

A COORDENAÇÃO DO PROGRAMA METROPOLITANO DE SAÚDE E A
INCORPORAÇÃO DOS DEPARTAMENTOS REGIONAIS
DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA
DE SÃO PAULO

FUNDAP, outubro/85



PROGRAMA METROPOLITANO DE SAÚDE - PMS

INTRODUÇÃO

A estrutura da CPMS e conseqüentemente de seus módulos definida no Decreto nº 23.195 de 02.01.1985 vista como um embrião de uma estrutura para a Secretaria da Saúde, assume hoje, para o conjunto dessa organização, um papel distinto daquele pensado no momento de sua concepção. A conjunção de diversos eventos ocorridos no interior da Secretaria da Saúde, resultantes inclusive de relações interinstitucionais como o AIS e a municipalização dos Serviços de Saúde, ocasionaram mudanças significativas na prática da Secretaria, principalmente, nos seus Departamentos Regionais. Essa situação fez com que no Seminário de Cananéia, realizado de 11 a 13/09/1985, emergisse uma proposta já embrionária na Secretaria de transferir os DRS da Grande São Paulo para a CPMS.

Contudo, essa mudança não significa apenas uma mera transferência de competências, mas de reordenar e reorganizar os DRS para que integrem essa proposta avançada da Secretaria, a CPMS. Nesse sentido, o evento de transferência coloca a necessidade de repensar a concepção dos DRS, de reorganizar sua prática a partir do novo modelo de assistência à saúde preconizado pelo PMS.

Esse momento é significativo não apenas para os DRS da Grande São Paulo, mas para toda a Secretaria, uma vez que a sua reorganização apontará para a reordenação de outras regionais e mesmo para as Coordenadorias, que deverão buscar a definição do seu próprio papel, a partir de uma nova concepção da Secretaria da Saúde.

Assim, o desencadeamento desse processo de mudança leva o PMS, que deveria, numa primeira etapa, apenas implementar e avaliar o novo modelo de assistência à saúde em cinco áreas da RMSP, a lidar de imediato com o fato, que apenas num futuro próximo seria



efetivado, a incorporação dos DRS. Portanto, para isto é necessário redefinir papéis, buscando um novo formato organizacional para os DRS dotando-os de capacidade resolutiva para responder de maneira mais ágil as demandas da população. Isso é necessário para que a CPMS se mantenha como uma estrutura ágil capaz de implementar o novo modelo e de responder dinamicamente os DRS.

O texto que segue recupera algumas passagens do PMS, partindo da justificativa da criação da CPMS, que dá uma visão geral do Programa, apresenta, em seguida, a proposta do módulo de saúde, unidade organizacional desse novo modelo de assistência à saúde e sua implementação.

Esses documentos deverão subsidiar a discussão sobre a reorganização da prestação de serviços de saúde na área Metropolitana de São Paulo. Nesse sentido, pretende-se com essas discussões:

- Garantir a informação para todos os níveis das unidades afetas aos serviços públicos de saúde sobre o novo modelo de assistência à saúde preconizado pelo PMS.
- Discutir, a partir desta proposta, e das Ações Integradas de Saúde e da Municipalização a reorganização dos serviços públicos de saúde na área Metropolitana.
- Fornecer subsídios ao GT, constituído pela Resolução SS 161/85, de 09/10/1985, que elaborará uma proposta de reorganização dos serviços públicos de saúde na área metropolitana.

PROPOSTA PARA INSTITUCIONALIZAÇÃO
DO PMS

O Programa Metropolitano de Saúde é um dos projetos mais importantes do atual Governo na área social respondendo a uma necessidade de melhoria de assistência às grandes massas urbanas concentradas na periferia da Grande São Paulo. Procura implantar a curto prazo a proposta de um modelo público de prestação de serviço, que contemple a regionalização, hierarquização e a integração interinstitucional.

Os princípios em que o Programa Metropolitano baseia-se são os seguintes: a) o direito de todo o indivíduo à saúde; b) facilitação de acesso à assistência à saúde; c) vinculação de uma população definida a uma Unidade Básica de Saúde; d) descentralização técnico-administrativa com graus de decisão mais próximos ao nível local; e) coordenação interinstitucional; f) participação comunitária em órgãos de saúde.

Em sua primeira fase, prevê a alocação de recursos da ordem de US\$ 121 milhões dos quais US\$ 55,5 milhões provêm de empréstimo externo. Dentro do objetivo de desenvolvimento de um novo modelo de assistência básica à saúde para a Grande São Paulo, o Programa prevê três componentes a saber:

- a) desenvolvimento institucional;
- b) desenvolvimento de recursos humanos;
- c) desenvolvimento da rede física.

