



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

AVALIAÇÃO CRÍTICA DA SECRETARIA DA SAÚDE
COM ÊNFASE NO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA REFORMA

M A I O

1 9 7 5

IMPRESSO NO TS-ED DO INSTITUTO DE SAÚDE



A SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO:
AVALIAÇÃO CRÍTICA, COM ÊNFASE NO
GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA REFORMA

Eliete, com todo meu

carinho

maria sílvia

maio/75



S U M Á R I O

I- <u>Introdução</u>	
1. Objetivos deste trabalho	1
2. Procedimentos utilizados	2
3. Justificativas para as sugestões finais	2
II- <u>A Reforma da Secretaria da Saúde</u>	
1. Antecedentes	4
2. Bases doutrinárias	6
3. Opções para a institucionalização	9
III- <u>Análise crítica e grau de implantação da Reforma</u>	
1. Órgãos colegiados centrais	19
2. Órgãos técnico-normativos centrais	24
3. Órgãos executivos centrais, regionais e locais .	33
IV- <u>O problema da supervisão na Secretaria da Saúde ..</u>	41

= = =

I - INTRODUÇÃO

1. Objetivos deste trabalho

A Reforma da Secretaria da Saúde de São Paulo constitui, in discutivelmente, um dos acontecimentos mais significativos na história da saúde pública no Estado. A relevância desse fato deriva não apenas da amplitude do empreendimento, ou de sua complexidade face ao grande número de variáveis em jogo, mas também da circunstância de se haver pautado, via de regra, pelos mais sadios princípios da técnica sanitária. Não é menos válida a afirmativa de que a Reforma representou a concretização dos sonhos de toda uma geração de sanitaristas, além de haver contribuído para certo grau de realização profissional de todos aqueles que direta ou indiretamente - na administração de serviços de saúde, no trabalho de comissões técnicas, no ensino ou na pesquisa - colaboraram na sua efetivação.

Transcorridos seis anos da promulgação dos primeiros textos legais de sustentação da nova estrutura formal da Secretaria, aos quais muitos outros se seguiram durante a administração passada, focalizando e detalhando aspectos parciais da instituição, considerou-se oportuno proceder a uma avaliação crítica da situação atual, com vistas à determinação do grau de implantação alcançado pela Reforma - objetivo central deste trabalho.

Insiste-se no caráter de diagnóstico preliminar deste estudo, já que um balanço completo da situação dependeria de minuciosa análise administrativa da Secretaria, com a aplicação de instrumentos metodológicos apropriados, tarefa a demandar vários meses de execução.

Deve-se esclarecer, por outro lado, que a insuficiência de tempo levou os consultores a dispensar prioritariamente sua atenção a algumas áreas críticas da Secretaria, adotando-se como critério de seleção a relevância dos problemas nelas existentes, aliada à - pelo menos aparente - permeabilidade a medidas corretivas.

Chama-se a atenção, também, para o grau de detalhe empresta do aos aspectos relacionados à institucionalização da Reforma. Teve-se em mente, sobretudo, oferecer um panorama geral dos numerosos mecanismos que, intra e extra-Secretaria, foram acionados para a consecução daquele objetivo - mecanismos, como se verá, a necessitarem de urgente reativação.

2. Procedimentos utilizados

Para a coleta das informações constantes deste estudo foram empregados os seguintes procedimentos:

- Reuniões entre os consultores, para troca de impressões.
- Depoimentos de ex-alunos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Entrevistas com técnicos dos vários níveis funcionais da Secretaria da Saúde.
- Consultas a textos legais e regulamentares.
- Observações feitas diretamente no campo.

3. Justificativas para as recomendações finais

Um fato que impressionou grandemente os consultores foi a quase total unanimidade de opinião dos entrevistados com referência a certos aspectos da estrutura e funcionamento da Secretaria. Por outras palavras, trata-se de necessidades sentidas por técnicos não comprometidos com a situação anterior, e portanto à margem dos núcleos de resistência à implantação e consolidação da Reforma, o que fala em favor da sinceridade e espírito construtivo das críticas que tiveram ocasião de formular.

Ante essa evidencia, julgou-se aconselhável, ao final deste documento, oferecer algumas sugestões e recomendações que possam conduzir a um estado de coisas mais consentâneo com as responsabilidades da instituição em foco. A adoção de quaisquer das medidas propostas, é óbvio, dependerá de levantamento e estudo aprofundado,

que as circunstâncias e a escassez de tempo não permitiriam nesta oportunidade, além da eventual possibilidade de surgirem, tanto na própria Secretaria como em outras áreas governamentais, soluções alternativas para os problemas aqui levantados.

II - A REFORMA DA SECRETARIA DA SAÚDE

1. Antecedentes

A Secretaria de Estado da Saúde foi estruturada em 1969 (Decreto nº 52.182, de 16 de setembro de 1969), dentro do Programa de Reforma Administrativa do Serviço Público Estadual do então Governo do Estado (Decreto nº 48.040, de 1º de junho de 1967), que continha metas amplas e abrangentes para abrigar os princípios e diretrizes, amadurecidos ao longo de 22 anos de estudos, visando à reorganização daquela Pasta.

Um retrospecto da evolução histórica da Secretaria da Saúde de São Paulo permite a identificação de três fases distintas:

- a) A primeira, estendendo-se de 1892 a 1947, assinala o aparecimento do Serviço Sanitário do Estado e seu crescimento - em função dos problemas e tecnologia da época - até sua transformação em Departamento de Saúde, integrado na Secretaria de Educação e Saúde Pública. Dois grandes nomes se destacam nesse período: Emilio Ribas, que durante 20 anos exerceu a direção do Serviço Sanitário, desenvolvendo e consolidando a organização; e G.H. de Paula Souza, que em 1925 reestruturou o Serviço e criou os primeiros centros de saúde do país - fato que marcou profunda modificação nas diretrizes da saúde pública paulista, por significar o abandono da orientação francesa pela norte-americana.
- b) O segundo período, indo de 1947 a 1967/68, é caracterizado pelo desligamento do Departamento de Saúde, da então Secretaria da Educação e Saúde Pública, e sua transformação na Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social. Um fato a destacar neste período é a consolidação de serviços especializados - consequência da reforma de 1938, que criara o Departamento de Saúde do Estado - conduzindo ao desenvolvimento de um complexo de redes verti-



cais de atendimento, subordinadas a diferentes órgãos centrais.

- c) O terceiro período, iniciado em 1967/68, tem a marca da radical reformulação da estrutura da Secretaria, com base não apenas nos estudos empreendidos durante o período anterior, como ainda no diagnóstico realizado em 1964 pelos consultores internacionais Hilleboe e Schaefer que, a convite do então Governo do Estado, haviam examinado a organização da Secretaria.

Os principais problemas apresentados pela Secretaria, à época da Reforma, foram assim sintetizados por Leser e colaboradores (*):

- "pressão para a instituição (e manutenção) de órgão especializado para cada tipo de atividade";
- "influência do personalismo, procurando autonomia para cada órgão, no sentido de imprimir feição pessoal à sua administração";
- "procura de subordinação à cúpula mais alta, confundindo a posição hierárquica mais elevada com possibilidades de realização".

Em consequência, notava-se falta de coordenação entre as diferentes atividades, excessiva autonomia individualizada nos órgãos e nos seus dirigentes, deficiência no trabalho de equipe, que, como se assinala no trabalho citado, era preterido pela "visão unilateral na defesa de seus campos, multiplicidade e duplicidade de órgãos - com a evidente dispersão de recursos -, e a ausência de órgãos ou atividades centrais que assegurassem o ordenamento das ações, localizando no Secretário de Estado a tarefa de uma difícil

(*) Leser, W. et al. - "Reorganização da Secretaria da Saúde Pública do Estado de São Paulo". Trabalho apresentado ao XVII Congresso Brasileiro de Higiene, Salvador, Bahia, 1968.

coordenação que, pelos motivos apontados, era acionada por solicitações muito numerosas, frequentes, insistentes e em geral urgentes, que na grande maioria deveriam ser decididas em nível inferior".

2. Bases doutrinárias

O exame dos projetos anteriores revela que neles já se encontravam presentes - com o grau permitido pela profundidade variável que tiveram os estudos - as mesmas dúvidas e pontos estratégicos nas mudanças pretendidas, com diferentes cronologias de implantação e diferentes abrangências. Variaram, por exemplo, as denominações dadas (Superintendência de Unidades Sanitárias, Departamento de Unidades Sanitárias, etc.), mas a unificação de atividades dispersas representou uma constante; não foi homogêneo, todavia, o grau emprestado a essa integração: às vezes, a área de tuberculose e/ou hanseníase eram desde logo integradas, medida que outros projetos previam para época posterior. Também a faixa de saneamento se revelava de difícil colocação ou nem mesmo chegava a ser mencionada. De maneira geral, ensaiava-se, com timidez, uma integração dificultada pelo excessivo individualismo alcançado pela organização.

