



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

RELATÓRIO DO II ENCONTRO DE DIRETORES REGIONAIS

CANANÉIA, 11, 12 E 13 DE SETEMBRO DE 1985.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

I - INTRODUÇÃO

Com o objetivo de uma avaliação dos dois anos e meio de Gestão Yunes, reuniram-se em Cananêia, SP, de 11 a 13 de setembro de 1985, em Seminário organizado pela Coordenadora de Saúde da Comunidade, com assessoria da FUNDAP, os Diretores Regionais da capital e interior juntamente com a Coordenadora de Saúde da Comunidade.

A dinâmica proposta pela coordenação e aceita pelos Senhores Diretores, foi a seguinte:

a) Abertura: apresentação da proposta do Seminário pela Coordenadora e avaliação da expectativa dos participantes;

b) Trabalhos em Grupos: os Diretores foram divididos em grupos utilizando-se critérios de proximidade e similidades regionais para discussão dos temas:

1 - avaliação do Seminário sobre Administração de Saúde a Nível Regional (FUNDAP 13 a 18/06/83) sob os aspectos:

a) confronto das conclusões do Seminário e a prática dos últimos dois anos;

b) identificação do que foi realizado e fatores impeditivos do que não se realizou.

2 - gestão e formato organizacional: papel do DRS, DS, CS e CSC. (texto de apoio da CSC)

c) Plenárias para apresentação das propostas intermediárias e finais.

No último dia esteve presente o Secretário da Saúde, Dr. João Yunes, que participou de um dos grupos e da plenária final, além do Coordenador da da C.P.M.S., Dr. Nelson Ibanez, da Coordenadora de Assistência Hospitalar, Dra. Ana Maria Malik e de um representante da Coordenadoria de Saúde Mental.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

- 2 -

O presente documento tem a intenção de registrar as principais discussões e conclusões resultantes deste II Encontro de Diretores Regionais.

II - DIRETRIZES POLÍTICAS DA GESTÃO YUNES: DO PROGRAMA À PRÁTICA

As palavras chaves do Programa Montoro delimitam o campo em que se inscreve a Política de Saúde da Gestão YUNES: descentralização, municipalização e participação.

Política de Saúde que ao mesmo tempo que traduz as diretrizes gerais daquele Programa, se enriquece com o que existe de mais avançado dentro do pensamento Médico-Sanitário produzido neste país nos últimos anos, como a questão de se caminhar para um Serviço Público de Saúde integrado, regionalizado e hierarquizado, éle próprio capaz de romper a tradicional, porém não menos falsa, dicotomia entre prevenção e cura, saúde coletiva ou individual, apontando para a Atenção Integral à Saúde das pessoas.

Não obstante isto, é-nos forçoso reconhecer que estas diretrizes por mais justas e assumidas que sejam pela atual direção da Secretaria de Estado da Saúde, inclusive como expressão política de um inquestionável compromisso com o Setor Público da Saúde, não tem sido traduzidas em estratégias bem delineadas e priorizadas capazes de sinalizar com clareza os cambiantes caminhos desta época de mudanças.

Assim é que, a implantação das Ações Integradas de Saúde - AIS, eixo pelo qual passa a reorientação da Assistência Médico-Sanitária no Brasil, não tem seguido rota muito clara na Secretaria de Estado da Saúde. Basta dizer que, processo de tamanha importância ficou, até recentemente, sob a responsabilidade de pessoas que não tinham uma inserção precisa dentro do órgão que, por vocação, deveria dar as coordenadas para este processo, qual seja, o DTN.

A idéia da municipalização, apesar de encontrar grande acolhida entre os grupos dirigentes da Secretaria de Estado da Saúde, não mereceu, até o momento, uma reflexão e



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

- 3 -

discussão mais profundas no sentido de se definir que municipalização queremos. A experiência dos "municípios carentes", ela própria uma forma de municipalização, não tem sido avaliada adequadamente e corre o risco de não alcançar sua realização plena, em função de falta de um estratégia mais bem definida - de trabalho.

A incorporação da Assistência- Médica à rede, em quanto passo necessário em direção à Assistência Integral à Saúde e enquanto diretriz política, foi facilitada por medidas como a criação da Carreira do Médico, a aquisição de equipamentos, mas ao mesmo tempo não foi acompanhada por outras medidas fundamentais para a efetivação da proposta tais quais o estabelecimento de normas de trabalho, de reformulação da equipe de saúde, de uma política adequada de medicamentos, etc.