Como estratégia de implementação definiu-se cinco áreas prioritárias, como constam do Decreto nº 21.862 de 29/12/83 (Artigo 2º, § único), onde nesta primeira fase grande parte dos recursos serão investidos na ampliação da rede física. Na forma de investimento físico o Programa prevê construir e equipar 99 UBS, reformar e reequipar outras 28, construir e equipar 5 hospitais e reformar e reequipar outros 3 hospitais.

A viabilização do empréstimo, que concentra quase todo o recurso na área de investimento físico, tem como contrapartida das instituições de saúde do setor público a alocação do custeio, que está consolidada no Convênio de Ações Integradas de Saúde celebrado em outubro de 1983 - abrangendo a Região da Grande São Paulo, integrando o PMS ao Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (CONASP).

Como o PMS trabalha com a discussão da redefinição do setor público e todo o componente de custeio apoia-se em convênios com os níveis Municipal, Estadual e Federal; seu fórum de decisão será a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS).

Com certeza o grande desafio que o Programa coloca para as instituições envolvidas, principalmente para a Secretaria de Estado da Saúde, por seu papel central de coordenação do sistema de saúde a nível do Estado, é o componente que trabalha com o desenvolvimento institucional e de recursos humanos.

Neste sentido é que a Comissão do Programa Metropolitan encaminha ao Conselho Técnico Administrativo, órgão colegiado máximo da Secretaria de Estado da Saúde, uma proposta para institucionalização do Programa, a nível da SES. A nosso ver, esta proposta de institucionalização será o ponto de partida e norteadora das demais instituições, no que diz respeito ao modelo proposto pelo Programa.

A proposta de institucionalização, que apresentamos, parte de algumas diretrizes gerais importantes para a implementação do Programa, a saber:

- a) O Programa deverá ser viabilizado pela administração direta, tanto da Secretaria de Estado da Saúde, como nas demais instituições participantes (municipais e federais); ou seja, garantir que o Programa não crie estruturas paralelas (Fund

ções, Autarquias Especiais, etc.) para seu desenvolvimento, procurando viabilizar sua extensão às demais áreas da Região Metropolitana de São Paulo.

- b) O Programa terá como estratégia a criação em cinco áreas da Grande São Paulo, de modelos que possibilitem a curto prazo apontar mudanças estruturais nas instituições, em consonância com as propostas de descentralização e regionalização das ações de saúde.
- c) Apesar da variabilidade de realidades na Grande São Paulo, aproximar ao máximo o modelo de gerenciamento do nível municipal dentro de propostas de descentralização técnico-administrativa e municipalização dos serviços de saúde, garantindo à Secretaria de Estado da Saúde a coordenação do sistema.
- d) As novas propostas de gerenciamento do sistema deverão ser desenvolvidas prioritariamente pela articulação dos órgãos da Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Higiene do Município de São Paulo e INAMPS, deixando o papel complementar às consultorias especializadas.
- e) Desenvolver o modelo através da unidade básica funcional proposta, ou seja, o módulo de saúde, que será implementado gratuitamente nas diferentes áreas e subordinado à coordenação do Programa Metropolitano de Saúde.

Esse elenco de definições procura estabelecer uma coerência do Programa com a atual política estabelecida pela SES. Pois, se de um lado a Secretaria nesta gestão optou por uma estratégia de mudança que visa esgotar através da atual estrutura todas as formas possíveis de implementação de suas políticas, por outro lado assume a necessidade de garantir pela primeira vez, no seio da estrutura, a criação de áreas de implantação do embrião de uma nova estrutura.

Neste sentido, esta estratégia propõe uma institucionalização dessas áreas, segundo as diretrizes gerais, privilegiando algumas características centrais julgadas como essenciais dessa proposta e contempladas no decreto nº 23.1985, de 02.01.1985, que cria a CPMS:

