada aos procedimentos administrativos de pessoal, e controle da vida funcional dos servidores.

A Gerência de Recursos Humanos elaborou proposta, com o objetivo de efetivar a descentralização dos Órgãos de Pessoal dos extintos Departamentos de Saúde para os ERSAs, sem desativar, atrasar, nem prejudicar os funcionários/servidores que dependem dessa área para que sua vida funcional esteja correta, e que suas vantagens sejam providenciadas em tempo hábil.

Foi desenvolvido, num primeiro momento, o diagnóstico de cada ERSA e elaborado o cronograma de implantação dos Órgãos de Pessoal, sendo programado um Treinamento Geral e posteriormente os Treinamentos Específicos, de acordo com a necessidade de cada local.

As dificuldades iniciais com que nos defrontamos para a implantação do Sistema de

Administração de Pessoal nos Módulos de Saúde são semelhantes para os demais ERSAs da Grande São Paulo, como a falta de pessoal com conhecimento na área. Outras variáveis são decorrentes deste fator, diante do papel burocrático do Estado; mas, oportunamente, determinadas medidas administrativas deverão ser adotadas para que haja descentralização e autonomia que assegurem a proposta.

SELEÇÃO DE PESSOAL

Os processos seletivos realizados cumpriram os objetivos iniciais propostos, selecionando o profissional desejado, acompanhando o cronograma de obras, e demonstraram, de imediato, uma relação custo/benefício dentro de parâmetros aceitáveis.

A demanda de mão-de-obra passou por um reaquecimento com o advento do Plano de Estabilização Econômica do Governo Federal. O chamado Plano Cruzado (I) teve repercussões sociais positivas, modificando a situação do mercado de trabalho.

Foi-se criando, porém, um descompasso nos salários, um dos fatores de motivação da fixação dos trabalhadores nos Serviços, favorecendo a gradativa evasão desses Recursos, atraídos por

TABELA I *Dimensionamento, Processos Seletivos e Admissões para os Módulos de Saúde de Caieiras, Mauá e Itapeperica da Serra.*

Situação \ Grupo de Categorias Funcionais (1)	Médicos e Cirurgião Dentista	Enfermeiro	Outros Profissionais (nível universitário)	Auxiliares (Técnico e Administrativo)	Serviçais	TOTAL
Previsto (1)	1340	641	177	4823	1574	8555
Inscritos	1778	350	857	8453	3261	14699
Habilitados	677	124	269	2596	546	3142
Convocados	382	71	96	528	156	1233
Admitidos (2)	109	38	25	269	150	591
Admitidos Acumulados (3)	600	153	128	1536	620	3037

(1) baseado em informações do Relatório do Banco Mundial e dividido sob os critérios funcionalidade e escolaridade, resultando nos grupos de categorias funcionais referidos.

(2) maioria contratada durante o 2º semestre de 1986.

(3) admitidos desde o início do projeto em meados de 1984.

outros locais que podem oferecer melhores condições monetárias.

Como superação aos entraves colocados, impõe-se a concretização de uma isonomia salarial compatível com o mercado aberto (público e privado) e com uma legislação mais flexível, de modo a facilitar a sua administração.

REMANEJAMENTO

A extinção de alguns órgãos, reclamada pela reorganização da Secretaria, deve ser percebida como um avanço do processo de implantação da nova proposta. E no que se refere a esta extinção, o Remanejamento de Pessoal foi uma das atividades prioritárias dos Grupos de Recursos Humanos.

Para a concretização desta tarefa fizeram-se necessárias discussões conjuntas entre os Representantes dos órgãos diretamente envolvidos — ERSAs da Macro-Região da Grande São Paulo — que formaram a Comissão responsável pelo Remanejamento. Tal medida objetivou a concordância entre os locais receptores e os remanejados.

Tendo em vista a racionalização das atividades programou-se a divulgação, preenchimento e encaminhamento dos papéis, de forma simplificada, e através do vínculo estreito proporcionado entre os membros do Grupo de agilização do processo.

A preocupação com um trabalho racionalizado pode ser justificada pela diversidade de servidores e instituições envolvidas, pela influência dos fatores psico-emocionais, pela escassez de tempo e pelo dinamismo do próprio processo.

Procurou-se ajustar a situação profissional à vida particular de cada servidor, uma vez que o profissional, satisfeito, pode incorporar melhor seu papel dentro da instituição que o aloca.

TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

A área de Treinamento e Desenvolvimento deve estar calcada em um crescimento profissional, em que os conhecimentos, tecnologias, atitudes e valores estejam voltados para um desempenho criativo e transformador da realidade de atuação.

Para assegurar esse processo, é necessária uma política de incentivos que possibilite a ascensão das categorias através da capacitação de pessoal, acoplada a uma melhor remuneração, de acordo com a avaliação de desempenho dos servidores. O investimento em Recursos

Humanos deverá estar voltado também para a formação do pessoal de nível médio e elementar, em função da concorrência com o mercado de trabalho.