Outro exemplo mais recente de diretriz sem estratégia é a proposta de implantação do Programa da Mulher, não precedida da identificação de pontos de estrangulamento institucionais (carência de recursos humanos e falta de cobertura laboratorial principalmente), capazes de comprometer o Programa, colocado como prioridade da Secretaria de Estado da Saúde.

A descentralização tem sido uma diretriz muito impulsionada, seja pelo Secretário, que tem adotado uma postura muito clara de prestigiar politicamente o Diretor Regional, seja pela transferência para o DRS de procedimentos administrativos anteriormente colocados em níveis superiores.

No entanto, a falta de uma visão estratégica que garanta adequações estruturais e/ou funcionais nas várias instâncias da Secretaria de Estado da Saúde pode comprometer seriamente o processo em curso.

Os exemplos destacados, demonstram que, se por um lado a atual Gestão da Secretaria de Estado da Saúde tem tido sua ação pautada por diretrizes bem definidas, por outro existe a falta de uma ordenação na condução do processo.

Em outras palavras, ressente-se de uma instância superior de elaboração e síntese política, que dê respostas e



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

- 4 -

direção precisa, para o conjunto de mudanças tão agudamente vi-
vidas pela instituição.

Na discussão plenária final, que contou com a -
presença do Secretário, foi apontada a necessidade, inadiável,
da montagem de um grupo, a nível central, que trabalhe a ques-
tão do planejamento das ações de saúde, traduzindo-as em metas,
programas e instrumentos que melhor viabilizem o trabalho dos
demais níveis, intermediários e periféricos, além da coordena-
ção e articulação dos níveis interno e externo à Secretaria
de Estado da Saúde.

As soluções possíveis de serem viabilizadas:

- o próprio DTN, reformulado e/ou reforçado avo-
cando a si este papel;

- ou criar-se a figura do Secretário Adjunto, que
reforçado por grupo assessor e com o concurso do DTN, possa
coordenar esta instância de planejamento, avaliação e acompa-
nhamento das grandes estratégias da Secretaria de Estado da
Saúde.

III - O "COLEGIADO DE DIRETORES"

O "Colegiado de Diretores", esvaziou-se no perío-
do que transcorre entre o 1.º Seminário de 1983 e o presente -
momento.

Basta observar que, a despeito de terem sido man-
tidas as reuniões mensais junto à Coordenadoria, nestas, as
discussões políticas foram progressivamente substituídas por
temas administrativos, inclusive com diminuição da frequência-
dos Diretores Regionais.

A proposta de reuniões regulares com o Secretá-
rio não foi implementada, de sorte que no ano em curso, o Co-
legiado esteve reunido com o DR. YUNES, apenas durante a Campa-
nha Salarial.

Pode-se afirmar que, apesar do Colegiado ter, na
prática e em função da aplicação de uma nova Política de Saúde,



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

- 5 -

crescido em experiência e importância política, isto não se traduziu em uma representação mais efetiva dentro da estrutura formal da Secretaria de Estado da Saúde.

Esta assimetria entre a importância que o Colegiado assume hoje, inclusive como instância capaz de elaboração e síntese política e sua representação formal dentro da Secretaria, deve ser superada no sentido de garantir ao próprio Secretário "feed-back" para sua atuação junto às instâncias formais de deliberação que ele coordena, quais sejam o CTA e a CIS.

Neste sentido é que o Colegiado entende como inadiável a reformulação do caráter de sua Reunião mensal com a Coordenadora, no sentido de transformá-la em instância de discussão política, bem como a retomada de encontros mais regulares com o Secretário, além de cronograma de reuniões com demais Coordenadores e com o DTN com objetivo de discutir questões como o GRIAS, elaboração dos Planos de Aplicação de Recursos AIS, entre outras.