O amadurecimento de princípios e diretrizes para a Reforma foi feito concomitantemente com uma definição muito clara do que pretendia o Governo de então para o Setor Saúde e Saneamento e para o Setor Educação: foram ambas consideradas áreas prioritárias, pelo duplo motivo de estarem as condições médico-sanitárias da população aquém do que seria de esperar-se dentro das possibilidades permitidas pela melhoria sócio-econômica, e em razão da importância daquelas condições para o bem-estar coletivo, completando-se o clássico círculo ilustrativo do conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde. Tal orientação traduziu-se na política de saúde então definida, e cujos pontos básicos vão a seguir sintetizados:

- a) Intensificação do combate às doenças transmissíveis;
- b) Melhoria do rendimento do sistema de assistência médica, inclusive na área das doenças mentais;
- c) Adequação institucional e administrativa do setor;
- d) Atuação coordenada com outros setores, visando à sua integração no plano de saúde.

A adaptação institucional e administrativa do setor, atrás referida, a ser feita através de uma reforma administrativa, representou um dos pontos altos dessa política. A reforma administrativa deveria:

- a) Prever soluções organizacionais para os principais problemas diagnosticados: congestão de cúpula, falta de continuidade administrativa, ausência de comando único em nível local, inexistência de carreiras de saúde pública, insuficiência de informação e planejamento e deficiência operacional;
- b) Pautar a reorganização por mudanças de orientação, enfrentando de maneira global e abrangente as soluções necessárias;
- c) Implantar paulatina e progressivamente o novo conjunto organizacional.

Foi então elaborado o plano geral de reforma da Pasta, que obedeceu à seguinte estratégia:

- a) Descongestionar a área de atuação do Secretário de Estado mediante a criação de um novo escalão imediatamente abaixo do Secretário na hierarquia da Pasta, e responsável pela execução de parte das atividades de linha da Secretaria;
- b) Completar a cúpula administrativa com órgãos encarregados das funções do planejamento e de administração-meio;

- c) Assegurar continuidade administrativa que ultrapassasse as gestões dos Governadores de Estado, através da organização de um colegiado desvinculado da Secretaria, mas de representatividade significativa no setor saúde;
- d) Proceder à descentralização executiva, adotando-se o modelo de regionalização político-administrativa implantado para toda a Administração Estadual;
- e) Promover a integração de serviços em nível local e o agrupamento das unidades em distritos sanitários, que constituiriam a unidade básica da organização;
- f) Definir programas de saúde por tipo de unidade sanitária - em função da densidade populacional e dos problemas de saúde de sua área de jurisdição - provendo adequada instalação e equipamentos, que seriam assegurados por projetos para edifícios de unidades com serviços integrados;
- g) Uniformizar técnicas e garantir a boa qualidade do trabalho, através da centralização normativa;
- h) Situar, em nível central, as funções de organização e planejamento, incluindo estatísticas vitais e administrativas;
- i) Prover a Secretaria de recursos humanos indicados na nova sistemática, mediante a criação de carreiras especializadas de saúde pública e de um conjunto coerente de medidas de administração de pessoal visando completar e manter aqueles recursos;
- j) Modernizar a legislação sanitária então vigente, que datava de 1918;
- k) Definir, em conjunto com o órgão central incumbido da reforma administrativa, os projetos prioritários para a implantação.

3. Opções para a institucionalização

a.- O panorama que se apresentava, quando da institucionalização do plano de reforma da Secretaria da Saúde, era o geral para toda a administração do Estado:

a.1- Haviam sido incluídas na reforma da Constituição de 1967 - Emenda Constitucional nº 2, de 30/10/69, várias medidas de grande importância para a configuração geral da Administração, tais como o Estatuto dos Funcionários Cíveis do Estado, Lei Orgânica das Autarquias, Lei da Paridade de Vencimentos, etc. Tais estudos foram desenvolvidos por grupos diferentes dentro da Administração do Estado - o que era compreensível frente ao vulto da tarefa - sem que se tivesse chegado a um todo coerente, permissível a muitas das medidas prognosticadas pela reforma administrativa.

a.2- Foi adotado um modelo de divisão geográfica político-administrativa que havia sido estudado para toda a Administração Estadual naquelas atividades homogêneas (linha) que comportavam regionalização, tais como as da rede de unidades sanitárias.

a.3- O Programa de Reforma Administrativa do Serviço Público Estadual (Decreto nº 48.040, de 1º/6/67) previa, entre outros trabalhos, a definição do campo funcional do Estado, o tipo de administração indicada em cada caso e toda uma série de medidas visando à valorização do servidor público estadual. A esses tópicos pretendeu-se, desde início, acoplar a reforma da Secretaria e, na medida em que eles não puderam ser desenvolvidos ou o foram fora do programa inicial ou da liderança do GERA, consequências foram observadas para o Plano da Secretaria da Saúde.

a.4- A reformulação das atividades-meio de toda a Administração Estadual e o estabelecimento de sistemas de administração financeira e orçamentária, de orçamento de transportes internos e de processamento de dados, situou a Secretaria da Fazenda como órgão central desses sistemas.

b.- Uma série de medidas veio localizando ou consolidando, em ou

tros órgãos, recursos institucionais e centros de decisão necessários ou com reflexos na reforma da Secretaria. Destacam-se:

b.1- Na área de competência do GERA, a permissão para efetuar alterações de estrutura e outras para realizar a reforma administrativa (artigo 89 da Lei nº 9.717, de 30/1/67) e, posteriormente, a permissão para retribuir os comandos que fossem identificados em decorrência da reforma (artigo 28 da Lei nº 10.168, de 10/7/68). Medida mais de perto ligada à definição de uma política financeira, é também através do GERA que surgem as modificações nos chamados fundos especiais (Decreto-Lei Complementar nº 16), transformando-os em órgãos, o que, no caso da Saúde, implicou em alterações no papel que havia sido definido para o Fundo de Educação Sanitária e Imunização em Massa contra Doenças Transmissíveis - FESI-MA - e para a forma de organização que se pretendeu dar à área de profilaxia da Malária e da Doença de Chagas.

b.2- Na área de competência remanescente do antigo Departamento Estadual de Administração - DEA, situava-se a nomenclatura dos órgãos, ainda com base na Lei nº 6.706, de 4/1/62. A ação do GERA muito pouco pôde inovar nesse conjunto de adjetivos ligados aos comandos: uma das inovações foi a definição de um nível intermediário (Coordenador ou Coordenadoria) entre o Secretário de Estado e o órgão de nível mais alto (Departamento). De maneira geral, e no decorrer do processo, a não modernização desses conceitos agravou-se ainda mais com a fragmentação da competência do DEA, divididas que teve suas funções entre a Secretaria da Fazenda (Conselho Estadual de Política Salarial - CEPS) e a Secretaria do Trabalho e Administração (Departamento de Administração do Pessoal do Estado - DAPE).

b.3- Na área legislativa, a decisão anterior de determinar a organização da assistência medicamentosa sob a forma jurídica de fundação (Lei nº 10.071, de 10/4/68 - Fundação para o Remédio Popular - FURP - artigo 139 da Constituição do Estado de São Paulo, 1967 - Emenda Constitucional nº 2, de 30/10/69) e a criação de um fundo destinado ao programa de educação sanitária, saneamento básico e imunização (Fundo de Educação Sanitária e Imunização em Massa

contra Doenças Transmissíveis - FESIMA, Lei nº 10.108, de 8/5/68, artigo 140 da Constituição do Estado de São Paulo, 1967 - Emenda Constitucional nº 2, de 30/10/69).

b.4- No próprio Governo, como centro maior de decisão, na medida em que não definiu o campo funcional do Estado como era previsto, não escolheu ou não divulgou, a priori, o grau de descentralização que pretendia imprimir a cada área e não coordenou as ações dos órgãos centrais normativos para a Administração Estadual. Essas falhas vêm tendo reflexos na implantação da reforma da Secretaria, no sentido de terem sido adotadas divisões de competências (salários, organização, sistemas), que colocam as propostas da Secretaria sob, pelo menos, três exames sob enfoques diferentes. As diferenças na escolha de figuras jurídicas - com acentuada tendência para a adoção da figura descentralizada e, de preferência, a da sociedade por ações - vieram a resultar em uma menor velocidade no processo administrativo e em desvantagens para a Secretaria. Não se trata de eleger a melhor figura, mas de destacar que foram abandonadas as regras iniciais do conjunto de medidas para a Reforma Administrativa de toda a Administração Estadual.

c.- O desenvolvimento do plano de reforma da Secretaria da Saúde através do Grupo Executivo da Reforma Administrativa - GERA: -

Definido no início do então Governo o programa de Reforma Administrativa do Serviço Público Estadual, foi imediata a recentividade demonstrada pela Secretaria da Saúde. Para essa pronta resposta da Secretaria, contribuiu o amadurecimento de problemas de organização naquela Pasta, a exigir intervenção e reformulações globais. Dentre estas, destacavam-se a existência de três dezenas de subordinados diretos ao Secretário, a verticalidade e separação mútua de órgãos locais de prestação de serviços e, em consequência, a dispersão de recursos humanos, materiais e financeiros.