É importante citar o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde, que resultou de um convênio entre os Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Educação, Ciência e Tecnologia e da Organização Panamericana de Saúde. As propostas do Projeto vêm sendo implementadas dentro de um cronograma que compatibiliza as necessidades de pessoal com o avanço da implantação do Novo Modelo, através da dinamização de Centros Formadores, bem como a sua criação nas áreas geográficas em que inexistem (já estão em fase de implantação os Centros de Cotia e Caieiras).

Concomitantemente, deverá avançar a discussão conjunta das políticas desenvolvidas pelas instituições de ensino, bem como pelas associações profissionais e entidades de classe, para que a formação dos profissionais de saúde se dê de forma a atender às reais necessidades da população e, conseqüentemente, dos serviços de saúde.

Além das atividades voltadas para os profissionais que já trabalham no setor, uma das principais iniciativas do PMS na área de recursos humanos foi o estímulo à expansão de Programas de Residência Médica nos Módulos de Saúde. Esta iniciativa, que já tinha um precedente bem sucedido em Cotia, deve gerar uma massa crítica, incorporando novas práticas e atitudes frente ao serviço público.

Além dos instrumentos formais para o estreitamento de relações entre o sistema de saúde e as agências de formação profissional, a residência médica e a participação dos profissionais da rede em variados cursos oferecidos devem conduzir, a médio e a longo prazo, a uma maior rapidez de incorporação, no dia-a-dia do atendimento, das conquistas do conhecimento acadêmico. Por outro lado, possibilitará uma aproximação da universidade aos problemas cotidianos que envolvem esse atendimento, permitindo uma reflexão e um redirecionamento de suas opções de pesquisa e de formação profissional, adequando-se mais rapidamente às necessidades emergentes na realidade.

A formação profissional é uma questão de grande impacto para a área de recursos humanos e tem sérios reflexos em toda a implantação do Novo Modelo Assistencial. É grande a escassez, no mercado de trabalho, de

profissionais com perfil de formação compatível com as exigências impostas por ele e, apesar dos programas de treinamento em serviço e de educação continuada, esta tarefa não poderá ficar a cargo do Sistema de Saúde, tendo que ser assumida por agências formadoras, depositárias de recursos pedagógicos e de pesquisa, que o sistema de atendimento não possui.

Preliminarmente, todos os servidores recém-admitidos receberam o Treinamento de Integração Multiprofissional, que teve como objetivo geral a apresentação, aos novos servidores, da instituição na qual irão desenvolver atividades profissionais, buscando reduzir as distâncias entre as suas expectativas e o que a Instituição na realidade oferece, propõe e exige.

O ponto chave do treinamento foi a metodologia utilizada, em que os treinandos refletiram sobre os temas, partindo de sua experiência pessoal e, progressivamente, tomaram contato com realidades e assuntos diversos, analisando, comparando, constatando diferenças, fazendo sínteses, criando hipóteses explicativas; sempre entrosados em seus grupos de trabalho.

Os melhores resultados foram obtidos nos grupos que tiveram como treinandos as mais variadas categorias profissionais, desde engenheiros até jardineiros.

Para os funcionários já em exercício nas Unidades Básicas de Saúde, tanto do Estado como dos Municípios, foram realizados Treinamentos de Integração ao Sistema Assistencial do Módulo, para que se sensibilizassem e compreendessem, dentro do contexto histórico, sócio-cultural e político, os condicionantes das mudanças do Modelo Assistencial, a Estrutura Administrativa e o Papel dos Serviços de Saúde. A metodologia utilizada foi semelhante à anterior.

Nestes treinamentos emergiram todos os conflitos originados pela cultura institucional, arraigados profundamente nos servidores, cujo descrédito no próprio serviço é incorporado pela maior parte das pessoas, sendo a responsabilidade repassada para o "Governo", eximindo-se da importância e da responsabilidade de cada um no seu nível de atuação. Estes treinamentos foram importantes no sentido de tornar claras as competências e responsabilidades de cada nível para o alcance dos objetivos organizacionais.

Numa primeira avaliação, ainda que subjetiva, pode-se notar que os funcionários recém-

admitidos estão motivados a colaborar e a participar ativamente da implementação do Modelo Assistencial. Quanto aos demais funcionários, ainda pouco motivados, dependerá, em parte, da forma de atuação tanto da Equipe do ERSA, como da Equipe da CPMS, dando respostas concretas que atendam às necessidades do serviço.

No ERSA de Caieiras, foram desenvolvidos treinamentos de integração dos escriturários recém-admitidos e dos "veteranos"; em seguida, o treinamento específico para o exercício da função. O planejamento e a execução destes treinamentos foram realizados juntamente com a Equipe do DRHU.

A metodologia utilizada foi a tradicional, mas conduziu a um processo de reflexão das práticas e da experiência pessoal.