- 1) A unidade organizacional da proposta é um módulo que contempla em sua estrutura, campo funcional e competência para dirigir as ações de saúde de uma área geográfica. Tenta-se garantir a essa unidade uma estrutura administrativa descentralizada e com flexibilidade para poder introduzir elementos inovadores de gerenciamento de recursos humanos, com centros de custos, etc., como áreas de programação.
- 2) A estrutura da SES para o módulo tem um papel fundamental que é a unificação e a coordenação da política de saúde para as áreas, pela diversidade de situações encontradas na Região Metropolitana. Apresentam-se os diferentes módulos propos-tos com estabelecimentos e hospitais governamentais e privados, redes municipais de saúde, áreas com uma ou mais Prefeituras, etc.
- 3) O módulo deve agrupar os recursos estaduais de saúde na área, subordinando os mesmos a sua estrutura, transferindo reçursos das diferentes coordenadorias e eventualmente extinguindo estruturas existentes. As novas estruturas a serem criadas nas áreas do módulo serão incorporadas posteriormente.
- 4) Apesar do Programa prever estruturas intermediárias entre os módulos e a coordenação para a Região Metropolitana nesta primeira fase, ênfase para implantação estará voltada para os módulos. Os níveis intermediários serão definidos, tanto em área de abrangência como em campo funcional, à medida que a implantação dos módulos for exigindo esta nova estrutura (trata-se de definir os níveis intermediários de baixo para

cima, como exigência para uma melhor operacionalização dos serviços). Enquanto isso, os atuais níveis intermediários desempenharão importante papel no acompanhamento e redefinição desta nova estrutura.

- 5) O módulo, em última instância, é o espaço institucional criado, uma espécie de "território livre", para que dentro das atuais diretrizes da administração direta se possa criar novas formas de gerenciamento do modelo, sob uma única coordenação.
- 6) Outro aspecto relativo à implantação é que o Decreto prevê a criação de todos os módulos do Projeto, mas subordina ao Secretário a implementação gradativa dos mesmos, de acordo com cronograma, interesse e resultado do desenvolvimento institucional.
- 7) A Comissão do Programa Metropolitano de Saúde através do acordo definiu uma Unidade de Coordenação que será responsável a nível da SES pela implementação e acompanhamento do Programa. A coordenação dos módulos pela própria característica não poderia, nesta fase, ser desenvolvida pelos atuais órgãos existentes.
- 8) Esta unidade de coordenação do programa não irá reproduzir os moldes das atuais coordenadorias, devendo a exemplo da estrutura proposta para os módulos, ter flexibilidade para introduzir elementos inovadores a nível da administração direta.
- 9) A unidade de coordenação, por representar nesta fase uma estrutura de transição, terá no seu dimensionamento uma equipe técnica de aproximadamente vinte pessoas. A proposta é que os esforços se deem a nível dos módulos e para tarefas superdimensionadas para esta fase - setor de construção das UBS

e dos Hospitais - seriam contratadas consultórias, ficando a execução sob controle da equipe técnica da Unidade de Coordenação.

- 10) Por último, dado ao caráter executivo da unidade de coordenação e a necessidade de articulação e inserção dentro da SES, a mesma deveria participar do Conselho Técnico Administrativo para que esta permaneça sincronizada com as diretrizes políticas da pasta.

OBSERVAÇÃO

Na leitura deste texto dois itens merecem destaque: o item 4 que menciona o fato do Programa, nesta etapa, não contemplar as estruturas intermediárias entre os módulos e a Coordenação - CPMS, enfatizando-se apenas a implantação dos módulos, permanecendo os atuais níveis intermediários desempenhando papel de acompanhamento e redefinição da nova estrutura. Isso vem enfatizar a mudança de rumo que significa a incorporação dos DRS na CPMS.

O item 8 ressalta a necessidade de se pensar a nova proposta dos DRS numa dinâmica que os agilize sem reproduzir as estruturas atuais como propõe o PMS e considerando a incorporação de outros serviços de saúde (ambulatorios, hospitais) visando uma assistência integral à saúde.



2 - MÓDULO DE SAÚDE

Os documentos que seguem apresentam, primeiro uma discussão da dimensão organizacional do módulo e a seguir uma sistematização de suas atividades finais.

2.1 - ESTRUTURA DO MÓDULO

A concepção do novo modelo de assistência à saúde a ser implantado nas áreas do PMS incorpora uma visão integrada dos serviços de saúde, tendo no módulo a unidade de prestação desses serviços à população.

O módulo, como unidade desse novo modelo, preconiza como entrada principal do sistema as unidades básicas de saúde, que se referem ao ambulatório especializado e este a um hospital geral.

Apesar da integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde estar presente, há algum tempo, no discurso dos dirigentes do setor saúde, ele ainda não constitui uma realidade, nem sequer no interior das organizações públicas de saúde. Sem considerar a eficácia da prestação dos serviços públicos de saúde, os hospitais e centros de saúde oferecem, isoladamente, serviços sem qualquer sistema de referência que otimize seus recursos.