A - Antecedentes:

Em junho de 1967, como fonte precursora, já era apresentado

ao Governador do Estado plano de reforma da Secretaria, contendo as diretrizes básicas para a reorganização:

- Integração de serviços em nível local, sob comando único, visando à economia de recursos e ao melhor atendimento da população;
- Descentralização executiva através de adoção do maior grau possível de autonomia para as unidades de prestação direta de serviços;
- Centralização normativa, a fim de manter a execução dos serviços sob uniformidade de procedimentos, mediante supervisão especializada e instrução permanente através de normas técnicas;
- Implantação de sistemas permanentes de planejamento, de epidemiologia, de estatística e de treinamento, visando à informática recíproca entre órgãos centrais e unidades periféricas, bem como o adestramento contínuo do pessoal.

Por outro lado, os modelos pré-definidos pela Reforma Administrativa - regionalização de atividades, sistemas de administração geral, delegação de competências, etc., foram também incorporados à sistemática dos trabalhos da Secretaria. Em consequência, foram definidos 10 projetos de Reforma Administrativa, abrangendo toda a área funcional da Secretaria, sendo todos desenvolvidos pelos próprios técnicos da Pasta, com a colaboração de entidades e especialistas ligados aos problemas de saúde pública.

A somatória de premissas positivas permitia prever que a continuação dos trabalhos de reforma poderia ser delegada aos servidores da Secretaria, o que lhes permitiria acompanhar de perto os resultados, bem como propor reformulações ajustadas à realidade do trabalho.

B - Desenvolvimento dos Projetos:

A sucessão de atos normativos decorrentes dos Projetos de Reforma, mais do que uma simples listagem, revela o acerto do proce-

dimento previsto no plano inicial e seu desencadeamento lógico através dos anos seguintes. A seqüência de definição dos projetos foi:

Ano	Projeto de Reforma Administrativa	Área
1967	Nº 2	Planejamento de atendimento, a reestruturação geral e a reorganização do sistema de pessoal do conjunto Juqueri, em Franco da Rocha.
	Nº 37	Descongestionamento da cúpula administrativa da Secretaria.
	Nº 38	Organização de órgão central técnico-normativo.
	Nº 39	Integração das atividades de saúde pública executadas pelas unidades sanitárias na Região Piloto de Campinas.
1968	Nº 46	Planejamento do atendimento, reestruturação geral e reorganização do sistema de pessoal dos hospitais psiquiátricos.
	Nº 47	Melhoria da eficiência operacional do Instituto Butantan.
	Nº 60	Reorganização do sistema de pessoal da Secretaria, visando à descentralização da execução e centralização normativa dos procedimentos básicos de funcionamento.
	Nº 89	Planejamento de Recursos Humanos.
1969	Nº 99	Organização dos serviços de controle da poluição ambiental.
	Nº 100	Reorganização dos hospitais da Coordenadoria de Assistência Hospitalar.

Notam-se, à exceção do Projeto Juqueri (PRA nº 2) - o primeiro a ser definido em função das gravíssimas condições em que se encontrava o Hospital - as seguintes fases na cronologia dos projetos:

I - No primeiro ano de Governo (1967), foram definidos os projetos que moldaram a organização da Secretaria ao plano que se pretendia executar. Desses projetos resultaram, naquele ano e nos seguintes:

- Definição do campo funcional da Secretaria, normas para integração dos serviços em nível local e a adaptação do conjunto de unidades periféricas ao modelo regional adotado para toda a Administração;

- Grupamento de unidades de prestação de serviços à população e de unidades hospitalares em duas Coordenadorias: a de Saúde da Comunidade, com os diversos órgãos locais, e a de Assistência Hospitalar;

- Organização dos serviços de saúde pública prestados pela Secretaria à população na Região da Grande São Paulo;

- Reunião, sob comando único, dos órgãos de pesquisa e de produção, dotados de técnica e equipamentos altamente especializados, a fim de promover sua plena utilização, sendo, para tanto, criada a Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados;

- Definição da estrutura básica de 1º nível da Secretaria, que se achava completa após a distribuição das atividades-fins por quatro Coordenadorias, dando-se subordinação a órgãos em fase de organização ou já organizados;

- Institucionalização final de todas as diretrizes fundamentais definidas e cumpridas, caracterizando-se a Secretaria da Saúde da seguinte maneira:

a) Administração Superior:

Secretário de Estado

Órgãos Consultivos: Conselho Estadual de Saúde

Conselho Técnico-Administrativo

Departamento Técnico-Normativo

b) Execução e prestação de serviços:

Coordenadoria de Saúde da Comunidade

Coordenadoria de Assistência Hospitalar

Coordenadoria de Saúde Mental

Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados



c) Administração Geral:

Órgãos em nível de Departamento, Divisão e Serviço, distribuídos ao longo dos de linha e atendendo, inclusive regionalmente ou por estabelecimento hospitalar, aos órgãos-fins.

II - Em 1968, definiram-se projetos que cuidavam de unidades especiais de prestação de serviços, tais como os demais hospitais psiquiátricos e o Instituto Butantan, sendo que este nortearia a organização das unidades de pesquisas, altamente especializadas, feitas nos anos seguintes.

Inicia-se também neste ano o estudo sistemático da delegação de competência decisória, cuja iniciativa é tomada através de um Decreto, a fim de acompanhar a descentralização das atividades-fins da Secretaria. É importantíssimo também o começo dos estudos sobre os recursos humanos.

Desses projetos e dos anteriormente definidos, foram obtidos os seguintes resultados:

- Análise dos problemas de pessoal da Secretaria, iniciados os estudos do Projeto Juqueri, através da realização de um censo de servidores, indicando que 50% estava rotulado como "Serviçal" e que, destes, cerca de 80% se encontravam executando trabalho diferente do de "Serviçal". O censo foi repetido nos demais hospitais psiquiátricos, com resultados semelhantes;

- Primeiro dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos programas de uma unidade, também feito no Projeto Juqueri e seguido por outras unidades;

- Normalização de salários para uso dos hospitais, igualmente realizada, de início, para os hospitais psiquiátricos;

- Diagnóstico preliminar, organização, estrutura e previsão de recursos humanos do Instituto Butantan, integrado na Coordenação de Serviços Técnicos Especializados;

- Planejamento do atendimento e da demanda de doentes mentais para os demais hospitais psiquiátricos;

- Modelos de órgãos de administração de pessoal e, por extrapolção, para as demais áreas de administração geral;

- Criação e destinação de cargos de direção e chefia para todas as unidades já organizadas, definição da carreira de Médico Sanitarista e de Inspetor de Saneamento, como força decisiva de trabalho para unidades da Coordenadoria de Saúde da Comunidade;

- Organização de unidades especializadas, tais como a Divisão do Exercício Profissional, o Instituto Adolfo Lutz e o Instituto Pasteur.

III - Em 1969, foram definidos os últimos projetos: um deles visando ao controle da poluição ambiental, problema que vinha e ainda vem agravando sobremaneira as condições sanitárias do Estado, e outro estudando modelos de organização para os estabelecimentos da Coordenadoria de Assistência Hospitalar, que congrega hospitais de Isolamento, de Clínica Geral, de Fisiologia, de Dermatologia Sanitária e de Cardiologia.

Desses estudos resultaram:

- A criação e a organização da Superintendência de Saneamento Ambiental - SUSAM, como entidade autárquica, vinculada à Secretaria, e absorvendo o combate à Molestia de Chagas e o controle da Malária, ambos até então exercidos pela Coordenadoria de Saúde da Comunidade;

- A classificação, destinação e organização, por áreas de atividade, dos hospitais da Coordenadoria de Assistência Hospitalar.

IV - Em 1970, nota-se a concentração de esforços na consolidação da nova estrutura, atribuições e competências:

- É iniciada a elaboração de normas técnicas editadas pelo Departamento Técnico-Normativo, tais como as relativas a alimentos e bebidas e as referentes à promoção e preservação da saúde, pre-

vistas no Decreto-Lei Complementar nº 211;

- É iniciado o trabalho de organização interna das unidades, largamente desenvolvido na área de delegação de competência para Coordenadores e Diretores;

- O Conselho Estadual de Saúde prepara-se para formular subsídios destinados a estabelecer a política de saúde a ser seguida.

C - Sistemas de Administração Geral definidos pelo Grupo Executivo de Reforma Administrativa - GERA:

De par com os projetos definidos para a Secretaria da Saúde, já citados, foram desenvolvidos pelo GERA os relativos aos sistemas de administração financeira e orçamentária, de administração de transportes internos e de administração de material.

Em consequência, a organização dos órgãos de administração geral da Pasta incorporou os resultados de todos os projetos GERA já definidos naquelas áreas.

D - Panorama de implantação da Reforma:

Como já ficou dito, a tarefa da Reforma Administrativa proposta pelo Governo foi enormemente facilitada pela pronta resposta da Secretaria da Saúde aos programas definidos. Se, de um lado, foram dados modelos e diretrizes, de outro, a Secretaria prontamente os coloca em ação, testando-os. Ademais, não raro andou à frente, comandando iniciativas que se extrarolaram para toda a Administração e forneceram ao próprio GERA indicações seguras de pontos onde a mudança seria benéfica. Tal é o caso da descentralização de competências, hoje um instrumento bastante aperfeiçoado, mas que teve seus primeiros passos através do Decreto nº 50.596, elaborado com fundamento em estudos das rotinas e proposta de servidores ligados à administração de pessoal na Secretaria.