IV - AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE - AIS: UMA ESTRATÉGIA DE MUDANÇA

A experiência da Grande São Paulo e mais recentemente de outros Departamentos Regionais que assinaram termo aditivo ao Convênio INAMPS/SES, através das Ações Integradas de Saúde, tem indicado ser este o caminho a ser seguido, rumo à tão necessária reorganização da Assistência Médico-Sanitária no nosso Estado, quicã do país. A implantação das AIS, pelo que significa de aporte de recursos financeiros repassados pelo INAMPS mas, fundamentalmente, pela possibilidade que representa de integração e gerenciamento inter-institucional dos serviços públicos de saúde, constitui, de longe, o mais importante estímulo externo para profundas mudanças na Secretaria de Estado da Saúde.

Por isto mesmo, todo o esforço na implantação das AIS, deve-se constituir na preocupação da direção da Secretaria de Estado da Saúde hoje.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

- 6 -

Mesmo porque, o fracasso da alternativa aponta da pelas AIS, abre espaço para tendências privatizantes, mer cantilistas e quem sabe "argentinizantes" ou seja, aquelas - que jogam a responsabilidade da Assistência-Médica para o âm bito dos Sindicatos, o que contraria a perspectiva mais avan cada de um sistema público de saúde único e universalizado.

Reforçar as AIS, significa hoje, atuação muito clara no sentido do fortalecimento das Comissões inter-insti tucionais de saúde nos vários níveis (CIS, CRIS E CIMS), pa ra que elas possam dar respostas adequadas aos desafios colo cados por um momento de transição que corre no sentido da in tegração dos serviços públicos e de um novo relacionamento - do setor público com o setor privado.

Além do reforço às comissões de saúde nos vā rios níveis, a Secretaria de Estado da Saúde precisa enfren tar a discussão de sua preparação interna para as Ações Inte gradadas de Saúde.

Esta preparação passa pela necessidade, entre outras coisas, de se repensar a própria estrutura e funciona mento da Secretaria de Estado da Saúde em seus vários níveis, incluindo o perfil de suas Unidades Sanitárias.

O item seguinte é um resumo das conclusões - ocorridas no II Seminário, sobre o assunto.

V - GESTÃO E FORMATO ORGANIZACIONAL: PAPEL DOS DRSs, DSS, -
CSs e CSC FRENTE UMA NOVA POLÍTICA DE SAÚDE.

Esta foi a questão que recebeu boa parte da - atenção dos participantes do Seminário, ocupando todo um dia de discussão, que partiu de um ponto consensual: a Secreta - ria de Estado da Saúde precisa concretizar, enquanto institui ção, sua travessia de Serviço de Saúde Pública para Serviço Público de Saúde.

Mais de que simples jogo de palavras, esta é uma travessia que exige mudanças efetivas que apontam para:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

- 7 -

- a incorporação efetiva da assistência médica e prestação de assistência integral à saúde das pessoas;

- integração da extensa, porém marginal, rede sanitária estadual à uma efetiva porta de entrada para um no vo sistema de saúde;

Mudanças que certamente encontrarão sêrios obs táculos:

- existência de uma rede física inadequada , pois foi dimensionada em função de outra orientação de traba lho;

- programação de saúde rígida e compartimenta- lizada;

- a existência de forte corporativismo entre - os funcionários que resistem à uma nova política de Saúde co mo tem revelado as experiências da Grande São Paulo e de ou tros Departamentos;

- política de medicamentos inadequada às novas necessidades, como aquelas consequentes à implantação do atendimento ao Adulto.

A falta de medicamento não impede, mas difícul ta a implantação de um atendimento adequado, devido ao empo brecimento da população brasileira.

- a falta de credibilidade de nossa rede, pe rante a população, neste momento em que convivemos inclusive com falta de soro e vacinas;

- política de Recursos Humanos ainda inadequa da, (apesar de algumas medidas descentralizadoras muito posi tivas) cujos pontos fracos mais evidentes são:

. coexistência de ociosidade de pessoal em algumas unidades com grande carência de recursos humanos em outras;

- perfil inadequado dos profissionais que - atuam na rede, abrangendo desde o pessoal auxiliar sem quali ficação prévia nenhuma aos gerentes do sistema em todos os níveis;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

- 8 -

. falta de uma política de treinamento e reciclagem permanentes;

. falta de instrumentos de avaliação para melhor aproveitamento dos recursos humanos existentes.

Estes problemas mais prontamente destacáveis, tem sua correspondência nos vários níveis da Secretaria de Estado da Saúde que ainda apresenta estruturas verticalizadas - como as Coordenadorias, o que dificulta a integração intra-institucional, além de inadequações dos seus níveis intermédios de gerenciamento, principalmente o DS e o DRS, para uma nova política de saúde.