Nesse sentido, o módulo colocando sob uma mesma coordenação hospital e unidades básicas de saúde, ele busca uma maior eficácia dos serviços de saúde, através da sua integração e hierarquização. Contudo, a reorientação dos serviços públicos de saúde e sua integração com a rede privada, necessita de um formato organizacional que possibilite uma nova concepção de gerência, que privilegie não os processos administrativos, mas a produção dos serviços. A prestação pública de serviços não parece incorporar na sua dinâmica a clientela, que constitui a razão de ser da própria organização. No entanto, essa organiza

ção sobrevive independente da consecução dos seus objetivos, privilegiando as atividades meio. Com isto volta-se para si, sem incorporar as demandas da população que, em princípio, deveria assistir, consumindo seus recursos para sua própria sobrevivência. Para superar essa situação o módulo de saúde não deve buscar apenas a racionalização de seus recursos, para melhorar a qualidade dos serviços prestados, mas reorientar a prática dos serviços existentes, através de um formato organizacional que permita incorporar a clientela e suas necessidades na gestão do módulo. Daí a necessidade desse módulo ser uma unidade descentralizada, dotada de autonomia para gerir seus recursos. Nesse sentido, o formato do módulo deve ser algo dinâmico que procure superar as contradições existentes na instituição hospitalar e na própria unidade básica de saúde (centros de saúde).

O módulo com o propósito de operar um novo modelo de assistência à saúde, não deve circunscrever-se as estruturas conhecidas, mas buscar um novo formato onde a dicotomia hospital/ambulatorio possa, se não ser superada, pelo menos melhor administrada.

Assim, cada módulo deverá, a partir da estrutura básica delineada no Decreto de Estruturação da CPMS, buscar um formato, que não apenas agilize as atividades programadas e incorpore as demandas da população, mas também, inove as articulações entre suas diversas unidades, privilegiando a eficácia do módulo, a prestação dos serviços de saúde.

Assim, estas questões permitem ressaltar:

- 1º) O modelo de assistência à saúde preconiza a integração dos serviços, através da articulação das instituições públicas e de sua ação programática. O Módulo de Saúde incorporando a assistência médica oferece serviços de saúde hierarquizados com capacidade resolutiva para atender à população circunscrita a uma área (regionalização).
- 2º) O Módulo, enquanto unidade organizacional, dotada de autonomia gerencial (UD) traduz as propostas do atual Governo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde,

bem como a proposta das Ações Integradas de Saúde - AIS, como estratégia de implementação das ações de Saúde.

- 3º) A implementação do Programa com a criação da CPMS, órgão da administração direta, responsável pela implantação do novo modelo de assistência à saúde, introduz no interior da SES a possibilidade de repensar não apenas sua prática como sua estrutura.
- 4º) A definição da estrutura do Módulo reflete a prática organizacional das Instituições envolvidas. De um lado a SES que desenvolveu somente a rede básica (CSC), sobrepondo as outras Coordenadorias e de outro a SHS que privilegiou a organização hospitalar. Já as instituições privadas envolvidas no Programa, como Cotia e Santa Marcelina, desenvolveram experiências diferentes, mas também centradas no hospital. Assim, Cotia desenvolve um serviço hospitalar integrado com uma rede de serviços básicos; Santa Marcelina, com um hospital de 500 leitos, integra-se com os PAM's do INAMPS.

A concepção mais próxima do Módulo, da ótica da SES, é o Distrito Sanitário, que é um órgão intermediário com competência técnica, mas não administrativa, para coordenar a ação da rede básica. Enquanto o hospital, na SES, está mais voltado ao atendimento de moléstias infecciosas. Já na SHS a estrutura mais próxima é o Hospital, que apenas, recentemente, começa a articular-se com a rede básica.

É a partir dessas concepções da organização dos serviços de saúde que deve emergir uma proposta de estrutura do Módulo, assumindo as características próprias de cada uma das áreas do Programa.

Portanto, a estrutura do Módulo deve contemplar as seguintes características:

- . resolutividade, com a incorporação da assistência médica;
- . autonomia na gestão dos recursos financeiros, materiais e pessoal;
- . a articulação interinstitucional;
- . a integração programática e aviação;
- . características da área de implantação;
- . superar a dicotomia hospital x rede básica.