As iniciativas dos técnicos da Pasta são aqui mencionadas porque, nos trabalhos de reforma da Secretaria da Saúde, as diretrizes se achavam totalmente identificadas com a maneira de pensar

dos servidores: foram eles, às vezes, autores de propostas de descentralização avançadas - e que só não podiam ser adotadas, como regra geral, pela administração central, por se saber que nem todas as unidades eram ainda capazes de montar, a tempo, os mecanismos de controle remoto que permitissem a descentralização.

No último ano daquela administração, tinha-se, em decorrência do desenvolvimento dos trabalhos de Reforma, o seguinte panorama:

- Eram concentrados esforços no equacionamento dos problemas de ajustamento dos estoques de recursos humanos à nova organização da Secretaria;
- Dava-se ênfase à incorporação mais efetiva de manuais de procedimentos e instruções, nos locais de prestação direta de serviços à população - tais como os centros de saúde e os hospitais - de modo que a execução daqueles serviços fosse plenamente previsível e permitisse o adestramento adequado do pessoal;
- Era sentida como urgente a redefinição de política salarial, adequada à realização da força de trabalho necessária aos serviços de saúde pública. Aque se destacam o trabalho médico-clínico e médico-sanitário, o dos técnicos de nível médio em geral, bem como o recurso de recrutamento de força de trabalho fora dos padrões tradicionais, como, por exemplo, através da participação de estudantes e a entrega de determinados programas de saúde por contrato, a grupos de profissionais, não necessariamente organizados de forma empresarial.

Considerados de maneira global, eram altamente satisfatórios os resultados dos trabalhos de Reforma Administrativa do Serviço Público Estadual, na Secretaria da Saúde, bem como promissores os prognósticos de sua implantação e consolidação.

III - ANALISE CRÍTICA E GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA REFORMA

1. Órgãos colegiados centrais

A - Conselho Estadual de Saúde

O Conselho Estadual de Saúde, colegiado necessário face às diretrizes que se pretendeu imprimir à Reforma da Secretaria, foi fundamentado nos estudos levados a efeito no Projeto de Reforma Administrativa nº 37/67 - descongestionamento da cúpula administrativa da Secretaria. Pretendeu-se que tivesse características de órgão colegiado, assessor e consultivo do Secretário de Estado, composto por elementos representativos do setor saúde, mas externos à Secretaria, de forma a assegurar continuidade administrativa que ultrapassasse as gestões dos Governadores de Estado.

Em obediência a essas características, o Decreto nº 52.182, de 16/7/69, estabeleceu que:

- a) O Conselho seria composto por membros indicados - e não representantes - pela Associação Paulista de Medicina, Associação Paulista de Hospitais, Instituto de Engenharia (este deveria ser engenheiro-sanitarista), Universidade de São Paulo (da área de ciências sociais), Faculdade de Saúde Pública da USP, Universidade de Campinas, Associação Brasileira de Enfermagem - Seção de São Paulo - Associação Paulista de Técnicos de Administração e Instituto Nacional de Previdência Social;
- b) O Conselho poderia: designar comissões consultivas especializadas, compostas por elementos pertencentes ou não ao quadro de servidores do Estado; solicitar assessoramento eventual de entidades ou técnicos de reconhecida competência; propor ao Governador do Estado "a criação de comissões intersetoriais composta por elementos da Secretaria da Saúde e de outros setores com competência concorrente ou suplementar em matéria de saúde pública" (artigo 6º do Decreto nº 52.182/69);

c) O Conselho teria competência para:

- sugerir ao Governo do Estado a Política Básica de saúde;
- aprovar propostas para alterações da legislação sanitária;
- opinar sobre modificações na organização da Secretaria;
- emitir parecer sobre o relatório anual da Secretaria, manifestando-se sobre o desempenho dos trabalhos executados;
- opinar sobre planos de trabalho da Secretaria, visando a sua conformidade com a política básica de saúde;
- sugerir ao Secretário de Estado as medidas necessárias ao aperfeiçoamento dos trabalhos da Secretaria e de outras áreas do setor saúde.

Sobre esses três conjuntos de recomendações e normas que se pretendeu atribuir ao Conselho, cabem algumas considerações:

- 1) Quanto à representatividade e continuidade administrativa: a representatividade não assegurou, na maioria dos casos, entrosamento entre a Secretaria e os órgãos representados, nem mesmo assegurou alguma coordenação nas áreas que vieram a tornar-se mais críticas, tais como no saneamento básico e na divisão de tarefas em situações de emergência, como no atual surto epidêmico de meningite. Tampouco a representatividade de entidades profissionais pôde exercer ou exerceu qualquer pressão para que a Secretaria não abandonasse os projetos iniciais componentes do plano de reforma. As exceções são honrosas e estão limitadas aos membros que participaram e viveram as tentativas para organizar a Secretaria.

Tem havido críticas e sugestões no sentido de que a composição do Conselho deveria refletir mais a disponibili-

dade de equipamentos de saúde dispersos na Administração, tais como Hospital das Clínicas e IAMSPE: esse tipo de sugestão encontra eco nas dificuldades atuais por que passa a Secretaria, quando tem "autoridade sanitária" para ser responsabilizada pelo surto de meningite, mas não a tem para comandar aqueles equipamentos e recursos.

2) Quanto ao reforço a ser obtido mediante a designação de comissões especializadas e/ou intersetoriais: este recurso institucional não foi usado nem mesmo para a área de saneamento, cujo funcionamento e forma de organização se revestem de importância capital nas condições de saúde da população. Aqui mais uma vez se comprova que a Secretaria "herda" problemas, porém não tem influência na sua solução.

3) Quanto à competência: um balanço das realizações do Conselho, no cumprimento de sua competência expressa, revela ter o colegiado permanecido mais passivo do que seria necessário à sua função consultiva. Haja vista a inexistência de uma política estadual de saúde, o fato de não ter havido consultas sobre planos e nem, tampouco, haver oferecido sugestões para "clarear" a legislação sanitária, dirimindo as dúvidas sobre competências concorrentes e/ou conflitantes.

Sua tarefa de opinar sobre modificações da organização da Secretaria ficou limitada às consultas que lhe são feitas de criação de órgãos de administração direta, apenas em observância a dispositivo legal, que foi interpretado como sendo aplicável somente naqueles casos em que as modificações devessem ser efetivadas por decreto através do GERA.

Enquanto isso, modificações profundas têm sido introduzidas através de convênios que não precisam ser submetidos ao Conselho: Centro de Estudos sobre Alcoolismo, Centro Latino-Americano de Formação de Pessoal e Pesquisa de Do

enças Cárdivasculares, Centro Panamericano de Controle da Qualidade de Medicamentos, Centro Panamericano de Controle de Doenças Crônicas e Degenerativas, etc. Igual raciocínio se aplica à BRASVACIN (?!), criada com fundos da Secretaria da Fazenda, e que se constitui, ao que se saiba, numa sociedade por ações, com participação do Estado.

O exame do relatório anual da Secretaria da Saúde tem ti do alguma utilidade quanto à forma, nada, entretanto, sen do adiantado sobre seu mérito.

Vê-se, pois, que a intenção que norteou a constituição do colegiado não pôde ser mantida, ou não se previram mecanismos capazes de mantê-la, daí derivando a quase total inocuidade da atuação do Conselho Estadual de Saúde.

B - Conselho Técnico-Administrativo

O Conselho Técnico-Administrativo representa, em nível interno, o papel de colegiado assessor do Secretário de Estado, e foi criado pelo artigo 11 do Decreto nº 52.182, de 16/7/69.

Sua composição foi prevista para, sob a presidência do Secretário, contar com os dirigentes dos órgãos de primeira linha de subordinação: os quatro Coordenadores, o Diretor do Departamento Técnico-Normativo e o Diretor do Departamento de Administração; posteriormente, o Chefe do Gabinete passou a integrar o Conselho.

É da Competência do C.T.A.:

- opinar sobre alterações da legislação sanitária;
- aprovar planos de trabalho e seus reajustamentos;
- aprovar normas técnicas;
- aprovar propostas de modificações de órgãos;
- opinar na criação, classificação e atribuições de unidades sanitárias e de outras de prestação direta de serviços à população;

- opinar na proposta orçamentária anual;
- aprovar propostas de convênios;
- promover articulação entre as Coordenadorias;
- propor ao Secretário providências necessárias ao entrosamento com outros setores da administração pública e privada.

A composição do C.T.A. é mais realista, ou seja, mais identificada com o dia-a-dia da Secretaria e sofrendo mais de perto as dificuldades de execução. Aplicam-se, porém, ao seu funcionamento, as observações feitas para o Conselho Estadual de Saúde no que diz respeito à legislação sanitária, às modificações de estrutura e a sugestões para entrosamento com outros órgãos.

Sua competência para exame de convênios não o capacitou, porém, a torná-los mais identificados com um plano geral de trabalho (talvez em razão da inexistência deste), a evitar as estruturas paralelas criadas sob a denominação de Centros, etc., - conforme já relatado - e, principalmente, a fiscalizá-los. Em setembro de 1974 existiam em vigor 195 convênios nas mais variadas áreas de atividade, sob uma fiscalização, quanto ao mérito, de grau variável entre nula e regular. Repete-se uma fiscalização excessiva dos aspectos formais, sendo inúmeros os convênios para formação de auxiliares de enfermagem que têm voltado várias vezes ao colegiado para reexame de algum tópico: em consequência, há atraso no programa de formação de pessoal, ou até mesmo se frustam os esforços nesse sentido.