Os resultados dos treinamentos foram mais favoráveis do que o esperado. Os funcionários considerados "antigos" nunca haviam passado por um treinamento desde o seu ingresso no Serviço Público, e haviam aprendido as rotinas de serviço com os seus colegas de trabalho, sem questionar se estavam corretas ou não. A sua participação fez com que se sentissem valorizados e, pela primeira vez, lembrados como pessoas que tinham um papel importante a cumprir. Este tipo de depoimento criou no grupo um reforço muito positivo, inclusive para os que estavam "chegando".

Cabe ressaltar que apesar dos treinamentos terem contribuído para criar uma motivação para o trabalho, através do desenvolvimento pessoal e profissional, ela não perdurará por muito tempo, já que estes treinamentos não solucionam outros problemas, como a questão salarial, a concorrência do mercado de trabalho, e o restabelecimento de um plano de cargos e salários, acoplado à avaliação de desempenho, etc.

Estes problemas emergem nos ERSAs, principalmente para algumas categorias profissionais de nível universitário e nível técnico (Médicos, Operadores de raio X, etc.), que apresentam um alto grau de rotatividade no trabalho, entrando num ciclo pernicioso, ou seja: injetam-se recursos para a realização dos processos seletivos e treinamentos, mas os resultados não têm retorno conseqüente para o serviço.

Este conjunto de questões dificulta o direcionamento, a médio e a longo prazo, de um processo de Educação Continuada, uma vez que compromete a progressão funcional dos servidores.

Entre as prioridades da área de Recursos Humanos, tem-se dado destaque para o treinamento de gerentes, cujas atividades deverão superar as dificuldades inerentes ao Modelo Assistencial, bem como efetivar a articulação dos vários níveis de atenção e a integração entre as atividades administrativas (meio) e de atendimento (fim). Além disso, o pessoal de gerenciamento deve ter profundo conhecimento da área pública e estar bem preparado para tratar dos problemas trazidos pelo caráter interinstitucional do sistema, absorvendo os prováveis conflitos entre diferentes culturas institucionais e dando-lhes correta e eficiente direção, de forma a garantir a implantação e implementação do Modelo Assistencial proposto.

Assim, têm sido conferidos cursos aos elementos que ocupam posições-chave nas

Em caráter emergencial, foi realizado pela Consultoria da FUNDAÇÃO o Treinamento de Integração Interinstitucional de Saúde, com a participação dos Diretores e Assistentes Técnicos dos ERSA's, Médicos Chefes de Serviço de Medicina Social do INAMPS e Secretários de Saúde dos Municípios da Grande São Paulo. Sua meta foi interpretar os objetivos do novo Modelo Assistencial de prestação de serviços de Saúde e transformá-los em ações, através de planejamento, organização, direção e supervisão, adequados ao desenho organizacional proposto.

Até o presente momento, as atividades contidas no Relatório 4.447-A BR do BIRD têm sido desenvolvidas na medida das possibilidades das instituições promotoras. Para quase todos os funcionários existentes hoje, no âmbito da UG e dos cinco Módulos, realizaram-se aproximadamente

TABELA II - Cursos, Treinamentos, Reciclagens, Seminários e outros, realizados em 1984, 1985 e 1986 e o total previsto pelo Projeto (Relatório 4.447 - A - Br).

DESCRIMINAÇÃO \ ANO	ANO			TOTAL REALIZADO	TOTAL PREVISTO (4)
	1984	1985	1986 (2)		
NÚMERO DE EVENTOS (1)	59	111	117	287	1129
CARGA HORÁRIA	5361	6578	14286	26225	151848
NÚMERO DE PARTICIPANTES	94	2701	1068	3863 (3)	15002

(1) diversas modalidades relacionadas à Treinamento e Desenvolvimento de R.H. desde Reuniões Institucionais de 03 horas, à Cursos em nível de Pós-Graduação (senso lato) com 1.100 horas.

(2) não foram incluídos os dados do ERSA de Itaquera.

(3) total realizado para cerca de 5.000 servidores existentes.

(4) total previsto pelo Projeto até 1989, com a capacidade máxima de funcionamento.

diversas áreas da Secretaria de Saúde, Unidade Gerencial da CPMS e Módulos de Saúde/ERSAs, como o Curso de Especialização de Recursos Humanos promovido pela Fundação Armando Álvares Penteado e DRHU.

287 eventos, contemplando em torno de 3.863 participantes e atingindo, nessas circunstâncias, cerca de 77% da população-alvo, considerando-se servidores que participaram de mais de um evento.

Todas as atividades da área de Recursos Humanos descritas, assim como outras iniciativas que não foram abordadas neste artigo, são objeto de avaliação permanente, no próprio cotidiano de trabalho e no contato com

os profissionais da área de saúde, ensejando mudanças táticas e mesmo estratégicas, de forma a garantir o percurso rumo à implantação de um sistema de atendimento adequado às necessidades da população.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