As estratégias indicadas no Seminário não apontam para uma Reforma Administrativa radical da Secretaria de Estado da Saúde, como ocorrida em 1967 e consolidada em 1976, mas propõe algumas alterações estruturais e arranjos funcionais nos seus vários níveis.

Coerente com esta orientação, ficou decidido no Seminário, a formação de um grupo de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde, que com assessoria da FUNDAP deverá, a curto prazo, fornecer subsídios para as seguintes mudanças:

- fortalecimento do D.S. alocando nele cargos de Assistência Técnica, que o transforme na instância de supervisão da rede de Unidades Sanitárias, bem como, Unidade de planejamento e gerenciamento sub-regional. A estratégia de fortalecimento do D.S., ampliando, reorientando seu papel e capacitando melhor sua equipe como grupo de gerenciamento, inclusive garantindo adequadas instalações físicas para exercer melhor suas funções ampliadas, ou até a criação de novos Distritos Sanitários em função da não operacionalidade de algumas áreas muito extensas atualmente, é fundamental não só na implementação das AIS como para adequação da Secretaria de Estado da Saúde à implementação dos ERGs. Esse nível da estrutura passa a ser de fato a instância que viabiliza a operacionalidade das diretrizes da pasta.

A Secretaria de Estado da Saúde tem sido uma das Secretarias que mais tem avançado na descentralização ad



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

- 9 -

ministrativa e o momento de implantação dos ERGs deve ser apro-
veitado para conseguir, junto ao Governo do Estado, a amplia-
ções pretendidas.

Os VRSs também necessitam de nova estrutura que os possibilite continuar a linha da descentralização até os VRSs, assumindo para tanto a condição de coordenação regional - intra-institucional através do GRIAS e multi-institucional - através da CRIS. Esta adequação indica a necessidade de alocação de alguns cargos de Assistência ou outros que possibilitem a execução das atividades de planejamento e avaliação de pro-
gramas. A Coordenadoria de Saúde da Comunidade, em decorrên-
cia da autonomia cada vez maior dos VRSs, deverá assumir uma configuração na direção de coordenação técnica e administrati-
va de apoio aos Departamentos, avaliando, acompanhando e viabi-
lizando as reordenações. Paulatinamente as demais Coordenado-
rias, ao regionalizar seus equipamentos deverão rever seus mo-
delos estruturais e funcionais.

Em relação à rede, além da incorporação da assis-
tência médica e da atenção integral à saúde das pessoas, bem como da sua integração efetiva à "porta de entrada" do setor público de saúde, delinearão-se algumas características para os Centros de Saúde:

- consolidar experiências dos "Municípios Caren-
tes", no sentido de garantir atendimento inclusive por 24 ho-
ras e fins de semana naqueles locais que o Centro de Saúde é a única agência de saúde. Os Centros de Saúde menores (II e III), existentes nos cerca de 300 municípios conveniados, são os que mais se aproximam dos conceitos anteriormente colocados de atenção integral à saúde e de porta de entrada de um novo -
Sistema de Saúde.

- adequar os Centros de Saúde II das cidades mê-
dias e grandes para incorporação da Assistência Médica e inte-
grã-lo à rede básica de saúde que se organiza no município, den-
tro da orientação das Ações Integradas de Saúde.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

- 10 -

- desconcentração dos Centros de Saúde I existentes nos municípios médios e grandes, no sentido de estender a rede de Unidades de Saúde da rede municipal ou estadual para áreas mais periféricas. O Centro de Saúde I funcionaria como referência da rede (inclusive com a incorporação de novas atividades como Saúde Ocupacional, por exemplo).

Por fim o Grupo da Grande São Paulo contando com as participações do Senhor Secretário e os Coordenadores da CSC e CPMS concluiu da necessidade de se definir de modo claro um instrumento que viabilize a progressiva vinculação destes DRSS à CPMS com consequente desligamento da CSC, já que o modelo organizacional para a Grande São Paulo aponta como estratégia a proposta do próprio Programa Metropolitano.

Estas são indicações gerais que deverão ser aprofundadas pelo Grupo de Trabalho já mencionado



INSTITUTO
BUTANTAN
Mod. 2
A SERVIÇO DA SAÚDE