A não utilização, pela Secretaria, dos resultados dos convênios, também se constitui em alvo de críticas, tal como acontece com os ajustes feitos com a Faculdade de Saúde Pública para estudos de nutrição em duas áreas piloto, para os quais a Secretaria não enviou servidores a fim de receberem treinamento, conforme fora combinado.

No que se refere à competência de promover a articulação e

tre as Coordenadorias, é mister ressaltar que o C.T.A. não representou o veículo adequado para resolver problemas hierárquicos, que resultaram em que o Secretário de Estado avocasse a si a subordinação direta do Departamento Psiquiátrico II (bloco Juqueri) e do Hospital de Isolamento "Emílio Ribas", integrantes, respectivamente, da Coordenadoria de Saúde Mental e da Coordenadoria de Assistência Hospitalar.

2. Órgãos técnico-normativos centrais

A - Departamento Técnico-Normativo

O grande órgão técnico da Secretaria da Saúde, cuja criação veio corrigir uma das mais acentuadas falhas da estrutura anterior, acha-se parcialmente implantado, compreendendo no momento as seguintes unidades:

- a) Divisão de Planejamento, com as Seções de Programação e Avaliação e de Planejamento de Instalações. Não chegou a ser instalada a Seção de Organização e Métodos, responsável pela manutenção da racionalidade da estrutura institucional e dos procedimentos administrativos;
- b) Divisão de Epidemiologia, com suas Seções de Epidemiologia Descritiva e de Epidemiologia Analítica;
- c) Divisão de Normas Técnicas, com as Seções de Comunicações Técnicas e de Adestramento de Pessoal;
- d) Divisão de Documentação, compreendendo por enquanto apenas a Biblioteca, aliás ainda instalada em dependência separada dos órgãos acima enumerados.

Resta por ser implantada a Divisão de Estatística, o que, todavia, não tem obstado o desenvolvimento de alguma atividade neste campo, no âmbito do D.T.N.

A despeito do acentuado incremento do quadro técnico do D.T.N. nos últimos anos, não parece ter havido um esforço consciente no sentido de lhe conferir a posição de prestígio que deve desfrutar.

tar numa instituição do porte da Secretaria da Saúde.

Um primeiro ponto a merecer reparo diz respeito à sua localização física: não se compreende como o principal órgão de estado maior técnico da Secretaria funcione afastado do centro decisório da organização e sem um contato próximo e permanente com os outros órgãos de estado-maior, representados pelo Gabinete e pelo Departamento de Administração. Em verdade, o órgão a transferir do edifício-sede da Secretaria deveria ter sido a Coordenadoria de Saúde da Comunidade, em razão de sua natureza basicamente executiva.

A própria estrutura do D.T.N., conquanto concebida dentro dos mais sadios propósitos, não é de molde a facilitar seu pleno funcionamento. No entender dos consultores, a principal deficiência da estrutura baixada com o Decreto nº 52.182, reside na inclusão, no D.T.N., da Divisão de Planejamento, quando se trata de unidades com funções e responsabilidades essencialmente diversas.

Com efeito, na qualidade de estado-maior geral, voltado para o nível decisório da organização - sem prejuízo da assistência aos demais níveis, inclusive executivos - uma unidade setorial de planejamento de saúde deve ter as seguintes atribuições:

- 1) Função de programação, relacionada aos planos a longo, médio e curto prazo.
- 2) Funções de coordenação, orientação, normalização técnica nos aspectos exclusivamente programáticos e supervisão na área de sua competência. Aqui se inclui também uma função de controle, no sentido de avaliação de resultados físicos, donde a necessidade de certo grau de autoridade sobre os sistemas de interesse em planejamento, notadamente o estatístico e o administrativo.
- 3) Funções de investigação nos aspectos metodológicos e nos aspectos relativos aos dois sistemas acima.
- 4) Responsabilidades em função dos planos a longo prazo:
 - a) Propor formulações e reajustes da política básica de

saúde. Essa política é definida pelo escalão superior, através do titular da Pasta da Saúde, e deve guardar coerência com a política do Governo;

- b) Coordenar, orientar, consolidar e compatibilizar o processo de formulação e reajuste permanente dos planos de atividade, prestando a assessoria necessária para a melhor utilização das técnicas;
 - c) Exercer função idêntica no tocante à formulação dos planos complementares: recursos humanos e investigação. Em nenhum caso a unidade elabora tais planos, mas somente coordena, assessora e compatibiliza.
- 5) Responsabilidades de trabalho em relação aos planos a médio prazo:
- a) Propor formulações e reajustes da política de investimentos do setor;
 - b) Orientar, assessorar, compatibilizar e coordenar a elaboração dos planos de investimentos e dos projetos específicos. Dentro dessa função, caberia à unidade de planejamento uma primeira avaliação dos projetos.
- 6) Responsabilidades de trabalho em relação aos planos a curto prazo:
- a) Coordenar, orientar e normalizar - nos aspectos exclusivamente programáticos - em colaboração com os órgãos técnico-normativo e administrativo de finanças, o processo de elaboração do orçamento-programa;
 - b) Consolidar os orçamentos-programa das diversas instituições do setor e emitir opinião técnica com relação a alterações que se façam necessárias durante a execução orçamentária;
 - c) Controlar os resultados físicos de cumprimento dos planos que integram o Plano de Saúde. A essa função

dá-se também o nome de avaliação, e não é sua finalidade exclusiva verificar o resultado dos planos, mas ainda fornecer informações para o mecanismo de reformulação diagnóstica do setor;

d) Realizar investigações relacionadas estritamente à sua função de programação. Essas investigações podem ser de dois tipos:

- de técnicas metodológicas de planejamento e sua aplicação;
- e as relacionadas com aspectos administrativos, de racionalização administrativa, de interesse para o processo de planejamento.

Neste último tipo, existem duas áreas de responsabilidade que tendem a caber à unidade de planejamento: uma delas diz respeito à estatística de saúde e a outra, ao estudo permanente da estrutura e dos procedimentos administrativos, com vistas a uma maior racionalização neste particular. Daí recomendar-se - como aliás está previsto na Divisão de Planejamento do D. T.N. - que a unidade de organização e métodos fique localizada no órgão de planejamento.

7) Uma última função da unidade de planejamento é a de divulgação: reveste-se de grande importância a divulgação do processo de planejamento, para o que se pode lançar mão de vários meios, inclusive a edição de boletins contendo informações sobre as atividades da unidade, além de trabalhos sobre o assunto.

Enquanto isso, um órgão técnico-normativo deve estar fundamentalmente voltado para problemas de normalização técnica, sem cuja solução a montagem dos programas fica seriamente comprometida; e é este, no conselho geral, um dos pontos mais débeis das organizações de saúde do país. Outras funções de um órgão dessa natureza

dizem respeito à assessoria, nas áreas de sua competência, à autoridade superior, além da supervisão aos vários escalões executivos.

Da falha estrutural aqui apontada, derivam algumas distorções no funcionamento do D.T.N., e que podem ser assim resumidas:

- 1) Parte apreciável do tempo dos técnicos, incluindo o Diretor do Departamento, está sendo absorvida por questões relacionadas aos aspectos formais do orçamento-programa, em detrimento das funções atrás apontadas. Não se discute a necessidade de participação - e até mesmo de liderança - dos órgãos técnicos da Secretaria na elaboração do orçamento-programa, ainda porque não se pode confiar tal responsabilidade ao órgão de administração-meio sem risco de retrocesso ao orçamento tradicional, por objeto de gasto, embora empregando a terminologia daquele primeiro. A fase atual pode ser considerada como de transição - uma etapa na evolução dos órgãos centrais da Secretaria - mas a situação já se acha suficientemente amadurecida para um reajuste da estrutura do D.T.N., em conformidade com as diretrizes aqui esboçadas.
- 2) A deficiência apontada tem respondido por uma atuação menos efetiva do D.T.N. junto ao nível superior, o que se vem traduzindo na aprovação, por este último, de planos de construção desnecessários ou adiáveis. Cu seja, variáveis não técnicas parece estarem interferindo, em nível acima do recomendável, nas decisões da cúpula - fato este, aliás, a refletir também o despreparo das Coordenadoras, além de certo grau de esvaziamento destas.
- 3) O mesmo se diga da omissão - certamente involuntária - do D.T.N. no tocante à assistência que deveria prestar à rede executiva, donde a incriminação que lhe tem sido feita do órgão ausente e inoperante. Como consequência dessa falta de liderança e iniciativa do D.T.N., alguns órgãos regionais vêm elaborando suas próprias instruções de

serviço, comprometendo o desejável grau de uniformidade dos procedimentos técnicos do nível operacional.

- 4) Não menos grave se afigura o aparente descaso da autoridade superior pelos órgãos permanentes da Secretaria, o que se evidencia pelo elevado número de assessores em áreas especializadas, lotados no Gabinete do Secretário.