A partir destas características é que se tem procurado delinear uma estrutura organizacional do módulo de saúde. As estruturas até aqui concebidas privilegiando o módulo como unidade organizacional e superando a dicotomia hospital x UBS retiram do âmbito do hospital as unidades de apoio diagnóstico, de administração, ficando a unidade de internação com o papel do que hoje se chama hospital. O importante é valorizar o módulo como unidade integrada sob a coordenação do Diretor e de um Diretor Adjunto. O segundo terá um papel técnico/administrativo ficando o Diretor do Módulo liberado para as atividades de articulação interinstitucional, administrando as fronteiras da organização.

Apesar da importância da estruturação do módulo, ela não será objeto de um relato mais detalhado, uma vez que o objetivo é informar e levantar questões que permitam aos funcionários pensar os DRS neste novo contexto.

A seguir retomamos de maneira mais suscinta as características do módulo.

2.2 - O MÓDULO DE SAÚDE E SUAS CARACTERÍSTICAS

O Módulo de Saúde é concebido como uma rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Hospital Geral (HG), organizado sistematicamente e hierarquicamente, em níveis de complexidade e articulados funcionalmente sob gerência única. A UBS é a porta principal de entrada da clientela a este sistema de saúde que, tem por objetivo, prestar assistência integral à saúde que, tem por objetivo, prestar assistência integral à saúde da população em uma área geograficamente delimitada.

O Módulo de Saúde apresenta as seguintes características:

- a)- desenvolverá suas atividades sob gerência única com autonomia orçamentária e administrativa.
- b)- o Módulo programará suas atividades a partir das necessidades de saúde da população de sua área de atuação, utilizando o enfoque de risco na determinação de prioridades, com base na relação demanda de saúde/tecnologias disponíveis;
- c)- as ações a serem desenvolvidas serão planejadas, implantadas, acompanhadas e avaliadas a nível do Módulo. O Módulo analisará o impacto das ações sobre a população alvo, a eficácia e a eficiência dos serviços prestados e reorientando-as quando necessário;
- d)- o Módulo será dotado de capacidade assistencial para resolver a grande maioria de problemas de saúde da população da área (estima-se em resolver 85 a 90% dos problemas). Os principais componentes que levarão a resultados desejados são a capacidade resolutiva de cada nível (UBS e HG), operacionalização adequada de atividades, o modelo organizacional a ser adotado, recursos materiais e recursos humanos capacitados para execução das atividades (Anexo I);
- e)- o Módulo desenvolverá os mecanismos de referência e contra-referência entre UBS e HG (Anexo II). A referência e contra-referência são elementos formais que garantem a continuidade do atendimento e terão importância fundamental para obtenção de credibilidade dos usuários, imprescindível no sucesso do modelo de assistência proposto;
- f)- o Módulo articula-se com outros serviços de maior complexibilidade, localizados dentro ou fora da área geográfica do mesmo, para referir problemas de saúde que necessitem de tecnologias que o Módulo não disponha. Esse tipo de apoio deverá ser garantido através de instrumentos formais a serem estabelecidos entre as instituições públicas e/ou privadas;

- g)- adotarã como ação fundamental, as atividades de desenvolvimento de recursos humanos, visando uma elevação e manutenção dos níveis de atendimento e de capacidade resolutiva desejável,
- h)- deverá contar com um sistema unificado de informação - gerencial e operacional - para responder as necessidades próprias (informações referentes a: produção, vigilância epidemiológica, recursos humanos, custos, medicamentos, materiais e outros), bem como as instituições;
- i)- deverá contar com um sistema de custos que leve em consideração os vários componentes do Módulo, que permita não só a avaliação de cada componente mas também avaliação comparativa entre eles e entre os Módulos;
- j)- as tecnologias de apoio - diagnóstico e tratamento (laboratório clínico, radiologia, transporte, manutenção, etc.); abastecimento e processamento (abastecimento de materiais, lavanderia, etc;) e administrativo - deverá servir a todas as Unidades componentes do Módulo;
- k)- o Módulo desenvolverã mecanismo de controle de qualidade de seu produto, utilizando tecnologias conhecidas ou desenvolvendo outras. A participação da comunidade na gestão do Módulo deverá ser estimulada com a ótica de promover a participação do usuário no controle de qualidade dos serviços;
- l)- realizar-se-ã no Módulo, as pesquisas operacionais que contribuam no desenvolvimento de serviços de saúde.