Acredita-se que a proximidade física, em relação à cúpula da Secretaria, aliada à adequação da estrutura do D.T.N. às suas reais finalidades, contribuiriam - a menos que não haja vontade política de fazê-lo - para corrigir ou atenuar as distorções aqui focalizadas.

B - Instituto de Saúde

A Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados compreende alguns Institutos com funções normativas, executivas e de pesquisa, anteriormente existentes - Adolfo Lutz, Butantan e Pasteur - e que a ela foram incorporados com as mesmas finalidades que possuíam à época da promulgação do Decreto 52.182. A estes foi acrescentado, em nível de Departamento, o Instituto de Saúde, de cuja estrutura se pretende, nesta oportunidade, destacar as seguintes unidades:

- Divisão de Saúde Materna e da Criança - antigo Instituto de Puericultura, do extinto Departamento Estadual da Criança;
- Divisão de Fisiologia e Pneumologia Sanitária - antigo Instituto Clemente Ferreira;
- Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária - abrangendo determinadas unidades do antigo Departamento de Profilaxia da Lepra;
- Serviço de Oftalmologia Sanitária - antigo Instituto de Tracoma e Higiene Visual; e
- Serviço de Educação de Saúde Pública - antiga Seção de Propaganda e Educação Sanitária da Coordenadoria de Saúde da Comunidade.

Nos termos do artigo 117 do diploma legal citado, compete ao Instituto de Saúde estudar, planejar, orientar, coordenar e executar atividades, nas áreas de ação de suas unidades, que realizem funções específicas como: pesquisas científicas de interesse para a saúde pública; ensaios operacionais de normas técnicas a serem adotadas pela Secretaria; formação ou adestramento de pessoal técnico; elaboração de pareceres técnicos especializados sobre as atividades das unidades executivas das Coordenadorias; supervisão das atividades especializadas nas Coordenadorias; prestação direta, em determinadas circunstâncias, de serviços de saúde à população; assessoramento e participação nas atividades de saúde pública desenvolvidas pelos demais órgãos da Secretaria.

Nada cabe discutir em relação aos três primeiros Institutos mencionados. Em verdade, os problemas da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados se acham em sua maioria concentrados no Instituto de Saúde, cuja estrutura definitiva nem sequer chegou a ser baixada: o Instituto continua sendo um amontoado heterogêneo de órgãos - vários deles remanescentes de antigos serviços com redes verticais de atendimento - representando exemplo típico da organização que alguns autores denominam de "arquipélago", isto é, núcleos isolados sem qualquer motivação em torno de um interesse comum.

Afigura-se até mesmo discutível a ideia de que a simples estruturação formal do Instituto e de suas unidades componentes permita equacionar os problemas existentes; e isso, entre outras, pelas seguintes razões:

- 1) A história progressa de vários dos órgãos que lhe deram origem, onde se concentram profissionais da mais alta qualificação técnica, mas sabidamente contrários à integração das atividades em nível local. Um dos consultores teve oportunidade de testemunhar repetidos e inequívocos pronunciamentos neste particular. As próprias condições em que se procedeu à Reforma, não dando tempo para a motivação e a venda de ideias entre os integrantes dos ór-

gãos especializados - o que talvez ensejasse o aparecimento de líderes favoráveis ao novo estado de coisas - deve ter contribuído para que as várias divisões do Instituto funcionem desvinculadas do restante da Secretaria.

- 2) Recente relatório de uma das Divisões do Instituto de Saúde advoga a "criação e estruturação imediata" de um novo Instituto, destinado a coordenar e supervisionar todas as atividades na sua área especializada; até mesmo a formação e capacitação de recursos humanos figura entre as recomendações do citado relatório. Ou seja, o "virus autonomista" continua vivo e atuante em alguns setores da Secretaria. Tal proposta, evidentemente, só encontra eco num contexto emocional mais explicável em termos de dificuldades da fase de implantação da Reforma, do que pela real necessidade de autonomia.
- 3) Nunca é demais lembrar que a perda - aparente ou real - de "status", representa um dos mais sérios obstáculos a qualquer processo de inovação. No caso da Reforma da Secretaria, essa perda de "status" é real, inevitável e indispensável, face à necessidade de extinguir os numerosos "feudos" que compunham a antiga estrutura institucional. Mas tudo isso tem um preço - a formação de núcleos de resistência, difíceis de submeter a controle. Por outras palavras, paralelamente à nova estrutura da Secretaria, persistem segmentos da velha estrutura, com os inconvenientes que seria ocioso apontar. Acresce que no caso em tela a perda de "status" acarretou também a perda do comando direto de substancial massa de recursos humanos e equipamentos especializados, sobre os quais a autoridade da cúpula da Secretaria era mais virtual que real.
- 4) Tudo indica que o Instituto de Saúde também foi prejudicado por se lhe haver dado, mesmo na primeira definição, um modelo tradicional, talvez por ser o único disponível. Ainda assim, a estruturação, por propiciar alguma melho-

ria para os técnicos, teria contribuído para eliminar um pouco a resistência do grupo anterior, que não foi substituído: tratou-se de um erro tático, por deixar sem liderança efetiva um núcleo resistente à mudança, mas de valiosa utilidade para a modernização da Secretaria.

- 5) Das unidades integrantes do Instituto de Saúde, merece referência especial o Serviço de Educação de Saúde Pública, como se verá em continuação:
- a) Depoimentos de técnicos do S.E.S.P. vieram tão somente confirmar ponto de vista esposado pelos consultores, no tocante à inadequada localização do Serviço, praticamente "enclausurado" dentro da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados, sem facilidade de acesso às demais Coordenadorias e a outros órgãos da Secretaria, a tal ponto que os contatos externos se têm feito numa base estritamente pessoal;
 - b) Não se justifica que um órgão com atuação sobre toda a Secretaria - notadamente a Coordenadoria de Saúde da Comunidade - sofra limitações no seu desempenho e tenha sua atuação quase que limitada ao preparo e distribuição de material áudio-visual, por uma simples anomalia estrutural;
 - c) O problema aqui levantado vem contribuindo para a frustração dos profissionais do quadro do S.E.S.P. e sua evasão para outros campos de atividade, o que, evidentemente, provoca uma reação em cadeia: não é por acaso que, dos dez candidatos da Secretaria presentemente acompanhando o Curso de Planejamento da Faculdade de Saúde Pública, quatro sejam educadores de saúde pública - alguns deles potencialmente capazes de prestar valiosa colaboração às atividades educativas da Secretaria, fossem outras as condições de trabalho.
 - d) A equipe do S.E.S.P. elaborou documento básico, defi-

nindo subordinação mais adequada para o Serviço. Por sua vez, a direção do Instituto de Saúde encaminhou proposta de estruturação do órgão, limitada apenas a algumas de suas atuais áreas, e não englobando o Serviço de Educação de Saúde Pública. Parece aos consultores que a concordância com a saída do S.E.S.P. deveu-se, não ao reconhecimento de sua inadequada localização, mas ao empenho de descartar-se da única área do Instituto de Saúde que permanecia atuante e consciente do seu papel no conjunto da Secretaria. Daí advogarem os consultores a transferência do Serviço para um órgão central da Secretaria, preferivelmente o Departamento Técnico-Normativo, onde lhe fosse legalmente possível estender sua ação a todos os setores da instituição, sem os atuais empecilhos criados pela linha administrativa. Aceita-se como óbvio que as estruturas existam para facilitar o funcionamento das organizações - nunca para dificultá-lo.

As considerações que vêm de ser feitas abrem caminho a várias opções, uma das quais seria a pura e simples extinção do Instituto de Saúde, com o remanejamento de suas unidades para outros órgãos da Secretaria - sobretudo o Departamento Técnico-Normativo e a Coordenadoria de Saúde da Comunidade - utilizando-se como critérios para a efetivação dessa medida o grau de especialização e a área de abrangência de cada uma delas. Exceção feita para o SESP, cuja melhor localização parece ser o D.T.N., os consultores se permitem deixar a questão em aberto, inclusive porque variáveis alheias à Secretaria da Saúde poderão influir marcadamente na estrutura do Instituto de Saúde e na própria preservação da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados.

3. Órgãos executivos centrais, regionais e locais

A - Coordenadoria de Assistência Hospitalar

A Coordenadoria de Assistência Hospitalar apresenta um gru-

pamento típico de atividades de linha por tipo de hospital e conta com órgãos consultivos, de assessoramento técnico e auxiliar, nas mesmas linhas definidas para as demais Coordenadorias. A C.A.H. está assim organizada:

- Conselho Hospitalar do Estado;
- Gabinete do Coordenador;
- Conselho Técnico-Consultivo;
- Departamento de Técnica Hospitalar;
- Departamento de Hospitais Gerais e Especiais;
- Departamento de Hospitais de Tisiologia;
- Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária;
- Departamento de Administração.

Os hospitais da Coordenadoria foram objeto de um Projeto de Reforma Administrativa específico - de nº 110 - que estabeleceu modelos de organização para grupos de hospitais, conforme Decreto nº 52.529, de 17/9/70. Acompanhando a estrutura, foi estabelecido um regulamento-padrão para o Parque Hospitalar do Mandaqui, prevendo as atribuições de todas as unidades componentes do nosocômio relativas a serviços médicos, técnico-auxiliares e de administração geral, as competências dos responsáveis por essas unidades e o detalhamento ainda maior da estrutura, até o nível de setor.

Alguns aspectos da atual situação da Coordenadoria merecem reparo:

- 1) A uniformização do funcionamento dos hospitais, através da edição de regulamentos com base no do Parque Hospitalar do Mandaqui, foi deixada no nível de competência do Coordenador. Infelizmente tal não se deu, e a organização da Coordenadoria ficou limitada aos aspectos estruturais formais.
- 2) Também não chegaram a ser definidos modelos de previsão

de recursos humanos por tipo de hospital, capacidade e clientela, tal como foi feito na Coordenadoria de Saúde da Comunidade para as unidades e distritos sanitários.

- 3) Esses fatos são tanto mais de lamentar, se se tiver em mente que se trata da Coordenadoria que conta com a melhor e mais homogênea retaguarda teórica específica, reunindo, portanto, condições de adequar suas unidades hospitalares a modelos de otimização. No entanto, até mesmo os alvarás de funcionamento dos hospitais do Estado, expedidos pela Coordenadoria, ainda se louvam em legislação de 1939.
- 4) Tudo faz supor que o difícil relacionamento atual entre o Coordenador e o Secretário de Estado venha criando obstáculos a um melhor desempenho dessa importante dependência da Secretaria da Saúde.

B - Departamento de Saneamento da C.S.C.

Ao Departamento de Saneamento da Coordenadoria de Saúde da Comunidade compete, nos termos do artigo 44 do Decreto nº 52.182:

- "I - orientar, coordenar e supervisionar as atividades de saneamento atribuídas à rede de unidades sanitárias, locais e regionais;
- II - executar ou participar da execução de atividades de saneamento que lhe forem atribuídas pelo Secretário, por proposta do Coordenador de Saúde da Comunidade;
- III - articular-se com outros órgãos da administração com competência concorrente na área de saneamento;
- IV - assessorar o Coordenador e demais unidades da Coordenadoria".

Outros dispositivos do citado instrumento legal transferiram para o Departamento de Saneamento os seguintes órgãos, já existentes na situação anterior à Reforma:

- Seção de Engenharia Sanitária, do antigo Departamento de Saúde do Estado, transformada em Divisão de Engenharia de Saúde Pública;
- Serviço de Erradicação da Malária e Profilaxia da Doença de Chagas, transformado na Divisão de Combate a Vetores;
- Serviço de Policiamento da Alimentação Pública, transformado em Divisão de Alimentação Pública.

A entrevista promovida pelos consultores permitiu evidenciar o acentuado grau de frustração do Diretor do Departamento, que na oportunidade levantou os seguintes problemas:

- 1) A total ausência de diretrizes superiores orientando a política de trabalho do Departamento.
- 2) A impossibilidade de lograr uma efetiva coordenação com outros órgãos governamentais desenvolvendo atividades concorrentes na área do saneamento.
- 3) A existência de uma vigorosa estrutura informal, localizada nos antigos serviços que hoje compõem o Departamento, e representando pontos de resistência à introdução de inovações.
- 4) A escassez de pessoal técnico - o Departamento conta com apenas seis engenheiros em nível central, afigurando-se extremamente difícil a ampliação do quadro, em razão dos baixos salários vigentes nos órgãos da administração direta: os engenheiros dão ampla e compreensível preferência pelo trabalho nos órgãos da administração indireta.
- 5) Sobrecarga de trabalho meramente burocrático, não deixando tempo nem condições para que os técnicos se preocupem com as atividades-fins do Departamento.
- 6) Fatores de natureza política interferem negativamente no já limitado desempenho do Departamento.
- 7) Acresce ainda que, sendo o saneamento uma área altamente

competitiva - com a circunstância adicional de que, na Secretaria da Saúde, nela se movimentam órgãos tanto da administração direta como indireta - uma efetiva coordenação deveria constituir iniciativa da autoridade superior, o que lamentavelmente não ocorre.

Em suma, o Departamento de Saneamento foi apenas criado formalmente, por conta do remanejamento de órgãos da antiga estrutura da Secretaria, mas está longe de atingir o grau de adequação compatível com seus objetivos. Problema, por sinal, dos mais graves, se se tiver em vista a contribuição das más condições do ambiente físico para as altas - e crescentes - taxas de mortalidade infantil observadas no Estado.

B - Órgãos executivos regionais da C.S.C.

Os consultores tiveram ocasião de entrevistar apenas um dos Diretores Regionais, cujo depoimento foi inteiramente favorável no tocante à adequação da estruturação em base regional e dos princípios que orientaram a formulação e implantação da Reforma da Secretaria.

No que tange ao órgão sob sua responsabilidade direta, as restrições se prendem à excessiva rigidez que se imprimiu à organização distrital, gerando problemas administrativos, sobretudo de acesso a determinadas unidades de um mesmo distrito sanitário.

Ainda no nível sub-regional, é visível a relutância dos chefes distritais quanto à aceitação de um esquema de trabalho que sistematize e oriente as atividades de supervisão e controle das unidades sanitárias, e ao mesmo tempo permita à direção regional sua pronta localização, quando necessário.

Outros problemas apontados referem-se à escassez de médicos sanitaristas e às interferências políticas, que praticamente bloqueiam as iniciativas no sentido de uma mais racional distribuição de recursos humanos em nível local. Daí resultam gritantes distorções - um centro de saúde dispendo de 63 médicos, contrastando com

a situação de outras unidades da mesma região, que não contam sequer com um desses profissionais.

As críticas mais sérias, colhidas pelos consultores, transcendem o âmbito do órgão regional, cabendo todavia mencioná-las, por refletirem o ponto de vista de um técnico de excelente nível e larga experiência no campo da administração sanitária:

- 1) A Reforma da Secretaria - válida em sua essência - encontra dificuldades na sua consolidação face à escassez de recursos humanos qualificados nos vários níveis institucionais.
- 2) Repete-se na Coordenadoria de Saúde da Comunidade a mesma falha observada na cúpula da Secretaria: o insuficiente acionamento dos órgãos assessores permanentes - no caso, a Divisão de Estudos e Programas - contrabalançado pela utilização de assessores especiais que, embora altamente capacitados em outras áreas da saúde, não reúnem condições para orientar o trabalho da Coordenadoria praticamente responsável pela rede sanitária estadual.
- 3) O órgão regional se ressentia da falta de uma assistência mais efetiva do Departamento Técnico-Normativo.

Falhas como as apontadas - e cuja ocorrência pôde ser comprovada em outras Divisões Regionais - teriam fatalmente de repercutir no nível local, conforme se verá em continuação:

- 1) Frequentes mudanças de normas, rotinas, pedidos de informações e outros, provindos dos órgãos aos quais está subordinada a unidade sanitária, indicando falta de racionalização de serviços, com conseqüente acúmulo de tarefas na unidade.
- 2) Falta de maior clareza e definição de competências entre Centro de Saúde, Distrito Sanitário e Divisão Regional, principalmente quanto a aspectos de suprimento de imunizantes e medicamentos, manutenção e disponibilidade de

veículos e equipamentos.

- 3) Falta de treinamento para os servidores, que são admitidos para funções com denominação exata, mas sem especificação exata das atividades correspondentes. Essa falha se repete de maneira circular, com os servidores novos treinados em serviço por outros servidores que passaram pelo mesmo processo de aprendizagem, o que forçosamente contribue para a implantação e consolidação de procedimentos incorretos.

- 4) Outro problema que persiste em nível local é a tradicional inobservância, por parte dos médicos, do horário regulamentar de trabalho. Em algumas unidades sanitárias, conforme verificações realizadas por alunos da Faculdade de Saúde Pública, o problema assume proporções alarmantes, já que o médico mal chega a trabalhar 50% das horas contratadas.

A questão é extremamente complexa - inclusive por envolver aspectos relacionados à política salarial do Estado - mas exige solução adequada, por estar comprometendo seriamente todo o esforço até aqui empenhado na implantação da Reforma. Provavelmente a única fórmula reside na fixação de um nível salarial que permita à Secretaria estabelecer o controle (no sentido administrativo do termo) da permanência do médico na unidade e aplicar sanções contra aqueles que infringirem as normas sobre a matéria.

- 5) Relacionado ao problema apontado, ocorre o da limitação da autoridade do médico-chefe da unidade local sobre os subordinados, no que se refere à sua competência face às normas de administração de pessoal vigentes no Estado. Tal fato se reflete no excessivo absentismo por doença observado entre servidores da unidade mediante licenças obtidas em outros órgãos, o deslocamento de servidores

para prestar serviços em outros órgãos e a impossibilidade de alterar a situação funcional legal dos servidores para melhor classificá-los e redistribuí-los.

Os pontos enfocados sugerem a existência de um descompasso entre um dos princípios básicos que presidiram a Reforma da Secretaria - a descentralização executiva - e o regime de administração de pessoal, excessivamente rígido e centralizado. Daí decorre que, na citada área, os vários escalões executivos da Secretaria receberam a responsabilidade, mas não a autoridade, o que constitui flagrante violação do princípio da delegação. Por outras palavras, a estrutura institucional passou por radical processo de modernização, não ocorrendo o mesmo, todavia, no que respeita aos procedimentos administrativos.

Outro problema do nível local tem sido evidenciado nas cidades-sede de distrito sanitário, onde a chefia distrital se acha instalada no centro de saúde ou em prédio contínuo. Duas situações diversas se apresentam: numa primeira, o chefe do distrito, face à inoperância do chefe da unidade, absorve funções deste último, introduzindo perigosa distorção na estrutura distrital e descuidando-se de suas responsabilidades em relação às demais unidades que lhe estão subordinadas. Numa segunda situação ocorre justamente o oposto: por falta de personalidade do chefe do distrito, o chefe da unidade sanitária passa a desempenhar funções que, salvo raras exceções, não lhe seriam delegáveis.

Num e noutro caso está configurado o desconhecimento de noções básicas de administração, aliado ao insuficiente grau de esclarecimento no que tange aos princípios que nortearam a Reforma da Secretaria. Falhas, é óbvio, a reclamarem correção, por ferirem a linha de autoridade, prejudicando o funcionamento adequado do nível de prestação direta de serviços.



IV - O PROBLEMA DA SUPERVISÃO NA SECRETARIA DA SAÚDE

A supervisão permanente e contínua figura entre as diretrizes que orientaram os trabalhos de estruturação da Secretaria da Saúde. Ao destacar esse fato na apresentação da coletânea de textos legais e regulamentares sobre a matéria, Leser acrescenta: "não basta editar normas estabelecendo como devem ser executados os trabalhos, porque duas consequências se impõem: a orientação para o perfeito entendimento da norma e a verificação de que ela está, de fato, sendo corretamente executada. Tais atividades devem ser desenvolvidas em caráter permanente nos diferentes níveis e contribuir, ainda, para aferir as condições necessárias aos trabalhos de avaliação de resultados".

Conceituada como um processo dinâmico, através do qual um superior ajuda e orienta o pessoal sob sua direção, ajudando-o a desenvolver-se, a superar-se e a realizar o trabalho de forma mais eficiente: ou, também, como um intercâmbio de conhecimentos e experiências; ou, ainda, como uma técnica de ensino na qual o supervisor não diz que está ensinando e o supervisionado não sabe que está sendo ensinado, a supervisão é amplamente reconhecida como um dos mais eficazes procedimentos destinados a assegurar a integração das funções e a manter o impulso coordenador dentro da organização.

Entretanto, a importância da supervisão somente encontra paralelo nas dificuldades para sua correta execução.

Uma primeira dificuldade deriva do fato de que a supervisão deve ser entendida essencialmente como uma questão de relações entre pessoas, desenvolvidas tanto quanto possível sem que se percebam diferenças de nível. Daí decorre que: 1) o supervisor necessita ser uma pessoa com disposições naturais especiais; 2) não basta ser uma pessoa preparada, nem ter muita experiência; 3) deve ser principalmente um catalisador das capacidades das outras pessoas; 4) deve conhecer muito bem os fins, os objetivos e a doutrina da organização; e 5) deve saber como tratar as pessoas e despertar sua confiança.

Outra dificuldade do processo de supervisão diz respeito ao problema da iniciativa - aspecto ainda não inteiramente esclarecido entre nós, posto que, via de regra, nas organizações de saúde latino-americanas tem prevalecido o sistema de controle direto, frequentemente exagerado. Daí se achar que a supervisão deva ser solicitada e não tenha o caráter de inspeção. Ocorre, porém, que a pessoa encarregada da supervisão não deve esperar ser solicitada - como se fora um assessor ou consultor - mas ser bastante hábil para sugerir esse pedido, ou ainda provocar ou motivar o requerimento, o que consiste sobretudo num problema de relações informais.

Vale destacar, entre as qualidades do supervisor, atrás enumeradas, a relativa ao perfeito conhecimento dos fins, objetivos e doutrina da organização - aspecto particularmente importante no caso de certas áreas especializadas, cujos supervisores devem possuir um quadro de referência mais amplo, dentro do qual possam situar as ações no seu campo específico de supervisão.

Cabe mencionar, finalmente, o fato de que, do ponto de vista formal, o órgão "staff" - onde se situam os supervisores - está ligado à organização como um todo por uma relação assessora, e às unidades de linha por uma relação funcional ou de mando especializado, que atua como um canal de instruções técnicas. Nenhum dos dois tipos de relação confere mando administrativo - e é exatamente o desconhecimento deste ponto, envolvendo o próprio desconhecimento do conteúdo administrativo da supervisão, que se constitui, não raro, em fonte de conflitos entre o "staff" e a linha.

Uma análise, ainda que superficial, do desenvolvimento das atividades de supervisão na Secretaria de Saúde conduziu à identificação dos seguintes problemas:

- 1) Um primeiro problema - este de natureza legal - decorre das denominações de "Supervisor" e "Inspetor", adotadas para praticamente as mesmas funções básicas, embora exercidas em níveis e regimes diferentes, já que se pretendia, de um lado, abrir oportunidades a técnicos estra -

nhos ao quadro permanente da Secretaria (admitidos em comissão na categoria de "Supervisor"); e, de outro, aproveitar junto às Divisões Regionais, em cargos de Médico-Inspetor (efetivo) os antigos Delegados de Saúde, vários deles há decênios ainda no grau inicial da carreira de Médico. Por analogia, a qualificação de "Inspetor" foi estendida aos demais servidores previstos para outras áreas especializadas de assessoramento no nível regional. Em que pese a implicação legal da medida, cumpre ponderar que a denominação de "Inspetor", adotada para servidores no exercício de atividades de supervisão, não foi das mais adequadas, ante a conotação fiscal ou policial que a palavra encerra. Trata-se de aspecto a reclamar revisão, por uma questão de coerência com linhas de pensamento modernas, que procuram cada vez mais enfatizar o cunho educativo de que se reveste a função supervisora.

- 2) É insuficiente o quadro de Supervisores e Inspetores da Secretaria, cujo número total acusava até recentemente um "deficit" de 50 profissionais. A essa deficiência numérica juntam-se os seguintes problemas adicionais: a) do total existente, cerca de 50% trabalha em regime de tempo parcial, situação que, conquanto permitida, esperava-se que ocorresse em caráter de exceção; b) ainda não se acha satisfatoriamente solucionado o problema da supervisão na área de enfermagem da Coordenadoria de Saúde da Comunidade; c) casos têm ocorrido em que os supervisores são deslocados de suas funções específicas - ora por que sua presença se faz necessária na área executiva por falta de profissional especializado em nível local, ora, ainda, pela emergência de problemas urgentes a reclamarem seu assessoramento aos níveis regional e central.
- 3) Certos setores da máquina administrativa do Estado - especificamente, os sistemas de administração financeira, de administração de transportes internos e de regionali-

zação administrativa - têm entravado o andamento dos trabalhos de supervisão. Apontam-se aqui, como responsáveis pela situação, fatores extra-Secretaria, pôsto que a orientação na montagem e funcionamento daqueles sistemas escapou ao âmbito de decisão da Pasta da Saúde. Por outras palavras - e tal como sucede em relação ao sistema de administração de pessoal - parece insuficiente o grau de adequação das atividades-meio às atividades-fins.

- 4) Outro problema ligado à supervisão deriva do deficiente preparo ou esclarecimento, sob vários aspectos, dos profissionais responsáveis por essa atividade, o que pode ser atribuído a vários fatores, tais como: a) a estratégia adotada para a implantação da Reforma, conduzindo a uma radical e simultânea reformulação das várias peças da máquina administrativa da Secretaria, sem que tivesse havido tempo para uma etapa preparatória de divulgação e esclarecimento entre os servidores, especialmente aqueles que deveriam assumir novos encargos; b) o insuficiente ou até mesmo ausente abastecimento - em termos de informação técnica atualizada - dos Supervisores e Inspetores, por parte do Departamento Técnico-Normativo e do Instituto de Saúde, omissão que teve suas causas discutidas anteriormente; c) o desconhecimento bastante frequente entre os integrantes do quadro de supervisores, do real sentido da supervisão, em especial no que respeita ao tipo de relação administrativa que deve prevalecer entre o supervisor e as unidades de prestação direta de serviços; daí resulta a invasão, pelo supervisor, da linha de mando, produzindo distorções na estrutura formal da organização e originando problemas que cumpre a todo custo evitar. Em alguns casos, os antecedentes desse problema são de pronta localização: trata-se de profissionais que, na situação anterior à Reforma, ocupavam posições de man-

do em serviços especializados dispendo de rede própria de atendimento, e que vieram depois a ser aproveitados como supervisores nas respectivas áreas; compreende-se que não seja fácil para um profissional - qualquer que seja seu campo de atividade - alterar radicalmente e a curto prazo uma filosofia de trabalho que pautou suas ações durante anos a fio. Não é menos certo, em contra-partida, que os dirigentes dos órgãos regionais e distritais deverão conduzir-se com habilidade, não apenas para evitar o agravamento da situação, como para poderem tirar o máximo proveito da experiência e conhecimentos especializados desses profissionais - ainda porque, na presente conjuntura, não há muitas opções a fazer.