3 - OS RECURSOS HUMANOS NO PMS

A questão dos recursos humanos constitui um dos componentes do Programa, ao lado do desenvolvimento institucional e da rede física. Apesar da importância das condições da infra-estrutura para que a assistência à saúde ocorra, ela decorre fundamentalmente da relação profissional de saúde x cliente.

Daí a relevância que assume não apenas a formação como o treinamento do pessoal necessário a realização dos serviços.

Nesse sentido, que o PMS, nos limites definidos pelo sistema de administração de pessoal do Estado, definirá uma política de alocação e de desenvolvimento de seu pessoal que possibilite as unidades de prestação de serviços de saúde dos módulos contarem com profissionais qualificados e preparados para o desempenho da sua tarefa. O treinamento de pessoal deverá ser planejado a partir de uma visão das necessidades do atendimento, da definição de uma proposta de trabalho do módulo e das suas unidades.

Com uma política salarial já definida no âmbito do Estado, a CPMS buscará delinear seu quadro de pessoal e agilizar, ou mesmo implementar, outras dimensões de uma política de recursos humanos como carreiras e benefícios também já existentes na Secretaria da Saúde. Para isto, a CPMS manterá uma estreita articulação com o DRHU e o órgão de Recursos Humanos da Secretaria de Higiene e Saúde utilizando de maneira adequada os instrumentos disponíveis, tendo em vista a implantação do novo modelo de assistência à saúde. Com unidades ágeis encarregadas de planejar, desenvolver, controlar e avaliar seus recursos humanos, dando respostas dinâmicas às demandas dos serviços de saúde dos módulos e da própria CPMS, esta área, mesmo nos limites estabelecidos pela política de pessoal do Estado deverá executar um trabalho que possibilite ao Programa avançar e dispor de um pessoal comprometido com a proposta de assistência integral à saúde e sua eficácia.

Nesta perspectiva, o PMS disporá de recursos financeiros e técnicos para formar e treinar o pessoal necessário ao desen-

volvimento dessa proposta. Nesse contexto que surge a questão da supervisão como um meio, não de controlar, mas de desenvolver tecnicamente os funcionários dos módulos. A supervisão não será realizada por profissionais contratados para realizar especificamente esta tarefa, mas por aqueles que dedicam parte do seu tempo no atendimento nos serviços de saúde ou em pesquisas e outra parte na supervisão, discutindo casos que levem, não ao controle simplesmente, mas ao aperfeiçoamento das atividades técnicas desenvolvidas. Com isto pretende-se superar a visão burocrática de supervisão, que deve ter um caráter técnico de melhoria da qualidade do atendimento e do próprio profissional de saúde.

CONCLUSÃO

Este documento procurou retomar algumas questões presentes em diversos momentos do PMS. Algumas já estão encaminhadas, outras ainda em processo de discussão. De qualquer modo, elas contribuem para informar sobre o Programa e para subsidiar, como já foi dito, a discussão sobre reorganização dos serviços de saúde tendo em vista a incorporação dos DRS à CPMS.

Contudo, essa reorganização dos DRS deve contemplar duas dimensões:

- 19) reorganizar os DRS técnica, geográfica e administrativamente para preparar a organização para, a médio e longo prazo, incorporar o modelo de assistência à saúde preconizado pelo PMS, tendo em vista as Ações Integradas de Saúde e a própria municipalização. A municipalização enquanto atribui ao município um novo papel na prestação dos serviços de saúde, faz avançar o modelo colocado pelas Ações Integradas de Saúde.
- 29) Essa reorganização deverá possibilitar a absorção do modelo de assistência à saúde, que atualmente se realiza no módulo

Portanto, para os DRS a tarefa é repensar sua prática e na ótica do novo modelo de assistência à saúde, preconizado pelo PMS, elaborar uma nova concepção e uma nova forma de gerência que incorpore a estratégia das AIS e da própria municipalização. Essa tarefa de mudança tem de ser pensada no tempo, estabelecendo etapas para sua implementação. Esse é um processo que deve ser delimitado, tendo, claramente, definidas suas etapas e estratégias.

A discussão, que se inicia, deve ser conduzida de maneira coordenada, para que se faça a incorporação das diversas contribuições, que serão processadas e consolidadas em um documento único a ser elaborado pelo GT constituído pela Resolução nº 161 do Secretário de Estado da Saúde, de 09/10/1985.

São Paulo, 17 de outubro de 1985.

ANEXO - 1
 Conteúdo Relativo e Função
 do novo modelo de assistência

FUNÇÕES	CONTEÚDO RELATIVO a/		
	Módulo de Saúde		Instituições de Referência
	Unidade Básica de Saúde	Hospital Geral	
<u>Problemas de Saúde</u>			
- Comuns e inespecíficos	3	2	0
- Menos comuns e específicos	2	3	1
- Raros e complicados	0	1	3
<u>Local do Tratamento</u>			
- Ambulatório	3	1	0
- Hospital (Geral)	0	3	1
- Hospital (Tratamento Intensivo)	0	0	3
<u>Referência</u>			
- Acesso Direto	3	1	0
- Referência	2	2	3
<u>Grau de Responsabilidade</u>			
- Assistência contínua	3	1	1
- Assistência periódica	1	2	1
- Assistência ocasional	0	1	3
<u>Fonte de Informação</u>			
- Paciente e família	3	2	1
- Informações Epidemiológicas	3	2	1
- Informações Biomédicas	1	2	3
<u>Uso de Tecnologia</u>			
- Laboratório simples	3	1	1
- Laboratório e RX	1	3	3
- Equipe e material complexo	0	0	3
<u>Orientação</u>			
- Prevenção e manutenção de saúde	3	2	0
- Diagnóstico precoce e cura	3	3	1
- Paliativos x reabilitação	1	2	3
<u>Treinamento Necessário</u>			
- Geral e abrangente	3	1	0
- Concentrado	1	3	2
- Específico e altamente especializado	0	1	3

a/ Conteúdo: 3 = alto; 2 = médio; 1 = mínimo; e 0 = nenhum

ANEXO 2

03. Sistema de Referência e Contra Referência

- 3.1. OBJETIVO:- garantir aos pacientes de UBS atenção médica especializada de nível secundário assim como o seu acompanhamento posterior na própria UBS, buscando desta forma transferir a porta de entrada ao sistema do PS às UBS.
- garantir que essa referência e contra referência se realize eficientemente e eficazmente.

COMPONENTE DO SISTEMA:

Responsáveis:

- Central de Agendamento do Módulo
- Centrais de Informação e Agendamento das UBS
- Recepção do PS.

COMPONENTES :

- UBS
- PS
- Internação
- Apoio Técnico Auxiliar
- Ambulatório de Especialidades
- Hospitais especializados.

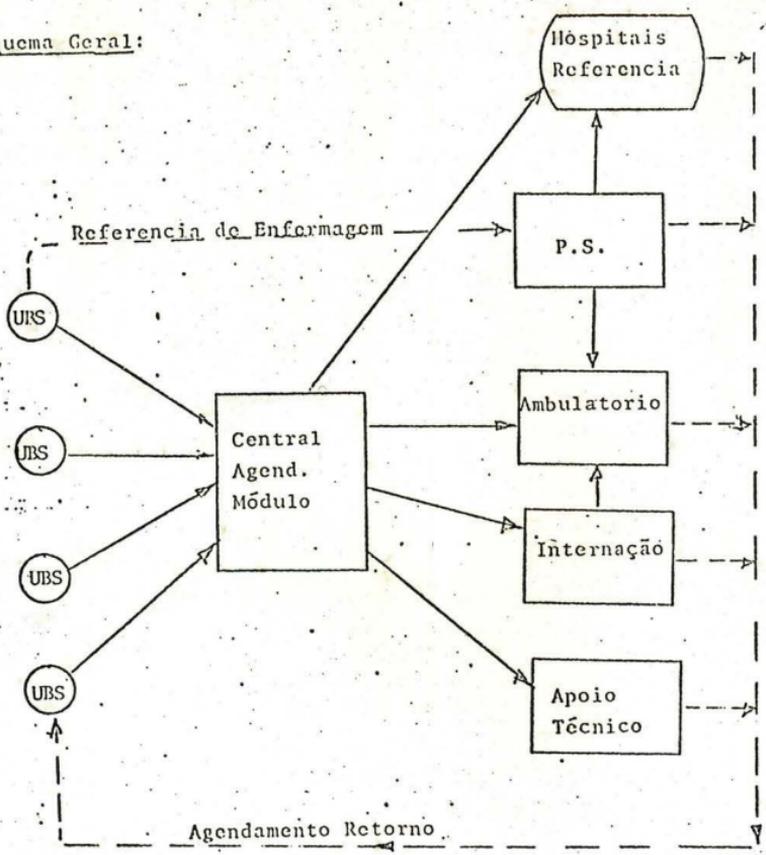
3.2. DESCRIÇÃO GERAL DO SISTEMA:

- Emitir Carnet de Identificação do Módulo para pessoas matriculadas (ficha família?).
- Estabelecer normas e procedimentos para o Central de Agendamento do Módulo assim como mecanismos de coordenação com as distintas Unidades de atenção do Módulo e/ou Hospitais de referência.
- Estabelecer Centrais de Informação e Agendamento em cada UBS para permitir agilidade no encaminhamento de pacientes e contra agendamento telefonico.

- Definir dados a serem coletados para medir, controlar e avaliar o SRCR.
- Estabelecer um sistema de códigos de indentificação dos estabelecimentos do Módulo.



3.3. Esquema Geral:



04. Estratégica de Desenvolvimento:

(a) Dar prioridade à formalização e organização do Sistema de Referência e Contra Referência de Pacientes.

(b) A sede do Módulo possui pontos de coleta de dados que sofrerão poucas mudanças no processo de estruturação e implantação do Módulo. Esses pontos são:

- PS/PA
- Internação
- Ambulatório de Especial
- Apoio Técnico Auxiliar

Definir dentro do marco do módulo das relações entre os sistemas quais dados devem ser registrados em essas áreas do sistema em função de que informação se pretende gerar.



D.O. de 10.10.1985

Resolução 55 161, de 9-10-85

Cria Grupo de Trabalho para estudar e propor diretrizes para a reorganização da Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde e dos Departamentos Regionais de Saúde da Grande São Paulo

O Secretário da Saúde, tendo em vista a edição do Decreto nº 195, de 2 de janeiro de 1985, que cria a Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde como órgão da estrutura básica da Secretaria de Estado da Saúde com o objetivo de implantar um novo modelo de assistência à saúde em cinco áreas da Região Metropolitana de São Paulo.

Considerando que o II Seminário dos Diretores Regionais de Saúde, realizado em Cananéia em 11, 12 e 13 de setembro considerou oportuno, para agilizar a gestão dos Departamentos Regionais de Saúde da Grande São Paulo subordiná-los à Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde, uma vez que essa Coordenação está voltada para a implantação de serviços de saúde na Região Metropolitana, resolve:

Artigo 1.º — Fica constituído, junto ao seu Gabinete, Grupo de Trabalho, com as seguintes finalidades:

1.1 — desenvolver estudos e propostas para a reorganização da Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde e dos Departamentos Regionais de Saúde da Grande São Paulo (DRS-1.1, 1.2, 1.3, 1.4 e 1.5), visando à incorporação desses Departamentos à referida Coordenação;

1.2 — estabelecer estratégias, mecanismos e prazos para a efetivação da transferência desses Departamentos Regionais;

1.3 — elaborar um programa para levar a discussão da proposta nas diversas unidades das Coordenadorias desta Pasta na área dos Departamentos Regionais de Saúde da Grande São Paulo;

1.4 — programar um Seminário Interinstitucional no final desse processo de discussão para apresentar a proposta e alternativas de implantação.

Artigo 2.º — O Grupo de Trabalho, de que trata o artigo anterior, será integrado pelos seguintes membros: dr. Nelson Ibañez, Coordenador da C-PMS, que será o seu Coordenador; dra. Carizta Relva Basso, Assistente Técnico de Direção da CSC; dra. Sonia Maria Terra Ferraz, Diretora Técnica do DRS-1-3, como representante dos Departamentos Regionais de Saúde da Grande São Paulo; dr. Marcos Lindemberg Neto, Diretor do Módulo de Saúde de Caiciras, da C-PMS; e dr. Gilson Calleman, Diretor do Módulo de Saúde de Mauá, da C-PMS.

Artigo 3.º — O Grupo de Trabalho deverá contar com a assessoria técnica da FUNDAP, e poderá criar subgrupos para oferecer subsídios à proposta.

Parágrafo Único — O Grupo de Trabalho deverá articular-se com a Comissão, constituída sob a Coordenação do Chefe de Gabinete, para conduzir o processo de reorganização da Secretaria.

Artigo 4.º — O Grupo de Trabalho terá o prazo de 30 dias, para apresentar uma proposta com alternativas que levem em consideração o fato de que a C-PMS deverá permanecer com uma estrutura ágil e com capacidade de implementar e avaliar nos prazos estabelecidos o novo modelo de assistência à saúde nas áreas definidas pelo Programa.

Artigo 5.º — Os membros do Grupo de Trabalho ora criado desempenharão suas atividades sem prejuízo de suas funções normais.

Artigo 6.º — Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida