



40

GUIOMAR APARECIDA SANTOS

O COMPORTAMENTO TÉCNICO - ADMINISTRATIVO DOS SERVIDORES EM EXERCÍCIO NAS UNIDADES SANITÁRIAS DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA GRANDE SÃO PAULO.1 E SEU REFLEXO NO ATENDIMENTO À COMUNIDADE (ESTUDO REALIZADO NOS CENTROS DE SAÚDE DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE NA REGIÃO DO BUTANTÃ, VILA MARIANA, BELENZINHO, VILA PRUDENTE, JABAQUARA E SANTA CECÍLIA, DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO)

SÃO PAULO

1985

O COMPORTAMENTO TÉCNICO - ADMINISTRATIVO DOS SERVIDORES EM
EXERCÍCIO NAS UNIDADES SANITÁRIAS DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA
GRANDE SÃO PAULO.1 E SEU REFLEXO NO ATENDIMENTO À COMUNIDADE

(Estudo realizado nos Centros de Saúde da Secretaria de Es-
tado da Saúde na Região do Butantã, Vila Mariana, Belenzinho,
Vila Prudente, Jabaquara e Santa Cecília, do Município de São
Paulo)

Banca Examinadora:

Prof.Orientador _____

Prof. _____

Prof. _____

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

GUIOMAR APARECIDA SANTOS

O COMPORTAMENTO TÉCNICO - ADMINISTRATIVO DOS SERVIDORES EM EXERCÍCIO NAS UNIDADES SANITÁRIAS DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA GRANDE SÃO PAULO.1 E SEU REFLEXO NO ATENDIMENTO À COMUNIDADE (Estudo realizado nos Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde na Região do Butantã, Vila Mariana, Belenzinho, Vila Prudente, Jabaquara e Santa Cecília, do Município de São Paulo)



Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da FGV/EAESP, Área de Concentração: Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Luis Felipe Valle da Silva

SÃO PAULO

1985

Escola de Administração de Empresas do São Paulo	
Data	N.º de Chamada
30/01	65.011.8 (81) 5237C
N.º Volume	Registrado por
197/86	87-

Dis.
EAESP
2.1

65.01:614.2(81)

65.011.8:614.2(81)

SP-00021273-7

SANTOS, Guiomar Aparecida. O Comportamento Técnico-Administrativo dos Servidores em Exercício nas Unidades Sanitárias do Departamento de Saúde da Grande São Paulo. I e seu Reflexo no Atendimento à Comunidade. (Estudo realizado nos Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde na Região do Butantã, Vila Mariana, Belenzinho, Vila Prudente, Jabaquara e Santa Cecília do Município de São Paulo, Out/Nov/Dez, 1983.) São Paulo, FGV/EAESP, 1985, 209 pág. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da FGV/EAESP. Área de Concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde.

Resumo: Retrata a conduta da administração no complexo: dirigente e subordinados, analisando em que bases racionais estão sendo desenvolvidos, no interior das Unidades de Saúde pesquisadas, as complexas atividades e funções da Instituição. Aborda o tema "Desenvolvimento Organizacional", interpretando as mudanças ambientais, elaborando opções de inovação para as organizações evoluírem. Analisa as condições necessárias à inovação e adaptação organizacional, conduzindo a maior satisfação dos indivíduos participantes e maior eficiência das Unidades estudadas. Examina, do ponto de vista de execução das atividades, sob que prisma os conflitos e a consequente relação de poder são percebidos e aceitos pela Equipe de Saúde e pela comunidade usuária.

Palavras-Chave: Centros de Saúde, Organização, Administração, Desenvolvimento Organizacional, Mudança Organizacional, Sistemas de Administração, Teoria Geral dos Sistemas, Enfoque Sistêmico.

A

MINHA MÃE,

M A R I A

Pela luta,

Pelo esforço,

amor e dedicação

dispendidos nestes

meus longos anos de

estudo.

I N D I C E

pág.

AGRADECIMENTOS	vi
APRESENTAÇÃO	vii
INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO I - Objetivos	05
CAPÍTULO II - O Processo Político em Saúde	08
1 - Generalidades	09
2 - A Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento	14
3 - A Reforma Administrativa da Secretaria da Saúde em 1969	22
3.1 - A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo	24
3.2 - A Coordenadoria de Saúde da Comunidade	27
3.3 - O Departamento de Saúde da Grande São Paulo.1	30
CAPÍTULO III - Enfoque Sistêmico e a Teoria das Organizações ..	33
1 - Aspectos Intra e Extra-Organizacionais	34
2 - Os Sistemas de Administração na Hierarquia das Orga- nizações Complexas	37
3 - Mudança Organizacional	41
CAPÍTULO IV - Material e Método	46
1 - Considerações Gerais	47
2 - Amostragem	49
2.1 - Local da Pesquisa	49
2.2 - Estrutura do Local	49
2.2.1 - Sede	50
2.2.2 - Distrito Sanitário do Belenzinho	50
2.2.3 - Distrito Sanitário de Santa Cecília	52
2.2.4 - Distrito Sanitário de Vila Mariana	52
2.2.5 - Distrito Sanitário do Butantã	53
2.2.6 - Distrito Sanitário de Jabaquara	54
2.2.7 - Distrito Sanitário de Vila Prudente	54

2.3 - Escolha do Local	54
2.4 - Coleta das Informações	56
2.5 - O Questionário	58
3 - Procedimento Estatístico	60
 CAPÍTULO V - Resultados	 62
1 - Considerações Gerais	63
1.1 - Parte A - Identificação	63
1.2 - Parte B - Política de Recursos Humanos	64
1.3 - Parte C - Conflito de Interesses	65
1.4 - Parte D - Necessidade de Treinamento	66
1.5 - Parte E - Atuação Conjunta, Unidade Sanitária e Co munidade	67
1.6 - Parte F - Trabalho em Equipe	68
2 - Apresentação e Análise das Tabelas	70
2.1 - Parte A - Identificação	70
2.2 - Parte B - Política de Recursos Humanos	75
2.3 - Parte C - Conflito de Interesses	81
2.4 - Parte D - Necessidades de Treinamento	84
2.5 - Parte E - Atuação Conjunta, Unidade Sanitária e Co munidade	87
2.6 - Parte F - Trabalho em Equipe	90
3 - Comentários Sobre os Resultados	97
3.1 - Identificação	97
3.2 - Política de Recursos Humanos	98
3.3 - Conflito de Interesses	99
3.4 - Necessidade de Treinamento	100
3.5 - Atuação Conjunta, Unidade Sanitária e Comunidade .	101
3.6 - Trabalho em Equipe	102
 CAPÍTULO VI - Conclusões e Sugestões	 103
1 - Considerações Preliminares	104
2 - Sugestões Alternativas	105
2.1 - Primeira Sugestão	105
2.2 - Segunda Sugestão	106
2.3 - Terceira Sugestão	107
2.4 - Quarta Sugestão	109

3 - Momento Presente	110
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	111
ANEXO 1 - Legislação Estadual Referente à Secretaria de Saúde	114
ANEXO 2 - Organogramas	192
ANEXO 3 - Mapas	195
ANEXO 4 - Questionário	203

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - O Processo Político em Saúde
Figura 2 - A Empresa como Sistema Composto
Figura 3 - O Processo de Desenvolvimento Organizacional

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Servidores em Exercício da Área de Saúde
Quadro 2 - Estrutura do Departamento de Saúde da Grande São Paulo.1
Quadro 3 - Estrutura da Sede
Quadro 4 - Estrutura do DS do Belenzinho
Quadro 5 - Estrutura do DS de Santa Cecília
Quadro 6 - Estrutura do DS de Vila Mariana
Quadro 7 - Estrutura do DS do Butantã
Quadro 8 - Estrutura do DS de Jabaquara
Quadro 9 - Estrutura do DS de Vila Prudente
Quadro 10 - Unidades de Pesquisa Sorteadas
Quadro 11 - Posição de Retorno dos Questionários Distribuídos

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01 - Caracterização dos Entrevistados
Tabela 02 - Estado Civil e Número de Filhos por Faixa Etária e Sexo
Tabela 03 - Escolaridade, Profissões e Tempo de Serviço
Tabela 04 - Níveis de Escolaridade e Tempo de Serviço por Profissões
Tabela 05 - Locomoção
Tabela 06 - Meio de Transporte e Atrasos por Profissões
Tabela 07 - Direitos, Treinamento e Estabilidade
Tabela 08 - Direitos, Treinamento e Estabilidade por Profissão
Tabela 09 - Comportamento do Dirigente, Acessibilidade Apresentada pelas Chefias e Atividades dos Dirigentes
Tabela 10 - Respostas dos Entrevistados por Profissão

- Tabela 11 - Dúvidas e Finalidades
- Tabela 12 - Dúvidas e Finalidades por Profissão
- Tabela 13 - Participação da Comunidade
- Tabela 14 - Participação da Comunidade na Opinião das Diversas Profissões
- Tabela 15 - Definição de Trabalho em Equipe
- Tabela 16 - Descrição de Trabalho em Equipe
- Tabela 17 - Autoridade da Chefia e Comportamento do Departamento e do Distrito com Relação aos Distritos e Unidades Respectivamente
- Tabela 18 - Autoridade da Chefia e Comportamento do Departamento e do Distrito, com Relação aos Distritos e Unidades Sanitárias na Opinião das Diversas Profissões

A G R A D E C I M E N T O S

Quero inicialmente deixar consignados meus agradecimentos à Secretaria de Saúde, Coordenadoria de Saúde da Comunidade, Departamento de Saúde da Grande São Paulo.¹, locais que me possibilitaram o acesso às suas unidades. Pela compreensão, em especial que obtive de todos os funcionários da Secretaria da Saúde, os quais me dispensaram parte de seu tempo, a fim de que pudesse coletar as informações indispensáveis a este estudo, principalmente ao Diretor do Departamento Dr. Nelson Bedin.

Gostaria também de agradecer a todos que direta ou indiretamente colaboraram comigo na concretização desta experiência e deste trabalho. Não quero correr o risco tão provável de deixar de mencionar alguma pessoa que tenha dado sua valiosa parcela de colaboração, mas não posso deixar de citar nominalmente o Prof. Luis Felipe Valle da Silva, meu orientador, não só pelo tempo dispensado à minha pessoa, mas pela sua incessante atenção e estímulo e pela forma singular como conduziu a orientação, dividindo comigo momentos de angústias e incertezas nestes vários anos. O reconhecimento de que sou hoje uma soma de vários de seus pedaços.

Meus agradecimentos, também, aos professores, colegas, amigos e familiares que tanto me incentivaram nas distintas fases desta monografia, sendo em muitos momentos fator decisivo para a sua conclusão.

O meu particular agradecimento a:

- Ana Maria Malik, pela paciência e inestimável orientação em minhas dificuldades;
- Heloisa Oria, pelo incentivo e convívio durante todas as fases de elaboração desta monografia;
- Ethel Koiransky e Neide Amaro da Silva, pela valiosa ajuda na apresentação dos trabalhos e montagem da tabulação;
- Elvira, por desistir de tantos fins de semana, por oferecer pela ordem, seu ombro, sua cabeça e seu braço, por realmente dar duas mãos.

A P R E S E N T A Ç Ã O

A presente monografia foi elaborada como requisito curricular de Mestrado em Administração, tendo como área de concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, ministrado pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas.

Dentro de um tema abrangente como a Saúde Pública no Brasil, propõe-se, neste estudo, realizar uma análise de como a organização "Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo" procurou equacionar os aspectos administrativos para que a programação substantiva de saúde pudesse ser implantada e executada.

Os serviços implantados, pelos modelos de atendimento comunitário, procuram dar um enfoque especial à racionalização de atividade assistencial e participação ativa da comunidade. Assim, o enfoque do trabalho centra-se na conduta da Administração (no complexo: dirigentes e subordinados) face ao empreendimento: "adoção de nova sistemática de atuação".

Escolheu-se este tipo de abordagem porque ele não se cinge a um "programa" particular de saúde. Pode ser aplicado à análise de quaisquer programas, visto que se está analisando a Administração da Saúde tendo como objetivo que as complexas atividades e funções da instituição e programas de saúde se cumpram em bases racionais e alcancem seus objetivos, ou seja, que atinja o bom funcionamento dos serviços, nos aspectos humano, técnico e econômico, sendo conseqüentemente estudada a Organização que é um campo distinto de atividades da Administração, pois estuda como são definidas as estruturas de recursos humanos, materiais e financeiros, necessários à execução de seus objetivos. Além disso, pode ser empregado comparativamente ao estudo de outras organizações públicas e/ou privadas.

De acordo com o método adotado, o trabalho é executado através de aproximações sucessivas da realidade com intensificação do estudo dos problemas para a população, tendo em vista a sua magnitude, o seu grau de repercussão sobre os demais aspectos e as possibilidades de soluções objetivamente reveladas nas condições institucionais de atuação, levando em conta, ainda, a tendência dos problemas e soluções no sentido de se modificarem no tempo.

Ora, tendo em vista o nível de abordagem complexa e altamente discutível a que se propôs, não se sentiu autorização para fazer, mesmo em termos acadêmicos, quaisquer indicações de soluções, porque estas seriam mais baseadas em suposições ou indicações teóricas do que vividas "in loco" com a intensidade necessária e, desta forma, desvinculados de uma realidade maior, que implicaria, numa possibilidade bastante elevada, cair em falhas mais profundas, do que as já existentes, correndo-se o risco de oferecer um instrumento inadequado em substituição a outro que, se inadequado, pelo menos já manuseado e razoavelmente conhecido.

Passar-se-á, após estas considerações, a apresentar o modelo existente, procurando, no final deste trabalho, tentar equacionar possíveis alternativas de solução, tentando operacionalizar conhecimentos adquiridos ao longo do curso e contando, também, com o necessário assessoramento oferecido por professores titulares e monitores da Escola.

Esta monografia é o produto de pesquisas bibliogrâficas e leituras relativas ao tema central e ao sub-tema escolhido, completados por pesquisas de campo e coleta de dados feitas através de questionário, realizadas em várias unidades pertencentes ao Departamento de Saúde da Grande São Paulo.1.

A apresentação do trabalho foi feita em seis capítulos, que foram tratados isoladamente, mas de forma a se interligarem na última parte, onde se buscaram conclusões e proposições. Com isso também objetivou-se facilitar a aplicação da metodologia adotada, que foi de natureza descritivo - analítica.

No Capítulo I estão delineados os objetivos que pretendiam ser atingidos com a elaboração do presente trabalho.

No Capítulo II é feita uma apresentação do tema global: A Saúde Pública no Brasil, incluindo um breve relato histórico da Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento e procurou-se buscar um esclarecimento esquemático sobre o processo político em saúde, ressaltando que as ações a serem tomadas deverão ser coerentes com a Política Nacional de Saúde e as reais necessidades da população. Foi abordada, também neste capítulo, a Reforma Administrativa da Secretaria de Estado da Saúde em 1969, estrutura sobre a qual baseia-se este estudo.

No Capítulo III desenvolveu-se o estudo do comportamento técnico-administrativo dos servidores em exercício nas Unidades do Departamento de Saúde da Grande São Paulo.1, através da utilização dos conceitos da "Teoria Geral dos Sistemas", "Enfoque Sistêmico", "Sistemas de Administração" e "Mudança Organizacional", tentando compatibilizar esses conceitos teóricos com a realidade, através do estabelecimento de um paralelo entre fatos observados e possíveis explicações teóricas de sua ocorrência.

No Capítulo IV apresenta-se e analisa-se o Material e Método, tentando detectar através de questionário individual, sob que prisma os conflitos e a consequente relação de poder são percebidos e aceitos pela equipe de saúde e pela comunidade usuária.

No Capítulo V estão apresentados e comentados os resultados, analisados através das tabelas correspondentes.

No Capítulo VI são efetuados os comentários e elaboradas as conclusões, às quais foi possível chegar mediante o levantamento e tabulação de todos os dados e informações compilados.

Finalmente, é relacionada a Bibliografia Consultada e são apresentados os Anexos que compõem a presente monografia e que servirão de subsídios para a interpretação e análise deste trabalho. Eles são:

- Anexo 1 - Legislação Estadual referente à Secretaria da Saúde
- Anexo 2 - Organogramas dos Departamentos de Saúde da Grande São Paulo, DRS.1 e DRS.1.1
- Anexo 3 - Mapas dos Distritos Sanitários pesquisados e do Município de São Paulo
- Anexo 4 - Questionário aplicado.

INTRODUÇÃO

A forma como se tenta explicar a saúde de uma população tem variado de forma histórica e depende, fundamentalmente, de uma visão teórica do que seja saúde e doença e seu significado a nível coletivo e individual.

Assim no momento, os estudos sobre o estado de saúde da população, englobam características físicas, químicas e sociais.

Dentre estes fatores, assumem importância incontável aqueles ligados a:

- a esfera sócio-econômica que compreendem os estritamente econômicos;
- a educação (alfabetização);
- o saneamento (população servida por rede de água e esgoto).

A importância desses fatores se torna reveladora na medida em que seus efeitos sobre a saúde são comparados àqueles obtidos pela ação dos serviços de saúde.

Desta forma, pensar na saúde, na doença, é pensar no homem, que submetido a normas vitais e sociais, vive delas e as pode reinstaurar continuamente. Desse modo, o processo saúde/doença se reveste de historicidade, ao mesmo tempo que se dá concretamente no homem doente como episódio, um momento individualizado de sofrimento.

Com base no depoimento acima, poder-se-ia afirmar que, para assegurar proteção ao indivíduo e conseqüentemente à população contra as causas e os efeitos das doenças, a organização de saúde ainda é inadequada:

- por concentrar recursos em atividades assistenciais, em particular na modalidade mais dispendiosa que é a assistência hospitalar;

- por não se alicerçar em uma organização básica de serviços comunitários de saúde que assegure as ações preventivas voltadas principalmente para o meio ambiente e as necessidades pessoais de assistência social;
- por não utilizar, em muito maior escala, pessoal técnico e auxiliar na prestação de serviços gerais de saúde, particularmente na comunidade do interior;
- por não coordenar as múltiplas entidades que atuam no campo da saúde, permitindo que as instituições sirvam como instrumento de promoção pessoal, feudos políticos ou administrativos;
- por faltar aos profissionais de saúde compreensão adequada da inter-relação dos fatores que condicionam a saúde, capacidade de liderança ou conhecimento das técnicas de motivação comunitária, para promoverem a necessária organização dos serviços locais de saúde;
- por não haver fixado os objetivos da organização de saúde do País, em uma política que orientasse tanto os órgãos de formação, como a preparação de mão-de-obra para as atividades do setor de serviços.

Baseando-se na exposição acima, vê-se que urge a necessidade de uma abordagem sistêmica da problemática da saúde entre a população, não só em seus aspectos conceituais, como, principalmente, na fixação de suas políticas e na programação e desenvolvimento de suas ações. Entre outras, a abordagem sistêmica da saúde, por propiciar a interdisciplinariedade de enfoques, conduzirá à interação entre médicos e não médicos e à compreensão mais exata e, rigorosamente científica, da saúde, como algo mais que não-doença e mais que bem de consumo.

Não se pretende atribuir à abordagem sistêmica da saúde a solução miraculosa de todos os problemas já definidos. Inexiste um modelo único de resolver tudo. Deseja-se, apenas, acentuar a importância da integração de vários instrumentos e processos de análise no diagnóstico e elaboração de alternativas para o atendimento às necessidades sanitárias. No contex

to profissional, em que existem vários empecilhos ao trabalho integrado de profissionais da área médica com o de outras, al_{meja-se} a reunião de esforços e de diferentes pontos de vista em interação, capaz de conduzir a soluções mais eficazes para os problemas de saúde.

Apesar de serem recentes as tentativas modernizado_{ras} no setor saúde, e a despeito de serem abordagens multidis_{ciplinares} e integradoras de seus problemas ainda incipientes, alguns estudiosos têm participado da preocupação sistêmica, quer em termos de equacionamento de problemas, quer do ponto de vista do desenvolvimento de metodologia adequada ao novo enfoque, ou mesmo da perspectiva do ensino e da pesquisa do campo.

14
CAPÍTULO I

OBJETIVOS

O desenvolvimento organizacional, aqui objeto de estudo, pretenderá interpretar as mudanças ambientais e elaborar opções de inovação para as organizações evoluírem.

O processo de mudança deverá conseguir, ao nível organizacional, relacionamentos desenvolvidos na confiança recíproca, oferecendo um clima organizacional que favoreça a solução de problemas, posicionar os centros de decisão administrativa em relação às fontes de informação dos processos, obter o comprometimento dos indivíduos participantes em desenvolver um clima de cooperação e criatividade na organização e promover processos que permitam a auto-avaliação das Unidades Sanitárias com suas tarefas.

Esse conjunto de objetivos refletiria, então, as condições necessárias à inovação e adaptação organizacional, conduzindo à maior satisfação dos indivíduos participantes e à maior eficiência e eficácia das Unidades Sanitárias estudadas neste trabalho.

Para a realização de um trabalho de desenvolvimento organizacional, uma sequência lógica é sugerida por Lawrence e Lorsch (01), onde inicialmente é preciso conhecer o problema (processos comportamentais e variáveis de estrutura). A seguir, pode-se pensar em planos alternativos de ação para colocar a organização no rumo desejado; deve-se por fim avaliar os resultados de ação, escolhido e implantado. Esta sequência caracteriza-se por: diagnóstico, planejamento de ação, intervenção e avaliação.

Com referência ao diagnóstico e intervenção, o autor apresenta um conjunto de técnicas de desenvolvimento organizacional como: treinamento, elaboração de equipes de trabalho e a resolução de conflitos por confrontação, tendo como método

(01) DALTON, Gene W.; LAWRENCE, Paul R. & LORSCH, Jay W. Organizational Structure and Design. Homewood, Ill., Irwin, 1970.

do, estratégias de intervenção, tais como: desenvolvimento de equipes, relações inter-grupais, compatibilização de objetivos individuais e grupais, promoção de atividades educacionais. É neste sentido que o fator humano será focalizado neste trabalho, pois compõe o conjunto de fatores que determinam a executabilidade do empreendimento, uma vez constatada sua viabilidade.

Por isso mesmo, na maioria desses trabalhos, se nem todas as colocações apontam para o planejamento da saúde como instrumento indispensável à solução dos problemas da área, enfatiza-se a introdução no Sistema, do processo de planejamento estratégico, administrativo e operacional.

De outro lado, pode-se perguntar como adotar a inovação sistêmica se os comportamentos de pessoas, grupos e órgãos ainda carecem de coordenação e comunicação amplas e abertas? Como conseguir o funcionamento integrado na prestação de serviços médicos assistenciais e sanitários às populações? Em que níveis de qualidade já se integram as iniciativas públicas e particulares na prestação de serviços?

A proposição deste trabalho visará examinar, do ponto de vista de execução das atividades, sob que prisma os conflitos, e a consequente relação do poder, são percebidos e aceitos pela equipe de saúde e pela comunidade usuária.

CAPÍTULO II

O PROCESSO POLÍTICO EM SAÚDE

1 -- GENERALIDADES

A definição do fenômeno saúde/doença esbarra com a dificuldade de se obter, ao mesmo tempo, uma formulação que abranja toda a amplitude e complexidade do fenômeno e se preste a fins operacionais.

No âmbito da Política Nacional de Saúde considera-se, sob o aspecto conceitual, que a saúde é uma característica incorporada a cada indivíduo, participando de sua existência e da definição da sua pessoa, resultando de interações de fatores individuais, incluindo como genéricos os fatores ambientais. Assim entendida, a saúde não pode ser destacada do indivíduo, constituindo-se em aspecto sobre o qual outrem possa deter o controle ou a responsabilidade primária, a não ser nos casos específicos de menores e incapazes. Trata-se, portanto, de um campo de responsabilidade conjunta do indivíduo, da família, da empresa, de outras instituições comunitárias e do Estado. A definição das áreas de responsabilidade específica não tem outro parâmetro se não a caracterização do grau de controle que cada um desses níveis tem sobre os fatores causais de agravo à saúde.

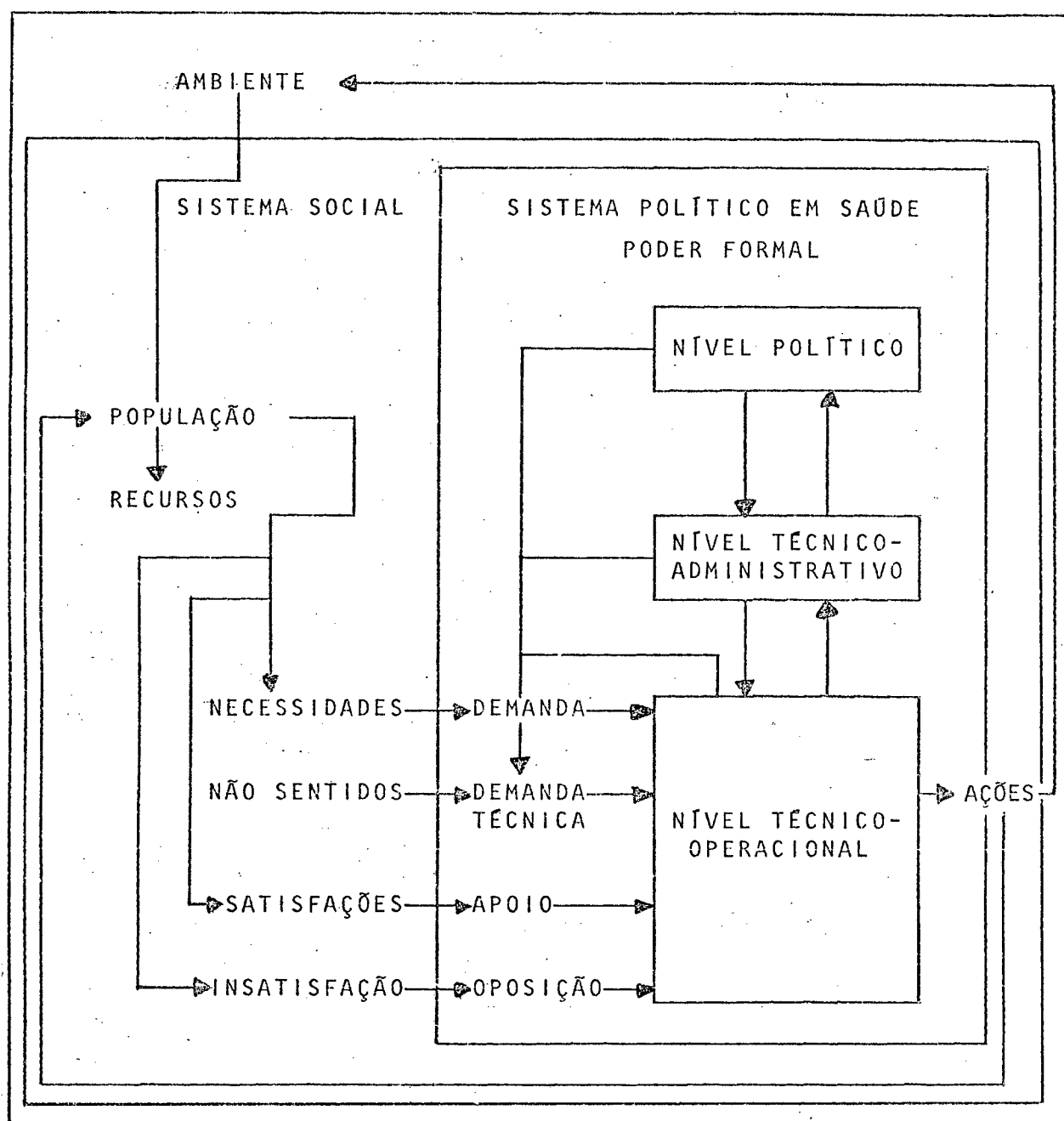
Cumprе destacar que numa outra acepção, saúde se refere ao campo de estudo relativo ao equilíbrio bio-psico-social do homem com seu meio. Como tal, é o objeto de estudo e interesse das ciências da saúde. Numa terceira acepção, a saúde se refere ao serviço produtivo formado pelo conjunto de prestadores legitimados de serviços, cujo fim explícito é promover, preservar e restaurar a saúde humana. Esta terceira acepção se constitui no escopo de Política Nacional de Saúde. Refere-se aos prestadores legitimados, no sentido em que os sistemas paralelos de atenção à saúde devem ser aproveitados na medida do possível, na execução das ações, não cabendo, entretanto, à Política orientar especificamente a atividade de tais prestadores.

O estabelecimento de uma Política Nacional de Saúde envolve o reconhecimento de um processo político a ser levado em conta pelos detentores do poder decisório a todos os níveis do sistema, para que se resguarde a coerência das ações ao mesmo tempo com a Política Nacional de Saúde e com as reais necessidades da população abrangida por tais ações.

Buscar-se-á um esclarecimento esquemático a respeito de tal processo, por sua natureza complexa, cuja perfeita compreensão, ao nível de realidade, é indispensável à tomada de decisões por parte das autoridades constituídas; com relação aos problemas que atingem a uma proporção significativa da sociedade das quais não haja unanimidade de consenso. Essas decisões políticas tem caráter formal e, via de regra, acompanham-se de mecanismos para conseguir seu cumprimento ou apenas seu descumprimento.

Embora nem sempre seja fácil distinguir as ações po-líticas de outras que ocorrem no corpo do processo social, estas, por sua natureza, estão relacionadas ao Sistema Políti-co. Este subsistema social é constituído por uma entrada, composta das demandas políticas, apoio e reações às decisões; um processo que envolve a ação do poder formal a diversos níveis, gerando decisões e ações que irão produzir resultados a nível do corpo social e, num mecanismo de retroalimentação, modificar as necessidades e gerar apoios ou reações negativas que, por sua vez, suscitarão novas decisões, ações por parte do Sistema Político. (Ver Figura 1.)

Cumprir destacar uma característica peculiar do Sis-tema de Saúde, devido à natureza do fenômeno saúde/doença e às eventuais sutilezas da caracterização precoce do fenômeno doença, da probabilidade de doença e dos problemas de saúde em geral, juntamente com necessidades, demanda, apoio e reações negativas, destaca-se a importância de um fator que, se tem denominado "demanda técnica da saúde", ou seja, necessidades não sentidas pela população, mas identificadas pelo corpo técnico de saúde como reais, tendo em vista a prevenção de fu



Fonte: RICARTE, Alice Gazonato e outros. Trabalho em grupo, disciplina em Administração - Ciclo de Formação em Administração Pública - 1.^a Promoção - FUNDAP, Coordenação de Saúde da Comunidade. Abordagem Sistêmica. São Paulo, 1978

Figura 1 - O Processo Político em Saúde

turos problemas de Saúde Pública. Um exemplo típico dessas necessidades é o dimensionamento das imunizações para os diversos grupos etários.

Desta forma, o processo político no âmbito de Saúde, deve buscar equilíbrio na satisfação das demandas do corpo social e, ao mesmo tempo, equacionar os problemas identificados à luz de necessidades não sentidas (demanda técnica) pela população.

Um objetivo importante de uma política, no caso do Sistema de Saúde, será equacionar harmonicamente esses dois tipos de demanda, proporcionando um processo que dê como resultado uma razoável satisfação das necessidades sentidas, uma compreensão por parte da população da impossibilidade da satisfação absoluta de todas as necessidades percebidas de saúde e uma satisfação das necessidades técnicas que, em última análise, ao promover a saúde e prevenir a doença, irão evitar aparecimento de uma série de necessidades futuras.

As necessidades sentidas ou não, ao serem transformadas em ações pela população ou pelos técnicos de saúde, vão se constituir em demanda às vezes reprimida, que é a entrada do sub-sistema técnico-operacional de saúde, que por sua vez gera como saída ações de saúde. As ações de saúde, sobre o ambiente ou sobre a população, vão satisfazer ou não necessidades, gerando satisfações ou insatisfações que, ao mesmo tempo, alterarão a demanda ao sistema e influenciarão no processo através de mecanismos de apoio ou oposição.

Dentro desse ponto de vista, verifica-se que o Sistema Social de Saúde deve ter sensores junto à população, não só para identificar precoce e eficazmente necessidades, como também para permitir a conscientização do corpo social e político a respeito das necessidades não sentidas, transformando-as em necessidades consentidas e, se possível, em necessidades sentidas. Somente essa conscientização poderá gerar satisfação e apoio por parte do corpo social aos investimentos

financeiros, materiais e em recursos humanos, no atendimento de necessidades primariamente não sentidas. Estes investimentos, em última análise, são, por assim dizer, desviados do atendimento às necessidades sentidas, o que torna desejável a conscientização da população sobre a real utilidade de tais investimentos.

Desta forma, fica clara a indispensabilidade de intensa participação do corpo social a todos os níveis do processo de geração das ações de saúde.

Conforme proposta, este trabalho é um levantamento e análise de problemas de ordem administrativo/organizacional enfrentados pela Coordenadoria de Saúde da Comunidade na implantação e implementação de sua programação de saúde consoante com os objetivos do Programa de Reforma Administrativa no Serviço Público Estadual, criado através do Decreto nº 48.040 de 01.06.67, do qual resultou a reestruturação da Secretaria de Estado de Saúde, derivada desse Programa, pelos Decretos nº 50.192 de 13.08.68 e nº 52.812 de 16.07.69, examinado do ponto de vista da execução das atividades, sob que prisma os conflitos e a conseqüente relação de poder são percebidos e aceitos pela equipe de saúde e pela comunidade usuária.

2 - A SAÚDE NOS PLANOS NACIONAIS DE DESENVOLVIMENTO

Tentar-se-á, num breve retrospecto histórico, examinar a maneira como a saúde é tratada pelos Planos de Desenvolvimento no Brasil, procurando enfocar as diretrizes gerais dos Planos.

"Os primeiros Planos haviam procurado criar condições e vencer obstáculos para dar continuidade ao processo de industrialização" (02). A implementação dos Planos é também, essencialmente, um fenômeno político, pois é uma forma de se aferir quando a tentativa de colocar recursos e valores se efetivou ou não; é a relação, num dado sistema, entre política e administração e pode ser analisada mediante critérios econômicos, através dos quais se testa sua consistência interna e a compatibilidade de seus objetivos.

O Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social é o reflexo das contradições de seu momento histórico: ao mesmo tempo em que se pretendia controlar os crescentes índices de inflação, com medidas que inevitavelmente acarretariam recessão, pretendia-se levar a efeito um programa de desenvolvimento que, sem perder seu caráter capitalista, fosse um guia para promoção de reformas de base e distribuição de riquezas. A programação da saúde espelhava estas contradições: procurou-se vincular os indicadores da sanidade aos de distribuição de renda, elaborando diretrizes que tinham caráter preventivo e atendessem prioritariamente as populações urbanas; concomitantemente favorecia o modelo de assistência médica, baseado em atendimento hospitalar, altamente especializado, e em medicamentos industrializados. Entretanto, esse Plano não alcançou seus objetivos de promover o desenvolvimento e vencer a inflação, mas contribuiu para intensificar o esforço do planejamento no Brasil.

(02) PENA, Maria Valeria Junho. Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento. Dados. Rio de Janeiro (16):69-94, 1977. (São Paulo, FUNDAP - mimeo - 1978 - Pol C.F. 020.)

O PAEG - Plano de Ação Econômica do Governo - não se inseria nas contradições do Trienal, ele era um elemento basicamente anti-inflacionário e porque era o reflexo de uma atuação política mais definida, e que lhe era favorável, pode enfrentar opositores e a recessão que as medidas por ele programadas provocou. No entanto, já previa os mecanismos institucionais para atuar na recuperação. Sua função, antes de mais nada, era de "limpar o terreno" para a expansão futura. Quanto à saúde, ele se destacava exatamente por esta racionalização do setor, pela centralização num único órgão - O INPS - de várias instituições previdenciárias antes existentes e pelo apoio firme e decidido ao modelo hospitalar/medicamentoso que apenas se esboçava no Trienal, mas que já era prevalecente. Em que pese às contradições internas à estratégia de política econômica formulada pelo PAEG, o Plano representou uma mudança de mentalidade das autoridades governamentais em relação ao problema inflacionário que, pela primeira vez, foi encarado seriamente e foi objeto de uma ação coordenada e incisiva do governo.

O momento do PED - Programa Estratégico de Desenvolvimento - mostra que é possível crescer, mesmo (e como uma das razões) com concentração de renda e riqueza. Trata-se agora de voltar a expandir, num padrão que se revela ainda mais excludente. "A Saúde é uma preocupação secundária, que tem mais a ver com a imagem de um Brasil desenvolvido que se quer projetar, que propriamente com os níveis de bem-estar da população. Daí o caráter quase retórico das colocações sobre este setor que, não obstante, espera-se venham a desempenhar papel legitimador" (03).

O caráter transitório de Metas e Bases para a Ação do Governo, que apenas pretendia oferecer diretrizes gerais de Política enquanto se preparava o IPND (Plano Nacional de Desenvolvimento), não impede que se constitua num importante documento para o exame do papel da saúde no discurso oficial do planejamento governamental do Brasil.

(03) PENA, Maria Valeria Junho. Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento. Dados. Rio de Janeiro (16):69-94, 1977. (São Paulo, FUNDAP - mimeo - 1978 - Pol C.F. 020.)

A década de 70 iniciou-se sob o signo do crescimento rápido, cujas taxas vinham ascendendo desde 1967. Não obstante, permaneciam e mesmo aumentavam os índices de concentração com os estratos urbanos mais baixos, sofrendo perdas substanciais na renda real.

O Plano de Metas e Bases consiste principalmente "num instrumento de crescimento que deixa de lado a ênfase que vinha sendo dada à superação de obstáculos ao desenvolvimento. Tudo se passa como se estes tivessem subitamente desaparecido e a tarefa fosse então, programar as linhas que a expansão deveria tomar (por exemplo, entre seus objetivos destacam-se o ingresso na era nuclear, o ingresso na II Revolução Industrial, o ingresso do Brasil no mundo desenvolvido, até o final do século, taxas de crescimento econômico que alcancem no mínimo 7% a 9% ao ano no período e evoluam para 10%, metas cuja efetivação coloca o Brasil entre os países de mais rápido crescimento do mundo nos últimos tempos)" (04). A grandiosidade dos objetivos e sua colocação em termos de projeção implica numa idéia de permanência dos resultados obtidos e de continuidade linear do processo de expansão, que se exprimiria em crescentes taxas de crescimento econômico.

No PAEG foi possível encontrar as principais medidas que permitiriam diminuir o ritmo inflacionário e ao mesmo tempo preparar a expansão futura. O PED contém as linhas e prioridades da expansão; o Metas e Bases tem como objetivo dar continuidade a ela, através da elevação do ritmo de crescimento. Assim, num curto sentido, este documento pode ser visto como um desdobramento do PED: ele pretende a revolução na educação, a aceleração do desenvolvimento científico e tecnológico, o fortalecimento do poder de competição da indústria nacional. "Se se leva em consideração que revolução, nos parâmetros do Metas e Bases, não implica em ruptura com os antigos padrões e sim incremento nos índices que medem o desempene

(04) PENA, Maria Valeria Junho. Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento. Dados. Rio de Janeiro (16):69-94, 1977.(São Paulo, FUNDAP - mímeo - 1978 - Pol C.F. 020.)

enho de setores, é fácil verificar que a pretensão, em última análise, é dar continuidade a uma tarefa já iniciada" (05).

Saúde e saneamento são, assim, consideradas prioridades nacionais. É provável que esta consideração tenha sido feita pela constatação da determinação das condições de vida das populações de renda baixa (que se refletia, por exemplo, nos índices de mortalidade infantil que voltaram a aumentar).

"A principal proposta do Plano que se examina, em relação à Saúde, é de descentralizar a execução dos serviços, que deverão ficar a cargo dos governos estaduais e municipais, sob gerência do governo federal. Como corolário, espera-se a expansão da rede de unidades locais médico-sanitárias, com assistência financeira e técnica do governo federal" (06).

Estas são medidas relativas à "saúde coletiva" que, aliadas à "obtenção de resultados substanciais na intensificação do combate às doenças transmissíveis (malária, esquistossomose, poliomelite epidêmica, varíola, febre amarela, lepra), consistem nas principais diretrizes para Saúde Pública" (07).

"Em relação à Assistência Previdenciária, as principais diretrizes foram:

- Integração dos serviços estabelecidos e da assistência financeira e técnica, pelo Ministério da Saúde, à rede de hospitais existentes no país;
- Implementação de programa nacional de fornecimento de medicamentos básicos a custo reduzido, às classes de mais baixa renda, para assegurar efetividade dos programas de proteção

(05) LAFER, Betty Mindlin. Planejamento no Brasil. São Paulo, Perspectiva, 1975 - 3.^a edição.

(06) LAFER, B.M. Planejamento no Brasil.

(07) PENA, Maria Valéria Junho. Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento. Dados. Rio de Janeiro (16):69-94, 1977. (São Paulo, FUNDAP - mimeo - 1978 - Pol C.F. 020.)

e recuperação de Saúde. O esquema será executado mediante coordenação entre laboratórios do governo e indústria farmacêutica privada;

- Assistência materno-infantil às classes de baixa renda em áreas prioritárias;
- Intensificação de pesquisa básica e aplicada, especialmente no campo das doenças que constituem entrave ao desenvolvimento nacional. Apoio concomitante deverá ser dado à pesquisa para o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional;
- Interiorização de médicos para as regiões de maior déficit;
- Aumento de vagas no sistema educacional ligado à Saúde; adoção de medidas que permitam a criação de 'carreiras curtas' neste setor, particularmente nas áreas de Saúde Coletiva;
- Criação de uma legislação de controle de poluição ambiental nas grandes áreas urbanas;
- Apoio ao Programa de Saneamento Básico" (08).

No conjunto, poucas modificações podem ser anotadas quanto à programação da política de saúde. Enquanto, por exemplo, "saúde pública" continua como encargo estadual, "saúde individual" permanece como área da iniciativa privada com gerência pública. Através do Metas e Bases enfatiza-se este caráter privado da assistência médica, possivelmente, embora não explicitamente, através da figura do convênio. Veja-se, por exemplo, que propõe medidas que acarretam integração dos serviços públicos entre si e daí, a possibilidade de integrá-los com o sistema privado.

(08) PENA, Maria Valeria Junho. Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento. Dados. Rio de Janeiro(16):69-94, 1977.(São Paulo, FUNDAP - mimeo - 1978 - Pol C.F. 020.)

Em última análise, a problemática de saúde é visualizada como sendo de caráter médico, para a qual se impõem soluções quase estritamente curativas e assistenciais. As diretrizes do setor permanecem desvinculadas das diretrizes da política salarial, de emprego etc.

Em dezembro de 1971 foi publicado no Diário Oficial o I Plano Nacional de Desenvolvimento (I PND), que previa o desempenho da economia a longo prazo (indica em alguma medida a continuidade que representa em relação ao Plano de Metas e Bases). Neste último, entretanto, Saúde e Saneamento haviam consistido em prioridades que, no I PND, são substituídas por Habitação e Educação, na área definida como de desenvolvimento social.

"Ao I PND, sucede-se o II Plano Nacional de Desenvolvimento para o período de 1975/1979. Pouca menção é feita no II PND à saúde, exceto à manutenção da intenção da modernização das agências governamentais do setor. Contudo, um fato importante ao nível institucional é declarado: a separação do Ministério da Previdência e Assistência Social do Ministério do Trabalho. Segundo o Plano em questão, grandes campos institucionais são definidos prioritariamente:

- o do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária;
- o do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado" (09).

Assim, os programas de saúde dos planos de desenvolvimento econômico-social e, mais recentemente, dos planos de ciência e tecnologia, têm se justificado a partir da pretensão de elevar e melhorar a qualidade de vida da população.

Deste modo, pode-se dizer que, em geral, se associam a outros programas na área de nutrição, habitação, educação etc. No entanto, tudo indica que seu sucesso na prática estará sempre comprometido enquanto consistirem em apêndice ideológico e não parte integrante da política de desenvolvimento em geral. Muito mais que de medidas bem elaboradas, o nível de sanidade de uma população depende de seu acesso a melhores salários.

No conjunto, tais medidas não são eficazes uma vez que pretendem impor um certo padrão de saúde e de atendimento, que provavelmente não se integra com a qualidade de vida destas populações no seu sentido substantivo.

"Assim, enquanto se desconhecer e desprezar o universo cultural das populações de renda mais baixa, a maneira como avaliam a qualidade de seu modo de vida e como os problemas de saúde são aí integrados, a política oficial de saúde será impositiva e inócua nos seus objetivos explícitos. No máximo, poderá ser bem sucedida em demonstrar, a tais populações, quanto dominantes são os grupos dominantes, quanto poderosos e sábios são seus instrumentos e quanto inacessíveis seus conhecimentos. Em suma, a manipulação de Saúde pode e tem sido transformada em manipulação de Poder" (10).

Neste contexto, deve-se lembrar que o componente saúde, num primeiro passo, se define pela criação de uma infraestrutura de saúde pública e o desenvolvimento de uma consciência técnico-operacional na prestação de serviços à população. Foi o que presenciamos com a formulação do Prev-Saúde - Programa Nacional de Ações Básicas de Saúde - divulgado em setembro de 1980, caracterizando-se como um plano integrado de saúde, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, cujo objetivo era justamente a adoção de medidas de atenção primária à população, dando cobertura a 40 milhões de braços

(10) PENA, Maria Valeria Junho. Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento. Dados. Rio de Janeiro (16):69-94, 1977.(São Paulo, FUNDAP - mímeo - 1978 - Pol C.F. 020.)

sileiros (não assistidos pelos serviços de saúde) e indo ao encontro do III PND - Plano Nacional de Desenvolvimento (11) no sentido de se melhorar a qualidade de vida da população brasileira.

(11) LAFER, B.M. Planejamento no Brasil.

3 - A REFORMA ADMINISTRATIVA DA SECRETARIA DA SAÚDE EM 1969

O Estado de São Paulo, apesar do alto nível de progresso econômico, defronta-se com um baixo nível de saúde da população expresso por um alto coeficiente de mortalidade infantil e elevadas taxas de morbidade e mortalidade geral.

Entre os fatores responsáveis ou agravantes dessa situação, destacam-se a incidência de doenças transmissíveis; as precárias condições de saneamento básico; a baixa capacidade aquisitiva da população; a deficiência nutricional; a assistência médico-sanitária insuficiente qualitativa e quantitativamente; a baixa escolaridade e despreparo profissional e a falta de hábitos adequados em relação à saúde, entre outros.

Para a solução desses problemas, o Brasil conta com uma série de órgãos e entidades atuando nas diferentes áreas que compõem o Setor Saúde.

A Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, que tem como atribuição básica a assistência médico-sanitária da população, se depara, nesse contexto sócio-econômico-cultural, com problemas de complexidade variada que impõem obstáculos à sua atuação.

O desenvolvimento da função, caracterizada como assistência médico-sanitária, sempre esteve centrado no profissional médico. Nos últimos anos, inúmeros fatores envolvendo a relação médico-sociedade-administração pública, tem contribuído para a diminuição da "performance" do Setor Saúde.

Em linhas gerais, esses fatores podem ser os seguintes, sem a preocupação de estabelecer classificação em ordem de importância:

- aumento da população, paralelamente à expansão das áreas urbanas sem contrapartida no que se refere à prestação de serviços de saúde e saneamento;

- aumento da demanda operacional por serviços de saúde em decorrência da deteriorização do nível de vida dessa população, em grande porcentagem marginalizada;
- dificuldades de arregimentação de médicos e principalmente sanitaristas, em razão da remuneração pouco atrativa e da formação acadêmica cada vez mais voltada para as especialidades;
- baixo nível de capacitação do pessoal auxiliar;
- obstáculos à expansão do volume das verbas a serem alocadas ao setor e/ou melhor distribuição e aplicação das mesmas.

Tendo em vista minimizar esses aspectos, a Secretaria de Estado de São Paulo, objeto de nosso estudo, procurou adotar nova metodologia de atuação com o objetivo geral de melhoria da qualidade de prestação de serviços à população, onde se delinearam caminhos para superar os entraves do setor.

Para tanto, foi idealizada, na Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, uma programação de saúde, tendo como base os princípios estabelecidos na Reforma Administrativa de 1969, ou seja: centralização normativa, descentralização executiva e integração das atividades. "É baixa a rentabilidade dos serviços em relação aos recursos aplicados, mormente devido à multiplicidade de órgãos independentes desenvolvendo, até mesmo, atividades congêneres nas mesmas áreas. A inexistência de órgãos de cúpula permanentes e suficientes não permite o racional estabelecimento de prioridades visando à conveniente distribuição de recursos" (12).

A proposta de reorganização da Secretaria de Saúde teve como motivação, de um lado, a filosofia de "saúde pública" prevalente entre os especialistas do setor e, de outro, as

(12) LESER, W.P. et alli. Reorganização da Secretaria da Saúde Pública do Estado de São Paulo. São Paulo (mimeo), 1968. (Trabalho apresentado ao 17º Congresso Brasileiro de Higiene, Salvador, Bahia, 1968.)

diretrizes do Governo do Estado para o setor saúde, tendo como filosofia as ações preventivas na área de saúde pública, ou seja, a intensificação do combate às doenças transmissíveis via programas de imunização, educação sanitária e saneamento básico.

3.1 - A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

"A reforma da Secretaria da Saúde obedeceu às normas orientadoras do Grupo Executivo de Reforma Administrativa - GERA, que em junho de 1967 apresentou ao Governador o plano de reforma da Secretaria, contendo as diretrizes básicas para essa reorganização:

- integração de serviços em nível local, sob comando único, visando à economia de recursos e ao melhor atendimento da população;
- descentralização executiva, através da adoção de maior autonomia para as unidades de prestação direta de serviços, a execução uniforme dos serviços, 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 importância recíproca entre órgãos centrais e unidades periféricas, bem como ao adestramento contínuo de pessoal" (13).

Segundo o Decreto nº 50.192 de 13/08/1968 (14), Anexo 1, foram tomadas as primeiras medidas de organização da Secretaria, ou seja, da sua reforma administrativa, com a denominação de Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde, sendo que as atividades de saúde prestadas à comunidade, com exceção da assistência hospitalar, foram distribuídas em três níveis hierárquicos: central, regional e local, como segue:

(13) SAUVER, Giselda Barroso Guedes de Araújo. O Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde em São Paulo: Um novo modelo com os dobramentos da Reforma Administrativa de 1969. Cadernos FUNDAP. São Paulo 3(6), jun/1983.

(14) GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Decreto nº 50.192 de 13.08.68. Dispõe sobre medidas da Reforma Administrativa da Secretaria da Saúde.

- ao nível central, couberam a coordenação, o planejamento e a supervisão administrativa, bem como a transmissão de normas técnicas;
- ao nível regional, couberam a coordenação, o planejamento e a supervisão de programas, a aplicação de normas técnicas e a execução de atividades-fim;
- ao nível local, couberam a prestação de serviços e a execução de programas de saúde pública.

O Decreto nº 52.182 de 16.07.1979 (15), Anexo 1, vem alterar a estrutura administrativa da Secretaria quando a mesma passa a se denominar Secretaria de Estado da Saúde. Através deste foram definidas as atribuições, até agora vigentes, na Secretaria de Estado da Saúde, a saber:

- exercer a função de órgão normativo do Governo do Estado no setor saúde, estudar, planejar, orientar, coordenar, supervisionar e executar, em todo o território do Estado, medidas visando à melhoria das condições sanitárias da população, promovendo a saúde e prevenindo a doença, bem como participar das medidas de recuperação da saúde, estudar problemas de saúde pública, promovendo pesquisas científicas necessárias à sua solução; promover a articulação com outras entidades estatais, paraestatais e privadas cuja atuação possa contribuir para a consecução de suas finalidades.

Ao serem analisadas mais detalhadamente as diretrizes imprimidas pela Secretaria, vê-se priorizada a organização dos recursos humanos, com grande ênfase para a formação de quadros técnicos, dando grande importância à criação de carreiras específicas no campo da saúde pública. Neste particular, a área de recursos humanos passou a ser percebida como um suporte indispensável para o eficiente desempenho das ações de saúde pública.

(15) GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Decreto nº 52.182 de 16.07.79. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências.

"É assunto pacífico que as organizações de saúde pública precisam contar com profissionais especializados nesse campo, em regime integral de trabalho, aos quais devem ser oferecidas, além de efetivas condições de trabalho, possibilidades de acesso e remuneração compatível" (16), podendo ainda ser lembrada a importância da "integração dos serviços em nível local, onde o Centro de Saúde é considerado como unidade sanitária polivalente, verdadeiro eixo da organização, responsável pelos problemas de saúde da comunidade", justificando que: "A integração de serviços permite melhor técnica de saúde pública, maior rendimento e custo mais baixo dos trabalhos executados e a sua plenitude é atingida quando existe atividade externa de visitantes e auxiliares de saneamento, obedecendo ao princípio de que a prevenção não se efetue apenas no indivíduo, mas também no ambiente físico, biológico, social em que vive, porque, na interação de fatores entre o organismo e o ambiente, é que residem as causas determinantes das doenças" (17).

Embora existam trabalhos que nos auxiliam quanto ao grau de implantação alcançado pela reforma, optou-se por comentar relatos de alguns técnicos que tiveram participação mais direta nas decisões por achar-se serem mais elucidativos.

Para alguns deles, duas razões principais limitaram aquele processo: "a escassez de recursos financeiros e a falta de envolvimento no conjunto da instituição nos trabalhos ligados à reforma". No primeiro caso, a "redução das dotações orçamentárias impedem uma efetiva política de recursos humanos indispensáveis à proposta da reforma". Com relação ao segundo aspecto, sua opinião é de que a "reforma teria sido visível não para a burocratização do processo, impedindo que o corpo social da Secretaria estivesse integrado, mobilizado e envolvido pessoalmente".

(16) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Reforma Administrativa: Textos Legais e Regulamentares - 1967/1970. São Paulo, 1971.

(17) LESER, W.S.P. Apresentação. In: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Reforma Administrativa: Textos Legais e Regulamentares - 1967/1970. São Paulo, 1972 p.III-IV.

Outros entrevistados apontam como razão do insucesso fatores de ordem burocrática, internos à Secretaria da Saúde. Para eles as mudanças teriam ocorrido nas atividades-meio antes do que nas atividades-fim, argumentando que esse fato teria fortalecido os responsáveis por aqueles setores, os quais procuraram impedir mudanças reais nas estruturas de poder onde estavam inseridos. Em consequência, houve mudança apenas do perfil estrutural da Secretaria mas não em seus recursos técnico-operacionais, o que reflete nas ações executivas do órgão (18).

Apesar de reconhecer-se a fragilidade dos resultados preconizados pela Reforma, sejam eles decorrentes de motivos psicológicos ou de condutas tradicionais, esta não impediu que novas propostas fossem implementadas, da qual destaca-se o Projeto de Expansão da rede de serviços básicos de saúde da Grande São Paulo, de grande importância no tocante à consecução efetiva das propostas da reforma e o aparecimento dos serviços prestados à população.

Sendo, entretanto, objeto deste estudo a Coordenadoria de Saúde da Comunidade, especificamente o Departamento de Saúde da Grande São Paulo.¹, tem-se que conhecer mais de perto a organização de seus serviços, sua estrutura, suas funções e atividades e seus objetivos centrais.

3.2 - A Coordenadoria de Saúde da Comunidade

Tem-se pois, que a Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC) tem organização regionalizada, regulamentada por lei e o controle e supervisão mais diretos feitos através de 16 Departamentos Regionais, dos quais 5 estão localizados na Região Metropolitana, e 71 Distritos Sanitários. Os Distritos foram criados para acompanhar de perto as unidades sanitárias

(18) SAUVER, Giselda Barroso Guedes de Araujo. O Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde em São Paulo: Um novo modelo com os desdobramentos da Reforma Administrativa de 1969. Cadernos FUNDAP. São Paulo 3(6), jun/1983.

denominadas Centros de Saúde, em seus aspectos técnicos e administrativos. O número total de Centros de Saúde é de 858, assim distribuídos: 276 na Região Metropolitana da Grande São Paulo, dos quais seis são Centros de Saúde-Escola, e 582 no Interior.

Dentro da estrutura da Coordenadoria de Saúde da Comunidade tem-se, portanto, a nível regional, os Departamentos de Saúde; em nível sub-regional estão os Distritos Sanitários e em nível local os Centros de Saúde.

Através do Decreto nº 16.545 de 26.01.81 (19), Anexo 1, foram reestruturados os Distritos Sanitários, Departamentos e Centros de Saúde, sendo que as principais modificações foram:

- reclassificação dos Centros de Saúde em três níveis, de acordo com a complexidade das atividades a serem desenvolvidas (Centro de Saúde I, Centro de Saúde II e Centro de Saúde III);
- modificação da estrutura administrativa dos Distritos Sanitários (DS) e Centros de Saúde (CS), passando os Distritos Sanitários a nível de Divisão Técnica e os Centros de Saúde a nível de Serviço Técnico;
- redefinição das atribuições dos Distritos Sanitários e Centros de Saúde;
- reorganização dos Departamentos Regionais de Saúde em doze regiões de saúde. A Grande São Paulo passou a ser composta de cinco Departamentos de Saúde da Grande São Paulo.

A Portaria SS-CG nº 26 de 15.12.81 (20), Anexo 1, define de acordo com a complexidade das atividades que lhes sejam cometidas, as seguintes atribuições aos Centros de Saúde.

(19) GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Decreto nº 16.545 de 26.01.81. Reestrutura e dispõe sobre as atribuições dos Distritos Sanitários e Centros de Saúde, transforma unidades da Coordenadoria de Saúde e dá providências correlatas.

(20) COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE, SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Portaria SS-CG nº 26 de 15.12.81. Estabelece atribuições aos Centros de Saúde.

Incumbe aos Centros de Saúde a prestação de serviços à comunidade, visando à promoção, preservação e recuperação da saúde da população, mediante a execução dos programas e sub-programas de saúde e saneamento e de vigilância sanitária:

- aos Centros de Saúde I: execução de todas as atividades previstas nas programações de saúde e de saneamento, incluindo as áreas especializadas, operando ainda como retaguarda a outros centros de saúde;
- aos Centros de Saúde II: execução de todas as atividades básicas das programações de saúde e de saneamento, dando cobertura não especializada a outros centros de saúde e contando, quando identificada a necessidade, com recursos para atuar como retaguarda em uma ou mais especialidades;
- aos Centros de Saúde III: execução de todas as atividades de saúde e saneamento.

Com base nos princípios e objetivos contidos na Reforma da Secretaria da Saúde foi realizada a programação de Saúde da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, entendendo como programa, a descrição de todas as atividades a serem desenvolvidas e, como sub-programa, a sub-divisão ou seu detalhamento.

A programação estabelecida pela Coordenadoria de Saúde da Comunidade, engloba três grandes programas chamados de:

- Programas de atenção à gestante,
- Programas de atenção à criança (de 0 a 14 anos),
- Programas de Assistência ao adulto (de 15 a mais anos).

As demais programações figuram como sub-programas:

- Sub-programa de Pneumologia Sanitária, com ênfase em controle da Tuberculose;
- Sub-programa de Dermatologia Sanitária, com ênfase em controle da Hanseníase;

- Sub-programa de Saúde Mental.

A Oftalmologia e a Odontologia são atividades que estão ligadas aos três programas (criança/gestante/adulto).

As atividades dos programas e sub-programas envolvem o controle médico-odontológico e vacinação, reforçados e complementados por outras atividades, tais como:

- visita domiciliar,
- exames complementares,
- atendimento de enfermagem,
- aplicação de provas, testes e tratamentos,
- suplementação alimentar.

A Educação em Saúde está integrada a todas as atividades previstas pela programação e o treinamento de pessoal e resultante das diretrizes e atividades determinadas pela programação.

Entre as programações encontram-se as de saneamento da Coordenadoria de Saúde da Comunidade com três sub-programas: parcelamento do solo e edificações, engenharia sanitária e alimentação pública.

A estrutura da Coordenadoria de Saúde da Comunidade comporta ainda os Centros de Saúde-Escola, criados através de Convênios com Faculdades/Escolas e a Secretaria da Saúde, com o objetivo principal de aliar as atividades de serviços à área de ensino" (21).

3.3 - O Departamento de Saúde da Grande São Paulo.1

Após conhecimento desta realidade, ou seja, da estrutura da Secretaria da Saúde, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, suas funções, atividades e objetivos centrais, op

(21) MORALLIS, Ivone Rodrigues. Análise Funcional e Estrutural de Centros de Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, FGV/EAESP, 1983.

tou-se pelo estudo do Departamento de Saúde da Grande São Paulo.1, em decorrência dos seguintes pontos, que abaixo são descritos:

- Possuir o Departamento de Saúde da Grande São Paulo.1 características divergentes dos outros quatro Departamentos da Grande São Paulo, isto é, o DRS.1.1. foi anterior ao Decreto nº 16.545 de 1981, órgão normativo e orientador dos demais departamentos, herdando uma estrutura diferente dos outros quatro departamentos, antigas divisões de saúde, como indicado pelos Organogramas apresentados no Anexo 2, necessitando executar para proceder a um bom funcionamento, mudanças bruscas, pois de órgão normativo passou para executivo.
- Compor-se, sua nova estrutura, de seis Distritos Sanitários com características próprias e ambiente físico, sócio-cultural e econômico diferentes, uns localizados na Capital, outros pertencentes à Região Metropolitana da Grande São Paulo. (Ver Anexo 3).
- Fazer-se parte do quadro de pessoal do presente Departamento e estar-se presente nos dois momentos, antes e pós - reestruturação, sofrendo as influências internas e externas das mudanças.

Isto posto, tem-se tomado todo o cuidado para não inserir neste estudo, definições e conclusões pessoais, procurando, isto sim, estudar uma realidade em particular para, a partir de uma situação específica, levantar dados que permitam, através de um processo de inferência, formalizar hipóteses e sugerir medidas administrativas aplicáveis a campos mais amplos.

A intenção primeira foi a de compatibilizar conceitos teóricos com a realidade, através do estabelecimento de um paralelo entre fatos observados e possíveis explicações teóricas de sua ocorrência, iniciando com o estabelecimento de um

quadro geral da região, não aprofundando esta caracterização, mas procurando identificar traços mais típicos que permitissem visualizar o contexto em que a nossa organização se situa.

Este foi o ponto de partida para o dimensionamento de aspectos intra e extra-organizacionais, que serão analisados a seguir.

CAPÍTULO III

ENFOQUE SISTÊMICO E A TEORIA DAS ORGANIZAÇÕES

1 - ASPECTOS INTRA E EXTRA-ORGANIZACIONAIS

O interesse deste capítulo é apresentar o desenvolvimento do estudo do comportamento técnico-administrativo dos servidores em exercício nas Unidades Sanitárias do Departamento de Saúde da Grande São Paulo.¹, através da utilização dos conceitos da teoria geral dos sistemas, sua difusão, suas relações com a teoria da organização e sua utilidade potencial.

A teoria geral dos sistemas constitui uma base que permite a compreensão e a unificação dos conhecimentos de uma ampla variedade de áreas altamente especializadas.

A teoria tradicional da organização faz uso de um enfoque estruturado em alto grau e de sistema fechado. A teoria moderna passou a adotar a perspectiva do sistema aberto. Segundo William G. Scott "constituem qualidades distintas da moderna teoria da organização, sua base conceitual analítica, seu apoio sobre os dados obtidos, através de pesquisas empíricas e, acima de tudo, sua natureza sintetizada e integralizadora. Essas qualidades se enquadram em uma filosofia que aceita a premissa de que o único caminho expressivo para estudar a organização é considerá-la um sistema" (22).

O enfoque sistêmico foi definido por vários outros autores de obras sobre a ciência da administração. Churchman e seus associados encontraram-se entre os primeiros que deram ênfase a essa concepção. "A globalidade dos objetivos da pesquisa operacional é exemplo de um enfoque através de 'sistemas', pois sistema implica em um complexo interligado de componentes funcionalmente relacionados. Dessa forma, uma organização empresarial constitui um sistema social, ou de máquinas baseada em homens" (23). Embora o enfoque sistêmico tenha sido adotado e utilizado pela ciência da administração, os

(22) MOTTA, Fernando C. Prestes. Teoria Geral da Administração. Uma Introdução. São Paulo, FUNDAP (mimeo), 1978 (ADM-CF 027). p.83-106.

(23) MOTTA, F.C.P. Teoria Geral da Administração. Uma Introdução. p. 83-106.

modelos caracteristicamente empregados são fechados, no sentido de que levam em consideração apenas certas variáveis, deixando de considerar aquelas que não se prestam à quantificação.

O sociólogo George Homans utiliza conceitos baseados em sistemas como base para a análise experimental dos grupos sociais. Em sua concepção "a organização é composta por um sistema ambiental externo e por um sistema interno de relações, sistemas esses interdependentes. O sistema social contém três elementos. As tarefas que as pessoas executam são as atividades. Entre as pessoas na execução das tarefas ocorrem as interações e o que acontece entre tais pessoas são emoções. Esses elementos são dependentes entre si" (24).

Nos seus estudos sobre organização Philip Selznick, "utiliza a análise funcional estrutural e o enfoque sistêmico. O líder da instituição preocupa-se com a adaptação da organização aos seus sistemas externos". A organização é um sistema dinâmico, em constante mudança e em constante adaptação às pressões internas e externas, e que se encontra em permanente evolução. A organização é um sistema formal, influenciado pela estrutura social interna e sujeito à pressão de um ambiente institucional. Os sistemas cooperativos compõem-se de indivíduos que interagem, cada um como um todo, em relação ao sistema formal de coordenação. A estrutura concreta é, portanto, resultante das influências recíprocas dos aspectos formais e não formais da organização. Além disso, essa estrutura é ela própria uma totalidade, um organismo ajustável que reage às influências do ambiente externo.

Kast e Kahn: "As estruturas sociais constituem, essencialmente, sistemas planejados. São sistemas formados por seres humanos, sistemas imperfeitos. Eles podem desconjuntar-se de um momento para o outro, como também podem viver séculos mais que os organismos biológicos que lhes deram início e

(24) MOTTA, F.C.P. Teoria Geral da Administração. Uma Introdução. p. 83-106.

forma. Essencialmente, a amálgama que mantém unido o tecido do seu organismo é de natureza mais psicológica do que biológica. Os sistemas sociais repousam sobre as atitudes, percepções, crenças, motivações, hábitos e expectativas dos seres humanos" (25):

(25) KAST, F.E. & ROSENZWEIG, J.E. Organização e Administração: Um Enfoque Sistêmico. Tradução de O.Chiguetto. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1976. p.121-151.

2 - OS SISTEMAS DE ADMINISTRAÇÃO NA HIERARQUIA DAS ORGANIZAÇÕES COMPLEXAS

Tendo examinado as características das organizações como sistemas sócio-técnicos abertos, passar-se-á agora a considerar, com mais detalhes, os sistemas de administração. Parsons (26) apresenta um esquema bastante útil. Segundo ele, há três níveis administrativos na estrutura hierárquica das organizações complexas:

- o nível técnico, ou produtor;
- o nível organizacional (isto é, a direção);
- o nível institucional, ou comunitário.

O sistema técnico diz respeito ao desempenho das tarefas, na organização. Este não se relaciona apenas com a atividade física, incluindo também muitos tipos de atividades técnicas que utilizam o conhecimento. São partes do sistema técnico por exemplo, a pesquisa e o desenvolvimento, o controle de produção, a pesquisa de mercado, a pesquisa operacional, bem como grande parte das atividades contábeis. Na escola, o professor desempenha função técnica, assim como desempenham funções técnicas os médicos, no hospital, os cientistas no laboratório de pesquisa. Nas organizações complexas, grande parte das funções técnicas é executada, tanto por especialistas e por profissionais altamente preparados, como por funcionários com ou sem especialização.

O segundo nível, o organizacional, coordena e unifica o desempenho das tarefas pelo sistema técnico. Neste nível, é função primordial da administração unificar, ao nível técnico, o ingresso de material, energia e informações.

Ao nível institucional cabe cuidar do relacionamento entre as atividades da organização e seu sistema ambiental. A sociedade precisa amparar a organização, fornecendo-lhe su

(26) PARSONS, Talcott. Estructure and Process in Modern Societies. New York, Free Press, 1967.

primentos que a capacitem a bem executar suas atividades de transformação.

O sistema de administração estende-se à organização dirigindo a tecnologia, organizando o pessoal e outros recursos, cuidando das relações entre a organização e seu ambiente. O nível técnico diz respeito principalmente à racionalidade técnico-econômica, e procura criar a certeza fechando o núcleo técnico a numerosas variáveis.

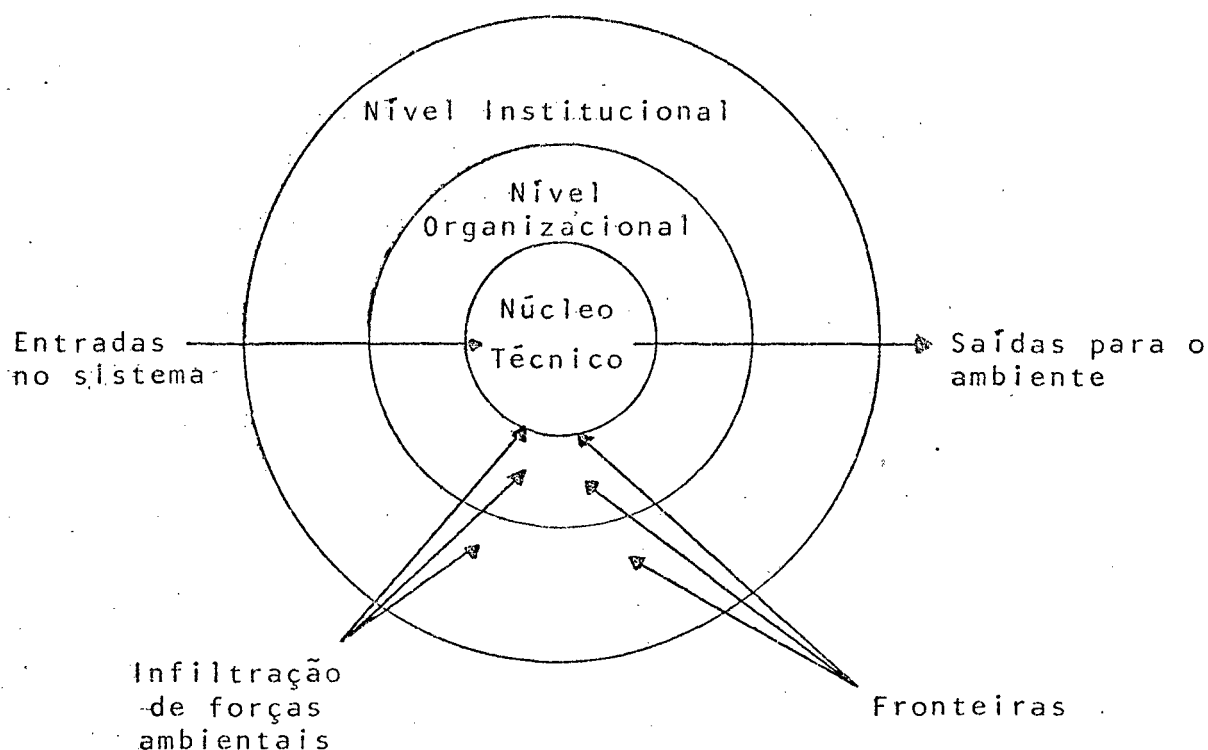
No nível institucional, pelo contrário, a organização enfrenta o mais alto grau de incerteza em termos das alimentações provenientes do ambiente, sobre as quais ela exerce pouca ou nenhuma influência. Nesse nível, portanto, a direção deve adotar uma concepção de sistema aberto, concentrando-se em estratégias ajustáveis e/ou inovadoras. Os dirigentes das organizações operam entre o núcleo técnico e o nível institucional, funcionando, ali, como mediadores e coordenadores (27).

A respeito desses três níveis, Parsons faz uma observação interessante. Com frequência acentuada, eles operam com relativa independência, não sendo realista, portanto, falar em uma "autoridade de linha" que, partindo da cúpula, ou do nível institucional, percorra todo o nível organizacional e chegue na parte inferior ao nível técnico.

"Tenho sublinhado a relativa independência em que se encontram os tipos de organizações de três níveis, independência essa que constitui a maior objeção no quadro de autoridade em linha contínua, comum nas organizações formais. Essa relativa independência significa que em cada ponto de conexão há uma faixa de possíveis tipos diferentes de articulação, existindo uma brecha na autoridade de linha, entre os três escalões (28).

(27) MOTTA, F.C.P. Teoria Geral da Administração. Uma Introdução. p. 83-106.

(28) PARSONS, T. Structure and Process in Modern Societies.



Fonte: PETIT, A.Thomas. O Conceito Moderno. Enfoque Sistemico. In: KAST & ROSENZWEIG. Organização e Administração. Um Enfoque Sistemico. São Paulo, Livraria Pioneira Editora. Volume 1. p.144.

Figura 2 - A Empresa como Sistema Composto

Essa concepção constitui um grande afastamento em relação à tradicional cadeia hierárquica de comando. Verifica-se que se criou uma brecha entre o nível organizacional e o nível técnico, especialmente no tocante ao pessoal especializado.

Em razão do limitado conhecimento que tem em áreas específicas, o administrador não pode exercer autoridade absoluta sobre o pessoal especializado. Ele depende desse pessoal para a produção da parte técnica especializada que ele próprio não é capaz de produzir. O administrador pode vetar recomendações partidas de especialistas de alta qualificação, mas não é capaz de propor alternativas. Necessário se faz, portanto, criar meios de articulação e ajuste nas fronteiras entre os vários níveis.

Isso, entretanto, não significa que esses diferentes níveis de administração possam funcionar independentemente. Bem, ao contrário, eles são interdependentes. O nível institucional, por exemplo, precisa funcionar com grande eficiência para a organização poder receber os suprimentos de que necesita o nível técnico. Igualmente, o nível técnico mostra eficiência na criação de produtos, para assegurar à organização o apoio do ambiente.

3 - MUDANÇA ORGANIZACIONAL

O objetivo, ao ser colocada conceituação de mudança, é apresentar a perspectiva tradicional do problema e verificar os caminhos mediante os quais suas deficiências vêm sendo superadas.

Para Judson (29) "mudança organizacional é um conjunto de alterações na situação ou no ambiente de trabalho de uma organização, entendendo ambiente de trabalho como ambiente técnico, social e cultural".

Para Warren G. Bennis (30) "desenvolvimento organizacional é uma estratégia educacional adotada para trazer à to na uma mudança organizacional planejada, exigida pelas deman das às quais a organização tenta responder e que enfatiza o comportamento baseado na experiência". Outras características são as relacionadas com os agentes de mudanças. Assim, esses agentes são, na maior parte dos casos, externos à organização, trabalhando em colaboração com seus participantes. Além dis so, eles compartilham de uma filosofia social, ou seja, de um conjunto de valores referentes ao mundo e às organizações, que influi nas suas estratégias, determina suas intervenções e go verna em grande parte suas respostas à organização. Finalmente, em decorrência dessa filosofia social compartilhada, os agentes de mudança participam também de um conjunto de metas normativas. As metas geralmente são:

- aprimoramento nas relações interpessoais;
- transformação nos valores, para que o fator humano venha a ser considerado legítimo e digno de atenção;
- aprimoramento do entendimento inter e intra-grupal no sentido de reduzir tensões;

(29) JUDSON, Arnold S. Relações Humanas e Mudanças Organizacionais. São Paulo, Editora Atlas, 1969. p.24-26.

(30) BENNIS, Warren G. Organizational Development: Its Nature, Origins and Prospects. Massachusetts. Addison Wesley Publishing Company, 1969. p.10-15.

- desenvolvimento de uma equipe administrativa mais eficiente;
- desenvolvimento de melhores métodos de solução de conflitos;
- substituição de sistemas mecânicos por orgânicos.

Após análise, ficam após estas considerações, duas conceituações:

- Mudança Organizacional: Conjunto de alterações na situação ou no ambiente de trabalho de uma organização.
- Desenvolvimento Organizacional: É a mudança organizacional planejada.

Definido desenvolvimento organizacional e mudança organizacional, resta citar os principais tipos de alterações que caracterizam o desenvolvimento.

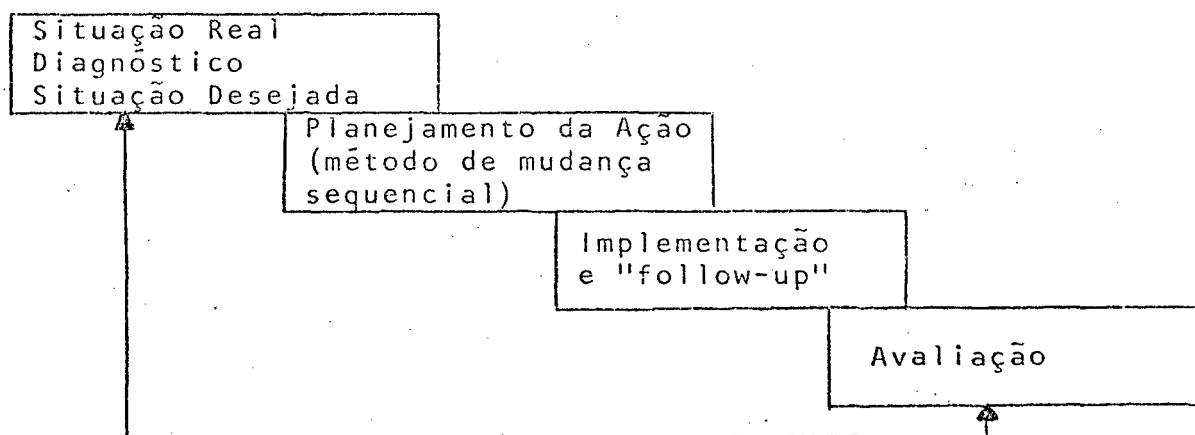
"Há dois tipos fundamentais de alterações: estruturais e comportamentais. Tais alterações são geralmente interdependentes e um trabalho de desenvolvimento raramente pode ocupar-se de apenas um de seus tipos. O desenvolvimento organizacional, porém, deve ser entendido como um processo essencialmente dinâmico que pode ser mais ou menos completo, conforme o grau desejado de mudança. Assim, muitas vezes, não são utilizadas todas as técnicas disponíveis, embora uma combinação de alterações estruturais e comportamentais seja quase sempre desejável, mesmo porque umas suportam as outras na busca de um determinado objetivo, em geral, o aumento da eficiência ou eficácia organizacional" (31).

Em outras palavras, poder-se-ia afirmar que o desenvolvimento organizacional depende da situação que requer e condiciona um determinado tipo de mudança. Dessa afirmação, pode-se deduzir, imediatamente, que um dos esforços desse tipo de trabalho é o levantamento da situação e, portanto, do tipo de mudança requerido. Poder-se-ia ainda afirmar que o

(31) DALTON, G.W.; LAWRENCE, P.R. & LORSCH, J.W. Organizational Structure and Design.

O levantamento da situação é a primeira etapa do processo do desenvolvimento organizacional. Essa primeira etapa deve iniciar-se por um levantamento das relações da organização com seu ambiente. É, em geral, desse levantamento que as principais alterações estruturais nascem. (Neste estudo tais alterações já ocorreram e sobre estas modificações esta-se levando a efeito a segunda etapa.) O segundo passo (objeto deste trabalho) é o levantamento das relações entre grupos de participantes. Desse levantamento nascem tanto as alterações estruturais, quanto comportamentais. Finalmente, o terceiro passo é o levantamento das relações entre os participantes individuais e a organização. Dele costumam surgir alterações de ordem comportamental.

Lawrence e Lorsch (32) propõem, além do levantamento da situação, outras três etapas: planejamento da mudança, implementação ou "follow-up" e avaliação. Tal processo funciona como um circuito fechado, isto é, o resultado da avaliação implica alteração do diagnóstico e assim por diante. Evidentemente, há um momento em que o processo ganha uma dinâmica própria, sem necessidade de interferência externa.



Fonte: LAWRENCE, P.R. & LORSCH, J.W. Desenvolvimento Organizacional Diagnóstico e Ação. Extraído do Livro Teoria Geral da Administração de Fernando L. Prestes Motta. p.89, 1978.

Figura 3 - O Processo de Desenvolvimento Organizacional

(32) DALTON, G.W.; LAWRENCE, P.R. & LORSCH, J.W. Organizational Structure and Design.

Considerando que as atividades realizadas por uma Unidade Sanitária (mesmo a de pequeno porte) nada mais são do que o esforço desenvolvido por uma equipe e para chegar a esse trabalho de equipe é preciso entender, portanto, que a Unidade Sanitária é um sistema que se propõe a desenvolver uma determinada tarefa e que, dentro de um sistema, ninguém é mais importante que o outro, todos são fundamentais, ninguém pode funcionar eficientemente sem a cooperação, o auxílio e o trabalho dos outros, propõe-se:

- Verificar o atual e ideal posicionamento do dirigente da Unidade, sua direção, em consequência da divisão do trabalho e a necessidade do ajustamento de suas atitudes com a dos dirigidos, face ao respeito que deve possuir pelo desempenho das funções individuais e setoriais específicas, bem como aos direitos e deveres gerais;
- Posicionar seu papel dentro da equipe, lembrando que se todo dirigente tem por um lado o papel de administrador, deve ter por outro lado, as responsabilidades de uma gerência superior, que em matéria de administração exige precisão, estabilidade e controle das decisões tomadas;
- Lembrar que suas atitudes são desenvolvidas mais a nível de planejamento global e de comando de todas as atividades em jogo; portanto, não sendo lícita sua interferência em esferas operacionais especializadas pois, exercendo a função de administrador, deverá reconhecer naturalmente que sua autoridade, no comando dos serviços da Unidade Sanitária e o comando do indivíduo especializado, é estritamente administrativa e termina onde começa a área de atuação deste.

Parte-se neste estudo do pressuposto de que o conflito existente em uma Unidade Sanitária é a manifestação escrita das contradições que estruturam o conjunto das relações sociais.

Pretende-se, então, através deste trabalho, estudar a forma pela qual uma Unidade Sanitária, na figura do seu Diretor Técnico, convive com o conflito organizacional (inerente às tarefas técnicas e administrativas desenvolvidas no interior dessa Unidade), como encara e exerce seu poder.

Por outro lado, examinar do ponto de vista da execução das atividades, sob que prisma os conflitos e a consequente relação de poder são percebidas e aceitas pela equipe de saúde e pela comunidade usuária.

O desenvolvimento organizacional, objeto deste estudo, deverá conseguir, ao nível organizacional, o desenvolvimento de relacionamento baseado na confiança recíproca, oferendo um clima organizacional que favoreça à solução de problemas, obtendo o comprometimento dos indivíduos participantes, desenvolvendo um clima de cooperação e criatividade na organização, promovendo processos que permitam a auto-avaliação dos trabalhos desenvolvidos no interior das Unidades Sanitárias com suas tarefas, proporcionando, desta forma, condições necessárias à adaptação organizacional e conduzindo finalmente à maior satisfação dos indivíduos participantes.

CAPÍTULO IV
MATERIAL E MÉTODO

1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Pensar em saúde coletiva é pensar nos múltiplos fatores que influem no nível de vida, no bem-estar social e nas múltiplas influências que alteram estes fatores, para melhores ou piores condições. O fato de uma comunidade poder manter o equilíbrio ameaçado pela precariedade de recursos, pela carência de serviços ou ainda pela ignorância e falta de orientação para possíveis soluções dos problemas que a envolvem, aponta a importância da cultura em seu dinamismo voltado para a busca de soluções, ao mesmo tempo que ressalta o papel dos profissionais de saúde como agentes do processo de mudança social.

As funções sociais relacionadas com a procura de bem-estar, preservação e recuperação da comunidade e a busca de melhores níveis de vida e promoção de saúde enaltecem aqueles que delas se ocupam como profissionais-técnicos. A atual relação técnico/administrador, ou ainda, médico/administrador é a nítida decorrência da divisão de atribuição de função, envolvendo ambas as partes em responsabilidades distintas, porém complementares, nas soluções dos problemas de saúde individual e coletiva.

Voltado para a comunidade, o profissional de saúde pública trabalha em seu setor para um desenvolvimento que abrange toda a população. Está ele integrado no processo de desenvolvimento da comunidade, que deve levar em consideração, não só os aspectos biológicos e físicos, mas também os aspectos psíquicos e sociais do ser humano.

Considerando que as atividades desenvolvidas em uma Unidade Sanitária são a soma dos esforços dispendidos por uma equipe para a realização de tarefas técnico-administrativas, elaborou-se um questionário tentando detectar aspectos relacionados ao comportamento organizacional dos servidores em exercício nas Unidades Sanitárias estudadas, tentando identificar parâmetros como pressões, limitações, insatisfações, conflitos, motivações, desempenho das funções, direitos e deveres gerais.

O conjunto de questões, constantes do Questionário, Anexo 4, teve como ponto central o "indivíduo", componente essencial que uma vez integrado, motivado e bem treinado, é o elemento mais importante para a exequibilidade e sucesso de qualquer empreendimento.

2 - AMOSTRAGEM

Na preparação dos trabalhos, foi definido que, em termos numéricos seria interessante analisar 1 Distrito Sanitário, 1 Centro de Saúde tipo I, 2 Centros de Saúde tipo II e 3 Centros de Saúde tipo III. Excluiu-se como Unidade de Pesquisa os Centros de Saúde-Escola e incluiu-se uma seção pertencente ao Departamento, Sede.

2.1 - Local da Pesquisa

Este trabalho esteve centrado no Departamento de Saúde da Grande São Paulo.1, o qual congrega seis Distritos Sanitários, situados no município de São Paulo. Assim, a pesquisa engloba duas realidades, ou seja, zona urbana e periferia.

Para a definição do local onde deveria ser desenvolvida a pesquisa, foi efetuado um levantamento do número de funcionários existentes em cada Unidade, tomando como base o dimensionamento realizado em agosto de 1983, quando da época da evolução funcional. Os resultados obtidos figuram no Quadro 1.

UNIDADE DE SAÚDE	Nº DE SERVIDORES
Secretaria de Estado da Saúde	33.827
Coordenadoria de Saúde da Comunidade	17.762
Departamento de Saúde da Grande São Paulo.1	1.619

Quadro 1 - Servidores em Exercício da Área de Saúde

2.2 - Estrutura do Local

Após definido o local da pesquisa, o passo seguinte foi o de conhecer a estrutura do Departamento através de documentos, decretos, para que pudesse ser definido o método a ser

utilizado na obtenção das informações necessárias à execução da monografia.

Com o levantamento dessas informações foram obtidos os dados que figuram no Quadro 2.

UNIDADE SANITÁRIA	POPULAÇÃO	Nº DE SERVIDORES
Departamento de Saúde da Grande São Paulo.1 - Sede	-	214
DS Belenzinho	286.789 hab	183
DS Santa Cecília	738.304 hab	244
DS Vila Mariana	489.480 hab	168
DS Butantã	520.799 hab	266
DS Jabaquara	581.089 hab	208
DS Vila Prudente	705.294 hab	336

Quadro 2 - Estrutura do Departamento de Saúde da Grande São Paulo.1

A seguir far-se-á uma distribuição detalhada da Sede e dos Distritos Sanitários do Departamento de Saúde da Grande São Paulo.1, que englobam Centros de Saúde em três níveis.

2.2.1 - Sede

A estrutura referente à Sede do Departamento de Saúde da Grande São Paulo.1, compõe-se conforme detalhado no Quadro 3.

2.2.2 - Distrito Sanitário do Belenzinho

A estrutura referente ao Distrito Sanitário do Belenzinho encontra-se detalhada no Quadro 4.

ÁREA DE ATUAÇÃO	Nº DE SERVIDORES
1. Diretoria Geral	
Diretor de Departamento	01
Gabinete do Diretor	02
Assessorias	08
Expediente do Gabinete	05
Inspetorias	07
Sub-total	23
2. Diretoria de Estudos e Programas	
Diretor de Departamento	02
Serviços de Planejamento	01
Seção de Programação	05
Seção de Avaliação e Controle	07
Seção de Adestramento de Pessoal	07
Serviço de Epidemiologia	02
Seção de Epidemiologia	06
Seção de Demografia Sanitária	02
Sub-total	32
3. Diretoria Administrativa	
Diretor de Departamento	01
Serviço de Administração	23
Seção de Pessoal	22
Seção de Finanças	05
Seção de Comunicação	04
Seção de Atividades Auxiliares	40
Setor de Sub-frota	32
Sub-total	127
4. Diretoria de Material e Patrimônio	
Diretor de Departamento	01
Serviço de Material e Patrimônio	03
Seção de Administração Patrimonial	03
Seção de Compras	04
Setor de Suprimento	09
Setor de Programação	02
Almoxarifado	02
Sub-total	24
5. Diretoria de Saneamento	
Diretor de Departamento	01
Serviço de Saneamento	07
Sub-total	08
T O T A L	214 servidores

Quadro 3 - Estrutura da Sede

ÁREA DE ATUAÇÃO	Nº DE SERVIDORES
Sede do Distrito	21
CS I do Belenzinho	48
CS II da Mooca	31
CS III do Brás	30
CS II do Parí	28
CS II da Vila Oratório	08
CS III do Belém/Água Rasa	09
CS III de Vila Bertioga	08
T O T A L	183 servidores

Quadro 4 - Estrutura do DS do Belenzinho.

2.2.3 - Distrito Sanitário de Santa Cecília

A estrutura referente ao Distrito Sanitário de Santa Cecília encontra-se detalhada no Quadro 5.

ÁREA DE ATUAÇÃO	Nº DE SERVIDORES
Sede do Distrito	14
CS I Dr.Humberto Pascalle em Santa Cecília	146
CS II Dr.José Serra Ribeiro em Vila Anglo Brasileira	38
CS II Dr.Octávio Augusto Rodovalho em Bela Vista	36
CS III Nossa Senhora do Brasil	10
T O T A L	244 servidores

Quadro 5 - Estrutura do DS de Santa Cecília

2.2.4 - Distrito Sanitário de Vila Mariana

A estrutura referente ao Distrito Sanitário de Vila Mariana encontra-se detalhada no Quadro 6.

ÁREA DE ATUAÇÃO	Nº DE SERVIDORES
Sede do Distrito	17
CS I Dr.Livio Amato em Vila Mariana	86
CS I Dr.Sigmund Freud em Indianópolis	19
CS II Vila Olímpia	21
CS II Meninópolis	15
CS III Itaim Bibi	10
T O T A L	168 servidores

Quadro 6 - Estrutura do DS de Vila Mariana

2.2.5 - Distrito Sanitário do Butantã

A estrutura referente ao Distrito Sanitário do Bu
tantã encontra-se detalhada no Quadro 7.

ÁREA DE ATUAÇÃO	Nº DE SERVIDORES
Sede do Distrito	18
CS I Dr.Victor Araujo Homem de Mello em Pinheiros	88
CS II Butantã	43
CS II Real Parque	19
CS II Caxingui	19
CS II São Paulo da Cruz	12
CS III Monte Kemel	14
CS II Vila São Luiz	08
CS II Vila Borges	13
CS II Dr.João Novo Pacheco em Vila Madalena	11
CS II Rio Pequeno	21
T O T A L	266 servidores

Quadro 7 - Estrutura do DS do Butantã

2.2.6 - Distrito Sanitário de Jabaquara

A estrutura referente ao Distrito Sanitário de Jabaquara encontra-se detalhada no Quadro 8.

ÁREA DE ATUAÇÃO	Nº DE SERVIDORES
Sede do Distrito	20
CS I Dr.Calil Yosbik em Jabaquara	85
CS II Cupecê/Americanópolis	30
CS II Cidade Vargas	09
CS II Parque Bristol	13
CS II Vila Gumercendo	13
CS II Vila Moraes	09
CS II Vila das Mercês	12
CS II Bosque da Saúde	08
CS II Parque Imperial	09
T O T A L	208 servidores

Quadro 8 - Estrutura do DS de Jabaquara

2.2.7 - Distrito Sanitário de Vila Prudente

A estrutura referente ao Distrito Sanitário de Vila Prudente encontra-se detalhada no Quadro 9.

2.3 - Escolha do Local

Viu-se, pois, que existe dentro do DRS-1.1 a seguinte distribuição:

- 06 Distritos Sanitários
- 07 Centros de Saúde Tipo I
- 27 Centros de Saúde Tipo II
- 19 Centros de Saúde Tipo III

ÁREA DE ATUAÇÃO	Nº DE SERVIDORES
Sede do Distrito	13
CS I Vila Prudente	72
CS I Ipiranga	55
CS II Vila Alpina	26
CS II São João Clímaco	12
CS II Vilas Reunidas	16
CS II Parque Santa Madalena	17
CS II Vila Renato	34
CS II Dr. Gonçalves Feliciano - Jardim Paulista	15
CS III Alto do Ipiranga	12
CS II Moinho Velho	09
CS II Sacomã	09
CS III Vila Ema	06
CS III Sapopemba	10
CS III Vila Califórnia	09
CS III São Vicente de Paula	11
CS III Vila Arapua	10
T O T A L	336 servidores

Quadro 9 - Estrutura do DS de Vila Prudente

Os Centros de Saúde são classificados em três tipos, os quais caracterizam três sub-populações, para as quais deseja-se obter respostas isoladas, além dos Distritos Sanitários e do Departamento. Os Centros de Saúde congregam diferentes tipos e números de profissionais, ou seja, foram vistos como conglomerados de entrevistas de tamanhos desiguais.

Assim, o plano de coleta de informações corresponderia a uma amostragem estratificada de congelamento de tamanhos desiguais.

Optou-se pela amostragem aleatória, efetuando o sorteio de 8 conglomerados, distribuídos como mostra o Quadro 10.

C O N G L O M E R A D O	Nº DE SERVIDORES
Divisão de Material e Patrimônio (Sede do Departamento)	24
Distrito Sanitário de Vila Mariana - Sede	17
CS I de Vila Prudente	72
CS II Dr.Sigmund Freud em Indianópolis	19
CS III Dr.Octávio Augusto Rodovalho em Bela Vista	36
CS III Vila Borges	13
CS III Belém/Água Rasa	09
CS III Bosque da Saúde	08
T O T A L	198 servidores

Quadro 10 - Unidades de Pesquisa Sorteadas

2.4 - Coleta das Informações

"A coleta sistemática de informações sobre as funções de uma organização, segundo as teorias de Organização e Métodos, pode ser realizada através de questionários a serem distribuídos a pessoas determinadas, cabendo se necessário, posteriormente, entrevistas de esclarecimentos ou complementação. Outra alternativa são as entrevistas diretas. Neste caso o questionário é preenchido pelo próprio entrevistador, com base nas respostas dos entrevistados"(33).

Neste estudo, optou-se pelo primeiro método, deslocando-se a cada local pesquisado, reunindo-se com a equipe multiprofissional presente, existente na Unidade, expondo os objetivos da pesquisa, fazendo a leitura completa do questionário, esclarecendo dúvidas e solicitando o preenchimento de todas as perguntas, colocando-se à disposição para esclarecimentos posteriores em caso de dúvidas, tentando obter uma amostra representativa do ambiente organizacional.

(33) MORALLIS, I.R. Análise Funcional e Estrutural de Centros de Saúde do Município de São Paulo.

Os servidores existentes nos conglomerados sorteados totalizaram 198, como visto no Quadro 10, sendo que obteve-se somente um total de 124 entrevistas, dado a dificuldades encontradas, tais como: servidores em licença-saúde, servidores em férias, questionários com respostas e sem identificação, recusa na resposta por entenderem ser este um trabalho para a Secretaria e não de cunho escolar.

Entretanto, achou-se que a perda de 37% das informações representaria pouco, diante dos resultados auferidos. A amostra que totalizava 198 entrevistas, ficou reduzida para 124, havendo uma perda de 74 questionários. O Quadro 11 indica a posição de retorno dos questionários distribuídos.

UNIDADE DE PESQUISA	Nº DE QUESTIONÁRIOS		
	APLICADOS	RESPONDIDOS	PERDAS
Divisão de Material e Patrimônio (DRS-1.1 - Sede)	24	20	04
Distrito Sanitário de Vila Mariana	17	10	07
CS I de Vila Prudente	72	47	25
CS II Dr.Sigmund Freud em Indianópolis	19	08	11
CS II Dr.Octávio Augusto Rodovalho em B.Vista	36	15	21
CS III Vila Borges	13	08	05
CCS III Belém/Água Rasa	09	08	01
CS III Bosque da Saúde	08	08	-
T O T A L	198	124	74

Quadro 11 - Posição de Retorno dos Questionários Distribuídos

Interessante ressaltar que, além das respostas formuladas, muitos dos questionários apresentaram em seu verso, desabafos e solicitações particulares sobre questões de direitos trabalhistas, atrasos em evoluções funcionais, quinquênios etc.

Outro ponto a ser comentado, o qual chamou a atenção, foi o fato de que, ao final das reuniões com as equipes para solicitação do preenchimento dos questionários, eram fei

tas inúmeras perguntas e questões sobre esclarecimentos de vários pontos, principalmente quanto aos direitos e deveres dos servidores.

Procedeu-se à aplicação do questionário em cada conglomerado selecionado, sendo entrevistados todos os servidores que se propuseram a colaborar na aplicação do mesmo.

Foi feita, ainda, uma divisão do total de entrevistados por categoria profissional existente nas Unidades estudadas, tentando obter uma amostra representativa do ambiente, visualizando o ambiente organizacional segundo várias formações ou habilidades. Esta divisão por categoria profissional pode ser visualizada na Tabela 3, do item 2, no Capítulo V. A amostra engloba, portanto, profissionais pertencentes à área técnico-administrativa, indo ao encontro do proposto neste trabalho.

2.5 - O Questionário

O questionário aplicado, Anexo 4, é composto das informações pessoais, mais trinta perguntas visando detectar as seguintes partes:

- Parte A: Identificação - Dados Pessoais,
- Parte B: Política de Recursos Humanos,
- Parte C: Conflito de Interesses,
- Parte D: Necessidade de Treinamento,
- Parte E: Atuação Conjunta, Unidade Sanitária e Comunidade,
- Parte F: Trabalho em Equipe.

Este questionário foi montado tendo como base as dificuldades encontradas por ocasião de treinamentos realizados pelos Departamentos de Saúde da Grande São Paulo, junto às chefias administrativas dos Distritos Sanitários e Centros de Saúde, em exercício nos mesmos, adaptando as questões a interesses deste estudo e acrescentando questões que permitissem obter as informações desejadas.

A montagem do questionário sofreu em sua fase de elaboração várias modificações, à medida em que sua aplicação, em fase de pré-teste, não atingia a contento os objetivos.

Definiu-se, após o pré-teste, o presente questionário, que de forma global foi o que mais aproximou-se das expectativas, sendo entretanto a tabulação e análise dos dados resultantes da pesquisa excessivamente trabalhosa, dado ao número grande de perguntas formuladas e o fato das unidades sorteadas pertencerem a Distritos Sanitários diferentes e distantes uns dos outros, como pode ser analisado através do Mapa do Município de São Paulo, Anexo 3.

Paralelamente à obtenção dessas informações, realizou-se uma observação direta nas unidades estudadas, com a finalidade de complementar os dados obtidos, entrevistando quando necessário, os dirigentes das mesmas.

3 - PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

Os resultados obtidos através dos questionários foram tabulados em uma primeira etapa, de forma global, separados apenas por local de pesquisa.

Com base nesta tabela geral, extraíram-se os resultados de acordo com os objetivos deste trabalho, montando-se para tanto, tabelas específicas para análise dos resultados obtidos.

Para maior simplificação, foram reunidos os dados referentes aos Centros de Saúde II e aos Centros de Saúde III, como pertencentes a uma só unidade pesquisada, respectivamente, visando à uma maior clareza no entendimento e na apresentação.

Com respeito à comunidade, na realidade atual, ela é constituída pela divisão política em municípios, sendo a agência de saúde encarregada de programação, a este nível de nominada Centro de Saúde. É este definido como Unidade Sanitária polivalente, sob comando único e contando com equipe multiprofissional de saúde que orienta as atividades médico/sanitárias preventivas e/ou curativas, relacionadas à comunidade, a partir da sua unidade fundamental, a família.

Evidente se torna, pelo simples enunciado, que não é possível estabelecer-se programa ou plano que se aplique, sem adaptação local, a todas as unidades que constituem a rede de atendimento, pois os problemas de cada uma variarão com a composição da comunidade, quer nos seus aspectos demográficos, sócio-culturais e ecológicos, como também no de distribuição territorial, urbana e rural, os quais condicionarão, evidentemente, a extensão e o tipo do atendimento a ser prestado, bem como a apropriada organização dos vários setores de unidade assistencial.

Uma vez de posse das informações, tentou-se trabalhar de forma mais objetiva possível, facilitando deste modo o trabalho do leitor para perfeito entendimento das análises e proposições, compondo uma série de tabelas, inclusive fazendo com que algumas informações fossem casadas com outras, visando a atingir o objetivo proposto pelo trabalho. Estas tabelas, de números 01 a 18, encontram-se apresentadas e analisadas no item 2, do Capítulo V - Resultados.

CAPÍTULO V
RESULTADOS

1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

As tabelas foram montadas procurando de uma forma objetiva apresentar os resultados obtidos através do questionário aplicado, tomando-se o cuidado em mantê-las de forma que a pesquisa pudesse ser compreendida facilmente pelas pessoas que viessem manusear o presente trabalho.

Constando o questionário de seis partes, como já foi mencionado anteriormente, reportaram-se os dados para tabelas que pudessem identificar os resultados desta pesquisa, de forma mais simples e objetiva.

A cada parte do questionário analisado, procurou-se dar o enfoque teórico do objeto da pesquisa, ressaltando o porque de ter-se formalizado aquele tipo de pergunta.

Cabe ressaltar que novas implementações e mudanças na Política de Saúde foram introduzidas, mas deixa-se claro que o momento histórico deste trabalho se refere aos meses de outubro, novembro e dezembro de 1983.

1.1 - Parte A - Identificação

No questionário aplicado as perguntas referentes à parte de Identificação constam da capa do mesmo, acrescentando-se a esta a pergunta nº ⑤.

Nesta parte interessavam à pesquisa os seguintes dados: Idade, Estado Civil, Sexo, Número de Filhos, Nível de Escolaridade, Cargo e Função que Ocupa e Tempo de Trabalho no Serviço Público.

As Tabelas de números 01 a 04 fornecem os dados para análise da primeira parte desta pesquisa, a qual através de amostragem aleatória caracterizará os dados demográficos da população estudada.

1.2 - Parte B - Política de Recursos Humanos

Viu-se que durante os últimos anos tem aumentado a importância da área responsável pelos Recursos Humanos. Isto porque são os recursos humanos que permitem à empresa realizar sua função.

As empresas, o Governo e outras organizações empregadoras são instituições difundidas na sociedade. O ser humano emprega grande parte do seu tempo em tais ambientes. Por conseguinte, é apenas natural que surja certa preocupação em relação à oportunidade de auto-realização no emprego. Muito esforço tem sido utilizado na tentativa de melhorar as condições de trabalho dos empregados e proporcionar um ambiente que possa redundar, tanto na realização do indivíduo como da organização. Por outro lado, há necessidade que as pessoas cresçam e amadureçam psicologicamente no ambiente de trabalho, enquanto reconhecem, ao mesmo tempo, que as organizações lutam por atingir seus objetivos, por manterem a coesão interna e por se ajustarem ao ambiente externo, conseguindo compatibilizar os objetivos da empresa e do empregado, levando este último a integrar-se no ambiente de trabalho..

Daí a necessidade de uma política de recursos humanos que venha ao encontro destes objetivos, pois a menos que haja oportunidade no serviço para satisfação das necessidades de auto-realização e das necessidades humanas para sua existência, as pessoas se sentirão privadas e seu comportamento espelhará essa privação, ao passo que, se conseguirem a satisfação das necessidades acima expostas, elas gostarão do seu trabalho. Com isso, elas atingirão o alvo social que há muito de sejam atingir.

Assim, o questionário através das perguntas de números ① a ④ e de ⑥ a ⑫, tenta detectar até que ponto o atual posicionamento do servidor em seu ambiente de trabalho está satisfazendo suas necessidades humanas e de auto-realização, analisadas através das Tabelas de números 05 a 08.

4.3 - Parte C - Conflito de Interesses

As organizações necessitam, por um lado, de esforços cooperativos e compromisso a finalidades comuns. As realidades de experiências em organizações, por outro lado, mostram que conflitos de interesses existem entre pessoas que, no final das contas, dividem um destino comum e devem trabalhar juntas.

O conflito é visto também como condição favorável, principalmente por Rensis Likert (34) que afirma ser inerente a toda organização salutar e viril. É a partir de diferenças de opiniões que surgem novos métodos e melhores objetivos e o problema se concentra, não em eliminá-lo, mas conduzi-lo de forma construtiva.

José Luiz Hesketh (35) focaliza as condições subjacentes que dão forma ao comportamento conflitante em um relacionamento, cuja finalidade é identificar parâmetros (pressões, limitações) que influenciam o comportamento conflitante e a forma dessa influência é ajudar na reestruturação de situações que facilitem os vários padrões de comportamento desejáveis.

Tanto o papel do médico como o de outros profissionais da saúde, é o de um assessor especializado. Como tal, suas conclusões sobre qualquer assunto devem ter o sentido de orientação e esclarecimento, para uma decisão final adequada.

Daí ser valioso que ambos discutam com o administrador a dimensão exata de suas atividades. Esse comportamento cooperativo possibilita somar esforços em benefício de um objetivo comum, criando também condições para o desenvolvimento da mútua confiança, de onde certamente surgirá uma atmosfera

(34) LIKERT, Rensis & HAYES Jr., Samuel P. (ed.). Some Applications of Behavior Research. Paris, UNESCO, 1961.

(35) HESKETH, José Luiz. Desenvolvimento Organizacional. São Paulo, Editora Atlas, 1977.

relativamente livre e não manipulada, capaz de superar quaisquer complicações ou conflitos, em terreno onde a observância de princípios éticos e legais poderá criar distorções estereis.

Esse tipo de questão nos leva a ponderar que quanto maior for a capacidade das pessoas de se relacionarem sem bloqueios, eliminando os conflitos, maior será a contribuição para melhorar o clima geral de uma organização onde elas atuam diariamente.

Para se criar a atmosfera de muito entendimento cabe ao administrador desenvolver as condições de auto-expressão e de satisfação entre seus subordinados, evitando a deformação de alguns valores básicos para a solidez da cultura organizacional.

Buscando, na terceira parte do questionário, detectar a receptividade por parte dos elementos entrevistados, no tocante a identificar os padrões de comportamento e relacionamento desenvolvidos no interior das Unidades Sanitárias pesquisadas, foram feitas as perguntas de números 13, 14 e 16 a 19, analisadas pelas Tabelas de números 09 e 10.

1.4 - Parte D - Necessidade de Treinamento

O treinamento é a educação institucionalizada ou não que visa adaptar o homem para o exercício de uma determinada função ou para a execução de uma específica tarefa, numa determinada empresa. Seus objetivos são mais restritos e imediatos e visa a dar ao homem os elementos essenciais para o exercício de um determinado cargo, preparando-o adequadamente.

O treinamento é uma das mais importantes responsabilidades da administração de pessoal e procura satisfazer as necessidades da empresa e do empregado, seja na demonstração de um procedimento novo, seja na explicação de uma operação nova, deve porém conduzir o homem no sentido da plena utilização de seus talentos.

Treinamento é, pois, toda e qualquer atividade que vise à qualificação de pessoal em uma empresa, para que ganhe melhores condições de desempenho profissional. Logicamente, o termo qualificação deverá ser entendido como a preparação do homem para o seu trabalho e, paralelamente, sua integração à empresa e ajustamento a seu grupo de trabalho.

O treinamento é, portanto, feito sob medida, de acordo com as necessidades da empresa, devendo sempre atender às novas necessidades dela. Assim, as necessidades de treinamento precisam ser periodicamente levantadas, determinadas e pesquisadas, para a partir delas estabelecerem-se os programas adequados e satisfazê-los convenientemente.

As necessidades de treinamento são as tarefas, o conhecimento e atitudes individuais, que podem vir a tornar-se problemas ou ocasionar situações problemáticas. Também o treinamento pode preparar indivíduos para a mudança, evitando-se desajustamentos desnecessários. Quando as situações problemáticas são centradas em pessoas que devem mudar, aprender novas tarefas, corrigir hábitos incorretos por hábitos produtivos, modificar o treinamento, é a melhor ferramenta administrativa que se pode encontrar.

Foi neste sentido que através das perguntas de números 20 e 21, buscou-se detectar as necessidades de treinamento, montando-se para análise as Tabelas de números 11 e 12.

1.5 - Parte E - Atuação Conjunta, Unidade Sanitária e Comunidade

A participação efetiva da comunidade nas ações de saúde constitui fator fundamental para melhoria dos níveis de saúde individual e coletiva. O conceito de saúde para se converter em realidade necessita não só da sistematização e atuação eficiente dos serviços de saúde, como também da integração de esforços da população na conservação desse objetivo.

A ação educativa, implícita em toda atividade de participação comunitária, tem como finalidade criar condições de aprendizagem mediante as quais o indivíduo possa conhecer melhor sua realidade, relacionar o melhoramento do seu meio com o progresso social-econômico de outros grupos humanos do País, assumir responsabilidades como elementos propulsores do desenvolvimento e adquirir a motivação que lhes sirva para solucionar seus problemas comuns. A participação da comunidade permite aos indivíduos ser, não apenas os beneficiários dos programas, mas os agentes de seu próprio desenvolvimento.

Com a Reforma da Secretaria da Saúde ocorrida em 1968, surgiu o Centro de Saúde como Unidade Sanitária Polivalente "verdadeiro eixo da organização, sob comando único, responsável pelos problemas de saúde pública da comunidade a que serve", devendo, essa Unidade Sanitária, contar com um Conselho de Comunidade que colaborará no desenvolvimento dos programas de saúde executados pelo Centro de Saúde.

Isto posto, tentou-se através do questionário aplicado, com as perguntas de números (22), (23) e (24), analisadas pelas Tabelas 13 e 14, verificar o nível de interação existente entre o Centro de Saúde e a Comunidade Usuária pertencente às unidades sanitárias pesquisadas.

1.6 - Parte F - Trabalho em Equipe

Considerando que as atividades desenvolvidas em uma unidade sanitária devem ser o esforço dispendido por uma equipe e, para chegar a esse trabalho é preciso entender, portanto, que a unidade é um sistema que se propõe a desenvolver uma determinada tarefa, que dentro de um sistema ninguém é mais importante que o outro, todos são fundamentais, ninguém pode funcionar eficientemente sem a cooperação, o auxílio e o trabalho dos outros. Deve-se conseguir ao nível organizacional, relacionamentos desenvolvidos na confiança recíproca, oferecendo um clima organizacional que favoreça a solução de problemas, obtendo o comprometimento dos indivíduos participantes.

O desenvolvimento de um clima de cooperação, criatividade e adaptação organizacional conduz à maior satisfação dos indivíduos participantes e à maior eficiência dos serviços realizados pela equipe no interior de sua unidade de trabalho.

As perguntas de números 25 a 30 constantes do questionário aplicado, refletem como são desenvolvidos os trabalhos em equipe nas unidades pesquisadas, analisadas através das Tabelas de números 15 a 18, as quais possibilitaram diagnosticar as relações intergrupais e as necessidades da promoção de atividades educacionais no tocante ao desenvolvimento de equipes, com a finalidade de compatibilizar objetivos individuais e grupais.

2 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS TABELAS

Uma vez aplicados os questionários, conforme descrito no item 1 deste Capítulo, cabe a apresentação dos resultados obtidos. Foi assumido como adequado na orientação da apresentação dos dados, a sequência das perguntas dos questionários.

2.1 - Parte A - Identificação

As Tabelas de números 01 e 03 irão mostrar a divisão dos entrevistados por faixa etária, estado civil, sexo, número de filhos, nível de escolaridade, profissão que exerce na unidade de trabalho e tempo de serviço, quanto à sua identificação. Fazendo ainda um entrelaçamento de informações, tem-se mediante a Tabela 02, o estado civil e número de filhos dos entrevistados, por faixa etária e sexo e através da Tabela 04 os níveis de escolaridade e tempo de serviço, nas diversas profissões exercidas nas unidades sanitárias.

Fazendo uma análise imediata dos números apresentados por estas tabelas, observa-se que de um modo geral há um certo equilíbrio entre as três primeiras faixas etárias, em termos de percentagem, porém com certa predominância nas idades mais jovens de 21 a 30 anos, atingindo quase um terço do total, 31,5%. Já as demais faixas etárias tem baixa representatividade atingindo no total 17,7%, o que significa uma proporção bem inferior às demais. Ressalte-se ainda, que estas duas faixas, praticamente, se localizam nos Centros de Saúde, existindo tão somente 3 funcionários na sede, pertencentes à faixa de 51 a 60 anos.

Tem-se também que salientar a predominância de homens casados na faixa de 21 a 30 anos, invertendo-se a predominância na faixa dos 31 a 40 anos, tornando-se novamente a se dar a prevalência nas faixas dos 41 a 50 anos, 51 a 60 anos e 61 a 70 anos.

UNIDADE DE TRABALHO DISCRIMINAÇÃO		DRS.1.1 SEDE	DISTRITO SANITÁRIO	CENTRO DE SAÚDE I	CENTRO DE SAÚDE II	CENTRO DE SAÚDE III	TOTAL	
							Nº	%
FAIXA ETÁRIA	De 21 a 30 anos	09	03	08	09	10	39	31,5
	De 31 a 40 anos	03	03	12	11	06	35	28,2
	De 41 a 50 anos	05	04	14	01	04	28	22,6
	De 51 a 60 anos	03	-	08	01	02	14	11,3
	De 61 a 70 anos	-	-	05	01	01	08	6,4
ESTADO CIVIL	Casado	07	07	26	15	14	69	55,6
	Solteiro	12	01	13	06	09	41	33,1
	Viúvo	-	01	06	02	-	09	7,3
	Desquitado	01	-	02	-	01	04	3,2
	Divorciado	-	01	-	-	-	01	0,8
SEXO	Masculino	11	94	18	06	07	46	37,1
	Feminino	09	06	29	17	17	78	62,9
Nº DE FILHOS	Mais de 1 filho	08	08	23	07	13	59	47,6
	Um filho	02	01	06	08	04	21	16,9
	Nenhum filho	10	01	18	08	07	44	35,5
TOTAL	DE PESSOAS POR UNIDADE	20	10	47	23	24	124	100,0

TABELA 01 - CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

ESTADO CIVIL E Nº DE FILHOS FAIXA ETÁRIA E SEXO		CASADO			SOLTEIRO			VIÚVO			DESQUITADO			DIVORCIADO			TOTAL	
		+1	1	0	+1	1	0	+1	1	0	+1	1	0	+1	1	0	Nº	%
De 21 a 30 anos	Masc.	01	01	04	01	02	05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	28,5
	Fem.	06	02	01	01	01	12	-	-	-	-	01	-	-	-	-	24	61,5
De 31 a 40 anos	Masc.	05	01	02	01	-	04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	37,1
	Fem.	12	04	01	01	-	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	11	62,9
De 41 a 50 anos	Masc.	03	01	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	06	21,4
	Fem.	08	03	01	-	-	03	03	-	01	01	-	01	01	-	-	22	78,6
De 51 a 60 anos	Masc.	02	01	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	05	35,7
	Fem.	03	-	-	01	01	02	01	-	-	-	01	-	-	-	-	09	64,3
De 61 a 70 anos	Masc.	05	-	-	-	-	-	01	-	01	-	-	-	-	-	-	07	87,5
	Fem.	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	12,5
T O T A I S	Masc.	17	04	06	02	02	13	01	-	01	-	-	-	-	-	-	46	37,1
	Fem.	30	09	03	03	02	19	04	02	01	01	02	01	01	-	-	78	62,9

TABELA 02 - ESTADO CIVIL E NÚMERO DE FILHOS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO

UNIDADE DE TRABALHO DISCRIMINAÇÃO		DRS.1.1 SEDE	DISTRITO SANITÁRIO	CENTRO DE SAÚDE I	CENTRO DE SAÚDE II	CENTRO DE SAÚDE III	TOTAL	
							Nº	%
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	Primário Incompleto	02	-	01	-	02	05	4,0
	Primário Completo	03	01	07	02	03	16	12,9
	1º Grau Incompleto	01	03	02	-	02	08	6,5
	1º Grau Completo	04	02	10	01	01	18	14,5
	2º Grau Incompleto	-	-	01	04	02	07	5,6
	2º Grau Completo	05	01	12	06	05	29	23,4
	Superior Incompleto	04	-	02	01	01	08	6,5
	Superior Completo	01	03	12	09	08	33	26,6
P R O F I S S Õ E S	Educador Distrital de Saúde Pública	-	01	-	-	-	01	0,8
	Auxiliar de Técnico de Administração	01	-	-	-	-	01	0,8
	Chefe-Seção (Administrador Geral)	03	-	-	-	-	03	2,4
	Médico	-	01	09	08	03	21	16,9
	Enfermeiro	-	01	01	01	-	03	2,4
	Atendentes	-	-	10	03	11	24	19,4
	Obstetriz	-	-	01	-	01	02	1,6
	Visitador Sanitário	-	-	04	02	06	12	9,7
	Escriturário	09	03	07	04	04	27	21,8
	Auxiliar de Laboratório	-	-	01	-	-	01	0,8
	Servente	03	02	04	02	01	12	9,7
	Operador de Raios X	-	-	01	-	-	01	0,8
	Agente de Saneamento	-	-	07	-	-	07	5,7
	Supervisor de Saneamento	-	-	01	-	-	01	0,8
	Cirurgião-Dentista	-	-	01	-	-	01	0,8
	Motorista	-	02	-	-	-	02	1,6
	Contínuo-Porteiro	-	-	-	-	01	01	0,8
	Vigia	01	-	-	-	-	01	0,8
	Trabalhador Braçal	03	-	-	-	-	03	2,4
TEMPO DE SERVIÇO	Menos de 2 anos	05	01	07	04	06	23	18,5
	Mais de 2 anos	05	01	12	13	11	42	38,9
	Mais de 5 anos	10	08	28	06	07	59	47,6

TABELA 03 - ESCOLARIDADE, PROFISSÕES E TEMPO DE SERVIÇO

NÍVEL DE ESCOLARIDADE E TEM- PO DE SERVIÇO PROFISSÕES	PRIMÁRIO		1º GRAU		2º GRAU		SUPERIOR		MENOS DE 2 ANOS	MAIS DE 2 ANOS	MAIS DE 5 ANOS
	Inc. Compl.		Inc. Compl.		Inc. Compl.		Inc. Compl.				
Educador Distrital de Saúde Pública	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01
Auxiliar de Técnico de Administração	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01	-
Chefe-Seção (Administrador Geral)	-	-	01	-	-	01	-	01	-	-	03
Médico	-	-	-	-	-	-	-	21	07	07	07
Enfermeiro	-	-	-	-	-	-	-	03	01	01	01
Atendente	-	06	01	06	03	06	02	-	02	10	12
Obstetriz	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	02
Visitador Sanitário	-	-	-	01	01	07	-	03	04	04	04
Escriturário	-	-	04	07	02	12	02	-	02	10	15
Auxiliar de Laboratório	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01
Servente	02	03	01	02	01	01	02	-	04	07	01
Operador de Raios X	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01
Agente de Saneamento	-	04	01	01	-	-	-	01	-	-	07
Supervisor de Saneamento	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01
Cirurgião-Dentista	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01
Motorista	-	02	-	-	-	-	-	-	01	01	-
Contínuo-Porteiro	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Vigia	-	-	-	01	-	-	-	-	-	01	-
Trabalhador Braçal	03	-	-	-	-	-	-	-	02	-	01
T O T A I S	05	16	08	18	07	29	08	33	23	42	59

TABELA 04 - NÍVEIS DE ESCOLARIDADE E TEMPO DE SERVIÇO POR PROFISSÕES

Salta aos olhos que os homens morrem mais cedo que as mulheres, como pode ser observado na Tabela 02, com a existência de somente viúvas, a partir dos 31 anos.

Nota-se que a grande maioria tem mais de 1 filho e pouco mais de um terço não possuem filhos, existindo a predominância do sexo feminino, atingindo quase o dobro do sexo masculino.

Da observação da Tabela 4 conclue-se que em todos os níveis predominam os de escolaridade completa e aproximadamente um terço pertence ao nível superior, sendo que pouco menos de um terço pertence ao nível de segundo grau, destacando-se a existência de 2 serventes com grau superior incompleto. Entretanto, um quarto dos entrevistados pertencem ao nível universitário, a maior proporção ao nível administrativo, seguindo-se o técnico (ver Tabela 04, especificação das profissões). Verificou-se que quase a metade tem mais de 5 anos de tempo de serviço, aproximadamente um terço entre 2 a 5 anos e os demais menos de 2 anos. No entanto, a maioria dos entrevistados pertencem ao Centro de Saúde I, havendo um relativo equilíbrio entre as percentagens do DRS.1.1, Centros de Saúde II e Centros de Saúde III, cabendo uma percentagem bastante inferior ao Distrito Sanitário.

2.2 - Parte B - Política de Recursos Humanos

As Tabelas de 05 a 08 compõem a parte de Política de Recursos Humanos, fazendo-se uma análise na Tabela 06 dos meios de transporte e atrasos por profissões e na Tabela 08, o conhecimento de direitos, treinamento e estabilidade, também por níveis de profissionais.

Uma pequena análise das mesmas leva a perceber que quase a metade usa condução coletiva, pouco mais de um quarto condução particular e as demais vão a pé. Entretanto, pode verificar-se pela Tabela 06, que os usuários de condução particular chegam mais atrasados do que os usuários de condu

UNIDADE DE TRABALHO DISCRIMINAÇÃO		DRS. 1.1 SEDE	DISTRITO SANITÁRIO	CENTRO DE SAÚDE I	CENTRO DE SAÚDE II	CENTRO DE SAÚDE III	TOTAL	
							Nº	%
Meio de Transporte	Condução Coletiva 1	13	04	12	04	04	37	29,8
	mais de 1	02	03	08	05	05	23	18,6
	Condução Particular	01	01	16	08	08	34	27,4
	A Pé	04	02	11	06	07	30	24,2
Tempo de Locomoção	Menos de 30 minutos	07	07	30	14	18	76	61,3
	De 30 minutos a 1 hora	10	01	11	03	05	30	24,2
	Mais de 1 hora	03	02	06	06	01	18	14,5
Atrasos no mês	Nenhum atraso	14	05	28	06	11	64	51,6
	De 1 a 5 atrasos	06	03	15	11	09	44	35,5
	Mais de 5 atrasos	-	02	04	06	04	16	12,9
Houve desconto	Sim	07	08	21	07	02	45	36,3
	Não	08	02	17	11	16	54	43,5
	Não sei	05	-	09	05	06	25	20,2

TABELA 05 - LOCOMOÇÃO

MEIO DE TRANSPORTE E ATRASOS PROFISSÕES	COLETIVO			PARTICULAR			A PÉ		
	0	de 1 a 5	+ de 5	0	de 1 a 5	+ de 5	0	de 1 a 5	+ de 5
Educador Distrital de Saúde Pública	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Auxiliar de Técnico de Administração	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Chefe-Seção (Administrador Geral)	1	-	-	-	-	-	2	-	-
Médico	-	-	-	6	9	4	-	1	1
Enfermeiro	1	-	-	-	-	-	-	2	-
Atendente	6	6	3	-	-	1	6	1	1
Obstetriz	-	-	-	-	1	-	-	1	-
Visitador Sanitário	1	2	-	2	2	-	2	3	-
Escriturário	9	5	1	2	3	-	5	2	-
Auxiliar Laboratório	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Servente	6	1	4	-	-	-	-	1	-
Operador Raios X	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Agente de Saneamento	4	-	-	2	-	-	1	-	-
Supervisor de Saneamento	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Cirurgião-Dentista	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Motorista	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Contínuo-Porteiro	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Vigia	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Trabalhador Braçal	2	1	-	-	-	-	-	-	-
T O T A I S	33	18	9	14	15	5	17	11	2

TABELA 06 - MEIO DE TRANSPORTE E ATRASOS POR PROFISSÕES

UNIDADE DE TRABALHO DISCRIMINAÇÃO			DRS.1.1 SEDE	DISTRITO SANITÁRIO	CENTRO DE SAÚDE I	CENTRO DE SAÚDE II	CENTRO DE SAÚDE III	TOTAL	
								Nº	%
⑥ Adquiriu direito para usufruir vantagens?	Sim		10	06	25	13	14	68	54,8
	Não		07	04	13	07	07	38	30,7
	Não Sei		03	-	09	03	03	18	14,5
⑦ Usufruiu vantagem a que tem direito?	Sim		10	07	22	11	12	62	50,0
	Não		07	03	18	09	08	45	36,3
	Não Sei		03	-	07	03	04	17	13,7
⑧ Recorre a quem para usufruir direitos?	Chefe Imediato		19	07	36	22	20	104	83,9
	Outro		-	03	09	-	02	14	11,3
	Não Recorre		01	-	02	01	02	06	4,8
⑨ Foi treinado para a função que exerce?	Sim		10	05	33	21	20	89	71,8
	Não		10	05	14	02	04	35	28,2
⑩ Exerce a função para a qual foi contratado?	Sim		15	08	39	22	15	99	79,8
	Não		05	02	08	01	09	25	20,2
⑪ Considera estável o emprego que possui?	Sim		18	09	40	13	20	100	80,6
	Não		02	01	07	10	04	24	19,4
⑫ Conhece as causas que o levariam a perder o emprego?	Sim		11	08	31	15	20	85	68,5
	Não		09	02	16	08	04	39	31,5

TABELA 07 - DIREITOS, TREINAMENTO E ESTABILIDADE

- ⑥ Adquiriu direito para usufruir vantagens?
 ⑦ Usufruiu vantagem a que tem direito?
 ⑧ Recorre a quem para usufruir direitos?
 ⑨ Foi treinado para a função que exerce?

- ⑩ Exerce a função para a qual foi treinado?
 ⑪ Considera estável o emprego que possui?
 ⑫ Conhece as causas que o levariam a perder o emprego?

NÚMEROS DAS PERGUNTAS PETINENTES PROFISSÕES	⑥			⑦			⑧			⑨		⑩		⑪		⑫	
	sim	não	não sei	sim	não	não sei	chefe imed.	ou tros	não recor re	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
Educador Distrital de Saúde Pública	-	01	-	01	-	-	-	01	-	01	-	01	-	01	-	01	-
Auxiliar de Técnico de Administração	-	01	-	-	01	-	-	-	01	01	-	-	01	01	-	01	-
Chefe-Seção. (Administrador Geral)	03	-	-	02	01	-	03	-	-	01	02	02	01	03	-	03	-
Médico	11	06	04	07	13	01	18	01	02	17	04	21	-	20	01	11	10
Enfermeiro	02	01	-	01	02	-	03	-	-	03	-	03	-	01	02	02	01
Atendente	16	05	03	18	03	03	21	03	-	23	01	18	06	18	06	19	05
Obstetriz	02	-	-	01	-	01	01	01	-	01	01	02	-	02	-	02	-
Visitador Sanitário	05	04	03	07	02	03	12	-	-	10	02	07	05	07	05	09	03
Escriturário	14	08	05	14	09	04	25	01	01	14	13	24	03	21	06	12	15
Auxiliar Laboratório	01	-	-	-	01	-	01	-	-	01	-	01	-	01	-	01	-
Servente	04	06	02	03	05	04	10	-	02	05	07	04	08	09	03	09	03
Operador de Raios X	01	-	-	01	-	-	-	01	-	-	01	01	-	01	-	01	-
Agente de Saneamento	05	02	-	05	02	-	03	04	-	07	-	07	-	06	01	06	01
Supervisor de Saneamento	01	-	-	-	-	01	-	01	-	01	-	01	-	01	-	01	-
Cirurgião-Dentista	01	-	-	01	-	-	01	-	-	-	01	01	-	01	-	01	-
Motorista	01	01	-	-	02	-	02	-	-	01	01	02	-	02	-	02	-
Contínuo-Porteiro	01	-	-	-	01	-	-	01	-	01	-	01	-	01	-	01	-
Vigia	-	01	-	-	01	-	01	-	-	01	-	-	01	01	-	01	-
Trabalhador Braçal	-	02	01	01	02	-	03	-	-	01	02	03	-	03	-	02	01
TOTAIS	68	38	18	62	45	17	104	14	6	89	35	99	25	100	24	85	39

TABELA 08 - DIREITOS, TREINAMENTO E ESTABILIDADE POR PROFISSÃO

ção coletiva, observando que os profissionais que mais atrasam são os médicos e atendentes, seguindo-se dos escriturários e visitador sanitário. Dos usuários de condução coletiva aproximadamente pouco menos que dois terços usam apenas uma condução, os demais mais de uma, sendo gasto em locomoção, por dois terços dos entrevistados, cerca de 30 minutos, sendo bem menor a proporção dos que gastam mais de uma hora para se transportarem de sua residência ao trabalho. Metade dos entrevistados não se atrasaram; um terço tiveram de 1 a 5 atrasos, seguindo-se de uma proporção menor os que tiveram mais de 5 atrasos. No entanto, somente tres quartos das pessoas que atrasaram sofreram consequências sobre esse atraso.

Observando a Tabela 07, temos que um pouco mais da metade adquiriu direitos para usufruir vantagens, pouco menos de um terço não e os demais ignoram quais são os seus direitos. Nota-se, entretanto, pela Tabela 08, que aqueles que adquiriram direitos se referem aos chefes, supervisores e profissionais de saúde, ficando o pessoal administrativo e de nível mais baixo para aqueles que não adquiriram direitos ou ignoram quais são.

Quanto a ter usufruído vantagem a que tem direito, analisa-se ainda pelas mesmas Tabelas 07 e 08, que exatamente a metade, 50,0%, correspondente aos profissionais de saúde, chefias e à metade do pessoal administrativo, já fez uso de seus direitos, ficando pouco mais de um terço, 36,3%, para o pessoal de nível mais baixo e a metade do pessoal administrativo que desconhece e, portanto, não usou seus direitos, sendo que o restante, não chegou sequer a solicitar seus direitos.

Sempre que se apresenta alguma necessidade em termos de solicitação de direitos ou vantagens, nota-se que a grande maioria, 83,9%, recorre ao chefe imediato, em qualquer nível, sendo que os restantes, referentes todos eles aos profissionais de saúde, a outras pessoas, ou então simplesmente não recorrem.

Observa-se que quase tres quartos dos entrevistados, 71,8%, foram treinados para a função que exercem, em qualquer nível de profissionalidade; restando pouco menos de um terço dos funcionários, 28,2%, para serem treinados, praticamente todos eles do nível administrativo.

Nota-se que dos 124 entrevistados, apenas 25, 20,2%, não exercem as funções para as quais foram contratados, estando, portanto, em desvio de função, salientando entre eles, os serventes, escriturários, visitador sanitário e os atendentes.

Verifica-se que um quarto dos entrevistados não consideram estável o emprego que possuem, destacando entre eles somente um médico, dois dos tres enfermeiros, alguns atendentes e visitantes sanitários, tres serventes e um agente de saneamento, opinando os restantes tres quartos, 80,6%, pela estabilidade do mesmo.

Tem-se que dois terços dos entrevistados conhecem o estatuto no tocante a direitos e deveres, no entanto, um terço está completamente alheio quanto às causas que o levariam a perder o emprego, estando entre eles compreendidos a metade dos médicos, um enfermeiro, cinco atendentes, tres visitantes sanitários, mais da metade dos escriturários, tres serventes, um agente de saneamento e um trabalhador braçal.

2.3 - Parte C - Conflito de Interesses

Com base na análise das Tabelas 09 e 10, referentes ao conflito de interesses, nota-se que um terço dos entrevistados ressaltaram a existência de tratamento diferenciado dispensado a certos profissionais que trabalham em suas Unidades Sanitárias. A maioria dos entrevistados, cerca de dois terços, negaram a existência desse privilégio. Entretanto, os entrevistados que afirmaram a existência desse tratamento pertencem à categoria dos visitantes sanitários, atendentes, serventes e escriturários, pessoal este, que constitui a base dos

UNIDADE DE TRABALHO DISCRIMINAÇÃO		DRS.1.1 SEDE	DISTRITO SANITÁRIO	CENTRO DE SAÚDE I	CENTRO DE SAÚDE II	CENTRO DE SAÚDE III	TOTAL	
							Nº	%
13 Em sua unidade de trabalho existe algum profissional que recebe tratamento diferenciado?	Sim	01	04	19	01	05	30	24,2
	Não	19	06	28	22	19	94	75,8
14 Existe preferência individual por parte das chefias entre as categorias profissionais?	Sim	02	01	09	01	-	13	10,5
	Não	18	09	38	22	24	111	89,5
16 De uma maneira geral considera as chefias de sua unidade acessíveis?	Sim	19	10	44	23	24	120	96,8
	Não	01	-	03	-	-	04	3,2
17 Especificamente sua chefia é acessível?	Sim	20	10	44	23	24	121	97,6
	Não	-	-	03	-	-	03	2,4
18 O Diretor Técnico de sua Unidade Sanitária prioriza a atividade de atendimento em detrimento aos assuntos administrativos?	Sim	06	05	13	16	10	50	40,3
	Não	02	02	21	05	12	42	33,9
	As vezes	03	02	13	02	02	22	17,7
	S/resp.	09	01	-	-	-	10	8,1
19 Sua Unidade Sanitária deveria ser dirigida por outro profissional que não médico?	Sim	04	03	08	07	03	25	20,2
	Não	07	06	36	15	21	85	68,5
	Não sei	06	-	03	01	-	10	8,1
	S/resp.	03	01	-	-	-	04	3,2

TABELA 09 - COMPORTAMENTO DO DIRIGENTE, ACESSIBILIDADE APRESENTADA PELAS CHEFIAS E ATIVIDADES DOS DIRIGENTES

recursos humanos de uma Unidade Sanitária. No entanto, as chefias das Unidades Sanitárias pesquisadas, em sua grande maioria, não possuem preferências individuais, ao lado de uma pequena parcela que adota essa preferência.

Prosseguindo a análise observa-se que quase a totalidade das chefias pertencentes às Unidades Sanitárias pesquisadas é acessível. Em contrapartida, a pequena minoria não o é, salientando-se a chefia administrativa e de enfermagem. Os entrevistados confirmam esta opinião, através da pergunta (16), considerando como boa a acessibilidade à sua chefia, restando apenas uma pequena parcela dos mesmos que negam a boa acessibilidade.

Observa-se que dos entrevistados quase a metade opinou pela priorização por parte do Diretor Técnico do atendimento médico, em detrimento à resolução dos assuntos administrativos, seguindo-se da resposta negativa por parte de 42 dos entrevistados e de 22 que afirmam acontecer às vezes essa priorização, negando-se a emitir qualquer opinião 10 dos consultados.

Apesar da priorização existente, a maioria dos entrevistados, 85, são favoráveis à permanência no comando da Unidade Sanitária do profissional Médico. Entretanto, 25 são de opinião de que a Direção deve ser dada a outro profissional, opinião exarada pelos escriturários, atendentes, visitador sanitário, os próprios médicos, enfermeiros e agentes de saneamento. Pequena parcela dos entrevistados deram respostas indefinidas ou optaram por omitir-se na resposta.

2.4 - Parte D - Necessidade de Treinamento

As Tabelas 11 e 12 buscam, através de sua análise, detectar as necessidades de treinamento existente e quais os profissionais que deveriam ser treinados.

DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE DE TRABALHO	DRS.1.1 SEDE	DISTRITO SANITÁRIO	CENTRO DE SAÚDE I	CENTRO DE SAÚDE II	CENTRO DE SAÚDE III	TOTAL	
							Nº	%
20) Existe dúvida quanto ao desempenho de suas funções?	Sim	03	02	01	01	06	13	10,5
	Não	14	08	44	21	18	105	84,7
	Sem resposta	03	-	02	01	-	06	4,8
20) Se tem dúvida a quem recorrer para resolvê-la?	Chefia	15	07	26	22	12	82	66,1
	Colega de Trabalho	01	01	02	01	02	07	5,6
	Não recorre	04	-	01	-	-	05	4,1
	Sem resposta	-	02	18	-	10	30	24,2
21) Em seu modo de ver para que serve uma Unidade Sanitária?	a) Assistência à prevenção de moléstias em geral.	04	05	07	05	04	25	20,2
	b) Encaminhar os doentes.	02	04	02	-	-	08	6,4
	c) Primeiros socorros à população.	-	01	02	03	02	08	6,4
	d) Atender à população do bairro.	-	-	05	01	01	07	5,6
	e) Para o bem-estar de todos.	-	-	04	06	02	12	9,7
	f) Prestar serviços de saúde pública à comunidade.	11	-	10	06	05	32	25,8
	g) Efetuar tratamento e controle de doenças transmissíveis e preservar a saúde da população.	03	-	15	02	09	29	23,5
	h) Prestar serviços de utilidade pública.	-	-	02	-	01	03	2,4

TABELA 11 - DÚVIDAS E FINALIDADES

DISCRIMINAÇÃO PROFISSÃO	Existe Dúvida Quanto ao De sempenho de suas Funções?			Se Tem Dúvida a Quem Recorre para Resolvê-la?			
	Sim	Não	Sem res_ posta	Chefia	Colega Trabalho	Não re- corre	Sem res_ posta
Educador Distrital de Saúde Pública	-	01	-	-	-	-	01
Auxiliar de Técnico de Administração	-	01	-	-	-	-	01
Chefe-Seção (Administrador Geral)	-	02	01	02	-	-	01
Médico	03	18	-	13	01	02	05
Enfermeiro	-	03	-	-	01	-	02
Atendente	02	21	01	19	01	-	04
Obstetriz	-	02	-	01	-	-	01
Visitador Sanitário	01	11	-	07	02	-	03
Escriturário	05	20	02	21	01	02	03
Auxiliar de Laboratório	-	01	-	01	-	-	-
Servente	01	10	01	09	-	-	03
Operador de Raios X	-	01	-	-	-	-	01
Agente de Saneamento	01	06	-	04	-	01	02
Supervisor de Saneamento	-	01	-	-	01	-	-
Cirurgião-Dentista	-	01	-	-	-	-	01
Motorista	-	02	-	02	-	-	-
Contínuo-Porteiro	-	01	-	-	-	-	01
Vigia	-	01	-	-	-	-	01
Trabalhador Braçal	-	02	01	03	-	-	-
T O T A I S	13	105	06	82	07	05	30

TABELA 12 - DÚVIDAS E FINALIDADES POR PROFISSÃO

Dos 124 entrevistados pode verificar-se que 105 não possuem dúvidas quanto ao desempenho de suas funções, sendo que essas dúvidas existem apenas por parte de 13 dos consultados, entre eles os médicos, escriturários, visitador sanitário, atendente e serventes, devendo aos mesmos ser ministrado treinamento específico, para dirimir dúvidas quanto ao desempenho de suas funções exercidas, uma vez que 34,0% dos questionados não recorrem a ninguém para dirimir suas dúvidas e 66% recorrem à chefia imediata.

A pergunta número 21 do questionário foi aberta e das respostas obtidas, tabuladas na Tabela 11, verifica-se que 25,8% entendem que a Unidade Sanitária existe para prestar serviços de saúde pública à comunidade, enquanto que 23,5% a definem como um local para efetuar o tratamento e o controle de doenças transmissíveis e preservar a saúde da população; 20,2% preferem conceituar a Unidade Sanitária como local destinado à assistência e à prevenção de moléstias em geral; 9,7% preferem definir como local destinado a promover o bem-estar de todos; 6,4%, para encaminhar doentes; outros 6,4% para prestar serviços de primeiros socorros à população; 5,6% para atender à população do bairro; seguindo-se por último 2,4% que optaram por definir a Unidade Sanitária como local destinado a prestar serviços de utilidade pública à população.

2.5 - Parte E - Atuação Conjunta, Unidade Sanitária e Comunidade

As Tabelas de números 13 e 14 tentam analisar o grau de participação que a comunidade tem nas decisões e trabalhos desenvolvidos no interior das Unidades Sanitárias e como é percebida essa participação por parte dos servidores que trabalham nas unidades pesquisadas.

De posse das tabelas elaboradas observa-se que quase a totalidade dos entrevistados, 105, sentem-se motivados para trabalhar junto à comunidade, sendo que, pequena parcela, 11, não possui essa motivação, seguindo-se de 8 entrevistados que omitiram sua opinião.

UNIDADE DE TRABALHO DISCRIMINAÇÃO		DRS.1.1 SEDE	DISTRITO SANITÁRIO	CENTRO DE SAÚDE I	CENTRO DE SAÚDE II	CENTRO DE SAÚDE III	TOTAL	
							Nº	%
22 Sente-se motivado para trabalhar em contato com a comunidade?	Sim	14	08	40	21	22	105	84,7
	Não	01	01	05	02	02	11	8,9
	S/Resposta	05	01	02	-	-	08	6,4
23 Qual o grau de participação que os funcionários e a comunidade tem nas decisões da Unidade?	Total	04	03	04	-	05	16	12,9
	Parcial	08	04	30	21	18	81	65,3
	Nenhum	02	02	11	02	01	18	14,5
	S/Resposta	06	01	02	-	-	09	7,2
24 A comunidade gera algum tipo de ajuda no desenvolvimento dos serviços prestados pelas Unidades Sanitárias a essa mesma comunidade?	Sim	10	06	21	17	08	62	50,0
	Não	02	02	17	04	14	39	31,4
	Às vezes	01	01	07	01	01	11	8,9
	S/Resposta	07	01	02	01	01	12	9,6

TABELA 13 - PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

A partir da pergunta (23), que tem por finalidade de tectar o grau de participação que os funcionários e a comunidade tem nas decisões da Unidade, foram elaboradas as Tabelas nas quais observa-se que 81 dos 124 questionários respondidos afirmam ser parcial essa participação, 17 consideram ser ela total e os restantes 27 deixaram de responder, entre eles, em sua grande maioria os médicos, atendentes, escriturários e serventes. Tal participação é confirmada através da pergunta (24), quando 62 dos servidores entrevistados afirmam que a comunidade gera algum tipo de ajuda no desenvolvimento dos serviços prestados pelas Unidades Sanitárias a essa mesma comunidade, mas vê-se que apesar de existir tal participação, metade dos consultados negam a mesma quando através da Tabela 14, observa-se que 39 responderam negativamente, 11 optaram por responder que essa participação se dá às vezes e 12 preferiram omitir-se na resposta, entre eles destacam-se em grande maioria, os seguintes profissionais: médicos, atendentes, visitador sanitário, escriturário, servente e agente de saneamento.

2.6 - Parte F - Trabalho em Equipe

A tabulação da pergunta (25) feita pela Tabela 15, indica que 32,3% dos entrevistados definem o trabalho em equipe como um conjunto de pessoas com objetivo comum, com maior rapidez e desempenho na execução dos serviços, seguindo-se de 18,5% que o definem como trabalho em grupo onde as pessoas atuam segundo as funções que exercem no sentido de atingirem um objetivo comum, enquanto que 12,9% observam o trabalho em equipe como o único e o bom relacionamento para um bom desenvolvimento dos trabalhos; 12,1% dizem que o trabalho em equipe proporciona melhor divisão de trabalho, cooperação e orientação entre os membros da mesma, executando um trabalho melhor organizado e com dispêndio menor de tempo; 7,3% omitiram-se na resposta; 7,3% entendem ser um trabalho produzido, dirigido e executado com a participação de todos; 6,6% definem ele como um trabalho onde deve haver a participação efetiva no planejamento, decisão e execução das tarefas; 4,0% observam ser um trabalho executado por um grupo de pessoas de uma mesma Unidade, para em conjunto combinar todas as áreas para a prestação de serviços diversos.

UNIDADE DE TRABALHO DISCRIMINAÇÃO	DRS.1.1 SEDE	DISTRITO SANITÁRIO	CENTRO DE SAÚDE I	CENTRO DE SAÚDE II	CENTRO DE SAÚDE III	TOTAL	
						Nº	%
25) O que você entende por trabalho em equipe?							
a) Trabalho produzido, dirigido e executado por todos.	03	02	02	01	01	09	7,3
b) Trabalho desenvolvido por um conjunto de pessoas com um objetivo comum com maior rapidez e desempenho na execução dos serviços.	04	04	20	06	06	40	32,3
c) Trabalho em grupo onde as pessoas atuam segundo as funções que exercem no sentido de atingirem um objetivo comum.	03	02	12	03	03	23	18,5
d) Participação efetiva no planejamento, decisão e execução das tarefas.	04	01	01	01	-	07	5,6
e) União e bom relacionamento entre os funcionários para um bom desenvolvimento dos trabalhos.	02	01	06	04	03	16	12,9
f) Melhor divisão de trabalho, cooperação, coordenação e orientação entre os membros da equipe, executando um trabalho melhor organizado e com dispêndio menor de tempo.	02	-	03	06	04	15	12,1
g) Grupo de pessoas de uma mesma unidade para em conjunto combinar todas as áreas para prestação de serviços diversos.	01	-	03	01	-	05	4,0
h) Sem resposta.	01	-	-	01	07	09	7,3

TABELA 15 - DEFINIÇÃO DE TRABALHO EM EQUIPE

A pergunta aberta de enunciado "Como você descreve o trabalho em equipe desenvolvido em sua Unidade Sanitária?", analisada pela Tabela 16, mostra que 20,9% dos entrevistados consideram bom, rotineiro e bem desenvolvido o trabalho de equipe realizado em sua unidade de trabalho. No entanto, 18,5% omitiram-se em responder; 14,5% opinaram que não conseguem trabalhar em equipe, devido à falta de entrosamento entre a área técnica e a administrativa, sugerindo que deve haver mais interesse pelos serviços, harmonia e colaboração de todos os participantes; 13,7% observam ser o trabalho em equipe em sua unidade de trabalho, bem realizado, que os funcionários dão tudo de si, com um objetivo único, visando à saúde da comunidade, ao trabalho e à ordem, sendo a disciplina entre os colegas, uma constante; 5,6% observam ser um trabalho desenvolvido com ótima coordenação entre as várias clínicas; 5,6% dizem ser o trabalho executado no atendimento e orientação à comunidade local, através das Normas Técnicas expedidas pela Secretaria da Saúde, como também através de treinamento com os recursos disponíveis; 8,9% definem ser o trabalho em equipe desenvolvido de forma razoável; 4,0% realizam o trabalho em equipe de forma excelente; 3,2% demonstram ser ele desenvolvido de forma ruim, falta de participação, de boa vontade e de coleguismo; entretanto 1,7% dos entrevistados o executam através de promoção de palestras e orientações feitas pelo Fundo de Assistência Social dos vários bairros; 1,7% não sabem de finir e os restantes 1,7% acham-no específico.

Através da pergunta (27), analisada pela Tabela 17, verifica-se que as chefias em sua grande maioria interferem favoravelmente para o desempenho do trabalho de equipe; entretanto 24 dos entrevistados negam ou omitem sua opinião, na sua maior parte os escriturários.

Observa-se que uma boa quantidade dos servidores entrevistados afirmam ser delegado ao chefe imediato, competente autoridade para executar as atividades, enquanto que 14 dos mesmos negam a existência dessa delegação, seguindo-se de 23 que optaram por omitirem sua opinião, entre eles os médicos e escriturários.

UNIDADE DE TRABALHO DISCRIMINAÇÃO	DRS.1.1 SEDE	DISTRITO SANITÁRIO	CENTRO DE SAÚDE I	CENTRO DE SAÚDE II	CENTRO DE SAÚDE III	TOTAL	
						Nº	%
26) Como você descreve o trabalho em equipe desenvolvido em sua Unidade Sanitária?							
a) Através da promoção de palestras e orientações feitas pelo fundo de Assistência Social dos vários bairros.	-	-	-	01	01	02	1,6
b) Não conseguimos trabalhar em Equipe pois a parte técnica depende da administrativa, sendo que as duas áreas devem ter mais interesse pelos serviços, harmonia e colaboração de todos os participantes.	02	01	10	04	01	18	14,5
c) Razoável.	05	02	01	01	02	11	8,9
d) Trabalho realizado por um grupo de funcionários, dando tudo de si, com um objetivo único, visando à saúde da comunidade, o trabalho, a ordem, a disciplina entre os colegas é constante.	04	02	04	04	03	17	13,8
e) Bom rotineiro e bem desenvolvido.	05	01	08	05	07	26	21,0
f) Ruim, falta participação, boa vontade, coleguismo.	-	-	01	02	01	04	3,3
g) Excelente.	-	02	01	02	-	05	4,0
h) Ótima coordenação nas várias clínicas.	-	-	04	02	01	07	5,6
i) Todos trabalham para atender e orientar a comunidade local através das Normas Técnicas expedidas pela Secretaria de Saúde e treinamento e com os recursos que dispomos.	03	01	01	01	01	07	5,6
j) Específico.	-	01	01	-	-	02	1,6
l) Não sei.	-	-	-	01	01	02	1,6
m) Sem resposta.	01	-	16	-	06	23	18,5

TABELA 16 - DESCRIÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE

UNIDADE DE TRABALHO DISCRIMINAÇÃO		DRS.1.1 SEDE	DISTRITO SANITÁRIO	CENTRO DE SAÚDE I	CENTRO DE SAÚDE II	CENTRO DE SAÚDE III	TOTAL	
							Nº	%
27 Seu chefe interfere favora- velmente para o desempenho do trabalho em equipe?	Sim	10	08	37	21	24	100	80,7
	Não	-	01	01	-	-	02	1,6
	S/resposta	10	01	09	02	-	22	17,7
28 Ao Diretor Técnico é dele- gada autoridade suficiente para executar todas as ati- vidades desenvolvidas em sua Unidade Sanitária?	Sim	08	09	33	20	17	87	70,2
	Não	03	01	05	02	03	14	11,3
	S/resposta	09	-	09	01	04	23	18,5
29 O Distrito Sanitário a que pertence sua Unidade promo- ve reuniões para discuti- rem os problemas da área em conjunto? Idem no caso do Distrito com relação ao Departamento.	Sim	10	07	13	18	21	69	55,7
	Não	-	02	18	-	01	21	16,9
	Às vezes	-	01	12	05	02	20	16,1
	S/resposta	10	-	04	-	-	14	11,3
30 O Distrito Sanitário é aces- sível e atende prontamente às solicitações efetuadas pelas Unidades Sanitárias? Idem no caso do Distrito com relação ao Departamen- to.	Sim	04	06	17	14	09	50	40,3
	Não	01	-	09	-	01	11	8,9
	Às vezes	03	03	15	09	12	42	33,9
	S/resposta	12	01	06	-	02	21	16,9

TABELA 17 - AUTORIDADE DA CHEFIA E COMPORTAMENTO DO DEPARTAMENTO E DO DISTRITO COM RELAÇÃO AOS DISTRITOS E UNIDADES RESPECTIVAMENTE

Dos questionários respondidos, 69 dos servidores afirmam que o Distrito e o Departamento promovem reuniões para discussão em conjunto dos problemas existentes na área; entretanto 20 acham que somente às vezes acontecem essas reuniões e 35 notam não ocorrerem as mesmas ou deixaram de emitir sua opinião, entre eles os médicos, atendentes, visitador sanitário, escriturários e serventes.

Da observação da Tabela 18, com respeito à pergunta 30 do questionário, conclue-se que quase a metade dos entrevistados afirmam ser o Distrito e o Departamento acessíveis às solicitações efetuadas pelas Unidades Sanitárias, sendo que 42 dizem que as solicitações são às vezes atendidas, segundo 32 que negam o atendimento e outros que deixaram sem responder a pergunta formulada.

3 - COMENTÁRIOS SOBRE OS RESULTADOS

A presente pesquisa teve como objetivo estudar a forma pela qual uma Unidade Sanitária, na figura do seu Dirtor Técnico, convive com o conflito organizacional, inerente às tarefas técnicas e administrativas, desenvolvidas no interior dessa unidade e, por outro lado, examinar do ponto de vista da execução das atividades, sob que prisma os conflitos e a consequente relação de poder são percebidos e aceitos pela equipe de saúde e pela comunidade usuária.

Esse conjunto de objetivos refletiria, então, as condições necessárias à inovação e adaptação organizacional, conduzindo à maior satisfação dos indivíduos participantes e à maior eficiência da unidade estudada.

Assim, após a descrição dos resultados obtidos pela pesquisa, pode-se agora prosseguir com a análise dos resultados.

Para efeito metodológico, dividir-se-á a análise em seis grandes grupos, de acordo com o questionário:

- Comentários sobre a Identificação,
- Comentários sobre a Política de Recursos Humanos,
- Comentários sobre o Conflito de Interesses,
- Comentários sobre a Necessidade de Treinamento,
- Comentários sobre a Atuação Conjunta, Unidade Sanitária e Comunidade, e
- Comentários sobre o Trabalho em Equipe.

3.1 - Identificação

O tratamento estatístico da amostra contido nas Tabelas de números 01 a 04, permitiu a extração de alguns resultados.

Fica bem claro que predominam, na amostra pesquisada, servidores pertencentes à faixa etária de 21 a 30 anos, representando quase um terço do total, havendo prevalência de servidores casados, seguindo-se dos solteiros, sendo que os servidores do sexo feminino, perfazem quase o dobro do masculino.

As informações coletadas levam a considerar que quase a metade dos servidores entrevistados tem mais de um filho e possuem, em sua maioria, escolaridade completa, seja a nível primário, ginasial ou segundo grau completo, atingindo um terço os que chegaram ao nível superior de escolaridade. Destacam-se os Centros de Saúde I como os que possuem maior quantidade de recursos humanos. Pode-se verificar que esses recursos humanos são formados em sua maior proporção por servidores administrativos, seguindo-se do nível técnico e universitário e que quase a metade desses servidores possuem mais de 5 anos de tempo de serviço.

Os dados relativos à identificação oferecem inclinações interessantes à medida que seus resultados são analisados juntamente com informações constante da segunda parte, ou seja, da Política de Recursos Humanos.

3.2 - Política de Recursos Humanos

Com base na análise das Tabelas de números 05 a 08, na qual tenta-se detectar até que ponto o atual posicionamento do servidor, em seu ambiente de trabalho, está satisfazendo suas necessidades humanas e de auto-realização, constata-se que quase a metade dos servidores entrevistados utilizam condução coletiva, sendo que aproximadamente pouco menos de dois terços gastam de 30 minutos a uma hora para se locomoverem, seguindo-se de uma pequena parcela que chegam a gastar mais de uma hora para se transferirem de sua residência ao seu local de trabalho.

Pode-se observar, também, que mais da metade dos consultados conhece seus direitos e/ou vantagens, já tendo até usufruído dos mesmos, o que porém salta aos olhos é se detectar que parte dos entrevistados desconhece esses direitos e/ou vantagens, não tendo conhecimento, inclusive, de se já usufruíram ou não dos mesmos.

Salienta-se, entretanto, que as chefias pertencentes às unidades sanitárias pesquisadas são bem receptivas, uma vez que quase a totalidade dos entrevistados a elas recorrem para orientação, quanto aos seus direitos ou vantagens e, em caso de dúvidas, quanto ao desenvolvimento do seu trabalho.

Entretanto, a grande maioria dos servidores entrevistados foram treinados para a função que exercem mas, no tocante ao conhecimento dos direitos e deveres, um terço dos entrevistados estão completamente alheios, desconhecendo até as causas que os levariam a perder o emprego. Ressalta-se que dos 124 entrevistados, apenas 25 estão em desvio de função e um quarto não considera estável o emprego que possui.

3.3.- Conflito de Interesses

As perguntas que deram origem à montagem das Tabelas 09 e 10, tentam detectar a capacidade das pessoas de se relacionarem sem bloqueios, eliminando os conflitos com vistas a identificar os padrões de comportamento e relacionamento desenvolvidos no interior das unidades sanitárias pesquisadas, contribuindo para se conseguir melhorar o clima geral do local de trabalho onde elas atuam diariamente.

Da análise dos resultados das pesquisas realizadas, no tocante ao posicionamento dos dirigentes e demais chefias atuantes nas unidades sanitárias, pode-se observar a inexistência de tratamento diferenciado dirigido a alguns profissionais, embora um terço dos entrevistados ressaltem a prevalência de privilégios concedidos a alguns deles.

Entretanto, o comportamento "correto" por parte das chefias é confirmado quando a grande maioria diz não existir preferência individual por parte das mesmas, como também a quase totalidade refere-se à sua boa acessibilidade, sendo mais uma vez reforçado, quando a pergunta é dirigida para a acessibilidade da chefia de cada entrevistado.

Embora mais da metade dos entrevistados tenha opinado que o Diretor Técnico prioriza a atividade de atendimento em detrimento aos assuntos administrativos, essa mesma população pesquisada opina pela permanência do profissional médico no comando da Unidade Sanitária.

3.4 - Necessidade de Treinamento

O treinamento é uma das mais importantes responsabilidades da administração de pessoal e procura satisfazer as necessidades da empresa e do empregado, seja na demonstração de um procedimento novo, visando a preparar o indivíduo para a sua função e paralelamente à sua integração à organização e ao seu ajustamento ao grupo de trabalho.

Foi neste sentido que buscou-se detectar essas necessidades, montando para análise as Tabelas 11 e 12, nas quais verifica-se que a grande maioria dos entrevistados não necessitam de treinamento quanto ao desempenho das funções que exercem, pois quando existe alguma dificuldade neste sentido, recorrem à chefia imediata, que em sua grande maioria é acessível e receptiva.

No entanto, sentiu-se haver necessidade de treinamento, no que diz respeito a conhecimentos quanto a:

- Objetivo e finalidade da Instituição;
- Programações de saúde desenvolvidas em sua Unidade Sanitária;
- Direitos e deveres;
- Política de Recursos Humanos;

- Outras necessidades que seriam detectadas no decorrer dos treinamentos realizados, sendo que a sugestão do treinamento sobre objetivos e finalidades da Instituição, foi levantada, quando da análise da pergunta (21), onde as respostas obtidas demonstram existir opiniões diversas sobre qual a finalidade e quais os serviços que devem ser prestados pelas Unidades Sanitárias à população.

3.5 - Atuação Conjunta, Unidade Sanitária e Comunidade

A saúde de uma população diverge em razão da diversidade dos fatores biológicos, dos aspectos ecológicos e do contexto sócio-cultural. Entretanto, é dever realçar a importância que a organização de atendimento à saúde tem como fator condicionante, de melhorar ou provar a situação de saúde de uma comunidade.

Para tanto, torna-se imperiosa, ainda, uma participação comunitária, que não encontre obstáculos e sim canais que viabilizem o encaminhamento de informações e manifestações críticas às autoridades governamentais.

As Tabelas 13 e 14 buscam detectar essa interação, onde pode-se observar que a grande maioria dos entrevistados sente-se motivada para trabalhar junto à comunidade, embora dois terços dos mesmos considere ser parcial a participação que a comunidade e os servidores tem nas decisões dos trabalhos desenvolvidos no interior de sua unidade de serviço.

No entanto, cerca da metade dos entrevistados é de opinião que a comunidade tem contribuído para mudanças e desenvolvimento dos serviços prestados pelas Unidades Sanitárias a ela mesma, embora pouco mais de um quarto dos pesquisados opine de forma contrária.

3.6 - Trabalho em Equipe

Considerando que as atividades realizadas por uma Unidade Sanitária, mesmo a de pequeno porte, nada mais é do que o esforço desenvolvido por uma equipe, e que para chegar a esse trabalho de equipe é preciso entender, portanto, que a Unidade Sanitária é um sistema que se propõe a desenvolver uma determinada tarefa e que dentro de um sistema ninguém é mais importante que o outro, todos são fundamentais, as Tabelas de números 15 a 18 refletem como são desenvolvidos os trabalhos de equipe no interior das unidades sanitárias pesquisadas.

Da observação das mesmas notou-se que das sete definições existentes, todas possuem em sua forma o entendimento por parte dos entrevistados do que vem a ser "Trabalho em Equipe", sendo que somente 9 dos mesmos não emitiram opinião. Ressalta-se, mais uma vez, a acessibilidade da chefia quando quatro quintos dos entrevistados afirmam ser favorável a interferência de sua chefia imediata, no tocante ao desempenho do trabalho em equipe.

Entretanto, existiram inúmeras divergências quanto ao trabalho em equipe desenvolvido nas unidades sanitárias pesquisadas, indo de "excelente" para "ruim", sendo que, 26 dos entrevistados disseram ser o mesmo bem desenvolvido, embora de forma rotineira, seguindo-se de 23 que deixaram de responder.

No tocante à delegação de autoridade ao Diretor Técnico, é auferida autoridade suficiente para executar todas as atividades desenvolvidas em sua Unidade Sanitária, na opinião de 87 servidores que responderam ao questionário aplicado.

Embora o Distrito e o Departamento promovam reuniões para discussão dos problemas da área com as Unidades Sanitárias, conforme afirmam 69 dos entrevistados, o atendimento a essas solicitações, na opinião da metade dos mesmos, é realizado prontamente, ao passo que, 42 dos consultados afirmam ser, às vezes, prontamente atendidas essas solicitações.

CAPÍTULO VI
CONCLUSÕES E SUGESTÕES

1 - CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Antes de oferecer sugestões que possam vir a ser ou não adotadas para o delineamento de soluções alternativas aos problemas levantados no decorrer deste trabalho, pretende-se chamar a atenção para alguns pontos que se afiguram como relevantes para uma análise mais objetiva da questão.

O cerne da pesquisa, na área da saúde, se localiza no desenvolvimento organizacional, aqui objetivo de estudo, o qual pretenderá interpretar as mudanças ambientais e elaborar opções de inovação para as organizações evoluírem.

Por tais razões centra-se a análise no aspecto "mudança organizacional", o qual deverá conseguir, ao nível organizacional, relacionamentos desenvolvidos na confiança recíproca, oferecendo um clima organizacional que favoreça a solução de problemas, obtendo o comprometimento dos indivíduos participantes, desenvolvendo um clima de cooperação e criatividade na organização, promovendo processos que permitam a auto-avaliação das Unidades Sanitárias com suas tarefas, considerando que, dependendo da maior ou menor atenção dada às implicações inerentes a esse processo, as novas diretrizes terão diferentes possibilidades de serem bem ou mal sucedidas.

2 - SUGESTÕES ALTERNATIVAS

O método de estudo adotado que compreendeu a coleta de dados através do questionário, Anexo 4, e entrevistas diretas para complementação de dados, os quais foram tabulados e apresentados em forma de resultados, possibilitou a realização de comentários sobre a realidade encontrada.

Desse modo, através da descrição dos dados obtidos e os comentários realizados, pode-se mencionar sugestões alternativas que se apresentaram dignas de relevo, tendo como intenção sintetizar de forma clara e objetiva, os problemas levantados no decorrer do trabalho.

2.1 - Primeira Sugestão

Como pode ser verificado na amostra estudada, existe prevalência de servidores casados, sendo que os servidores do sexo feminino, perfazem quase o dobro do sexo masculino, ressaltando também que quase a metade desses servidores possuem mais de um filho. Agregando-se esses dados aos da Política de Recursos Humanos, no tocante aos problemas de locomoção e atrasos, viu-se que quase a metade dos servidores utilizam condução coletiva, sendo que aproximadamente pouco menos de dois terços gastam de trinta minutos a uma hora para se locomoverem de sua residência para o local de trabalho, ocasionando de um a mais de cinco atrasos mensais, acarretando descontos em seus vencimentos. Achou-se importante a repetição desses dados, como processo elucidativo de continuidade.

O comportamento humano é até certo ponto imprevisível, mas a experiência tem demonstrado que as motivações, os impulsos e as necessidades são os principais incentivos que levam à ação. Considerando que o homem gasta a maior parte de seu tempo tentando satisfazer necessidades que se desdobram em necessidades físicas, de segurança, de afeição, de reconhecimento e de compreensão, daí a necessidade de uma boa e saudável política de pessoal, criando-se a nível de Secretaria da

Saúde, um órgão setorial que coordene o planejamento e o suprimento de Recursos Humanos, a formação e o treinamento, implementando a descentralização, com delegação de competências, possibilitando agilizar e encaminhar soluções condizentes com as necessidades da demanda da população por serviços de saúde.

Por outro lado, há de se ressaltar a importância de uma política de pessoal que consiga compatibilizar os objetivos da organização e dos empregados, política esta onde haja oportunidade para a satisfação das necessidades de auto-realização e das necessidades humanas de sobrevivência. Preenchidas essas necessidades, os indivíduos gostarão de seu trabalho. Com isso eles atingirão o alvo social que há muito desejam alcançar.

Surge aqui a proposta da descentralização do Instituto, do remanejamento a nível de Departamento, o que possibilitaria fixar o servidor perto de sua residência, auferindo benefícios tais como:

- menor desgaste físico,
- maior disposição para o trabalho,
- maior satisfação,
- diminuição dos gastos com condução e alimentação,
- diminuição dos atrasos e descontos auferidos por eles,
- maior contato com a família,
- maior envolvimento para a solução de problemas pertinentes à sua comunidade.

2.2 - Segunda Sugestão

O comportamento correto por parte das chefias, principais agentes de mudança, detectado através da análise das tabelas, sua acessibilidade e receptividade proporciona aos subordinados um clima de satisfação, motivação e confiança, facilitando a manutenção da ordem e da disciplina, obtendo cooperação e lealdade e, sobretudo, na promoção da mais rápida e perfeita integração social do servidor, no seu local de trabau

lho, devendo, entretanto serem realizados treinamentos periódicos sobre relações humanas visando, com esta medida, a despertar o bom relacionamento e promover a mudança de comportamento por parte da pequena minoria de chefias não acessíveis, obtendo-se com isso um melhor desenvolvimento dos trabalhos realizados.

O treinamento que teria como princípio diretor a ênfase no aspecto de mudança comportamental e a diferenciação, segundo a necessidade, poderia estabelecer as seguintes prioridades:

- Objetivos e finalidades da Instituição,
- Programações de saúde desenvolvidas em sua Unidade Sanitária,
- Direitos e deveres,
- Política de Recursos Humanos.

Treinamentos, enfim, que dessem atendimento às áreas técnicas e/ou atividades-fim, às áreas técnicas e atividades-meio mais complexas, às áreas de atividades-meio mais simplificadas e às relações humanas no trabalho.

2.3 - Terceira Sugestão

Embora esta pesquisa tenha informado ser parcial e ainda que tenha detectado a participação que a comunidade e os servidores tem nas decisões dos trabalhos desenvolvidos no interior dessa Unidade, é-se de opinião que planos de inovação elaborados a nível de gabinete, sem a participação efetiva dos elementos, que na realidade serão os maiores agentes da mudança, tendem a cair sobre a organização sob forma de um "pacote" jogado de cima para baixo.

Tal procedimento não proporciona, na maioria dos casos, o necessário envolvimento do pessoal para motivar um esforço adicional das pessoas na implantação da mudança desejada.

Por outro lado, a efetivação das medidas propostas no "pacote", está condicionada à existência de recursos humanos, financeiros e materiais, quantitativa e qualitativamente adequados, além de um treinamento de integração e de um acompanhamento contínuo, visando a detectar e corrigir possíveis desvios.

A inexistência de tais condições pode ocasionar o processo evidente ou dissimulado na inovação e a consequente perpetuação do "status quo" anterior.

Cristaliza-se assim um comportamento natural de resistência à mudança, pela evidência de insucesso de uma nova proposta, gerando barreiras potenciais para novos projetos no futuro.

Outra tática de introdução de mudanças, que considerase inclusive mais efetiva, seria a montagem de projetos fundamentados em uma análise da ambiência interna e externa.

Em tal análise é imprescindível:

- A elaboração de um diagnóstico de realidade em que se evidenciem, não só as necessidades mais prementes da comunidade, em termos locais, como suas expectativas quanto à atuação do poder público na solução dos seus problemas. Esse procedimento visa a compatibilizar a postura da comunidade com os objetivos do projeto. Para tanto, pode-se recorrer às campanhas de esclarecimento ou à utilização de canais receptores de informação já instituídos. Com isso espera-se preparar o público para apoiar mudanças necessárias, não através de uma modelagem de comportamento, mas proporcionando oportunidade para a correção de possíveis imagens distorcidas sobre as inovações propostas.
- Um outro procedimento seria a avaliação das condições internas e dos recursos disponíveis em cada Unidade, bem como das possibilidades de envolvimento do pessoal na iniciativa. A

partir desse diagnóstico seria possível elaborar o projeto de forma a envolver, tanto a cúpula da organização, como os elementos executores. Esta proposta que enfatiza o "envolvimento", visa não só a criar suficiente apoio ao processo de mudança, como habilitar e motivar o pessoal a resolver problemas específicos que vão surgindo no desenrolar do processo. Nesse caso, o acompanhamento efetivo também seria imprescindível, porém deve ser estruturado de maneira funcional e dinâmica, através da observação constante da realidade, avaliação e análise dos resultados.

2.4 - Quarta Sugestão

Considerando que as atividades realizadas no interior de uma unidade sanitária, mesmo a de pequeno porte, nada mais são do que o esforço desenvolvido por uma equipe e, para chegar a esse trabalho de equipe, é preciso entender, portanto, que a unidade é um sistema que se propõe a desenvolver uma determinada tarefa, que dentro de um sistema ninguém é mais importante do que o outro, todos são fundamentais, necessário se faz promover a conscientização do papel de cada elemento na formação e boa atuação de um Trabalho em Equipe.

Outra tática é a sensibilização dos elementos envolvidos no processo para uma postura comportamental que favoreça a ação cooperativa, evitando-se possíveis conflitos.

3 - MOMENTO PRESENTE

Como foi definido no início do presente trabalho, o momento da realização da pesquisa deu-se no fim do ano de 1983. Tendo em vista a grande gama de informações coletadas, a tabulação das mesmas tornou-se penosa e extensiva. Hoje, início de 1985, considera-se como uma satisfação pessoal o conhecimento da implantação do AIS - "Ações Integradas de Saúde", que tem como principal motivação a melhoria da atenção à saúde da população, possuindo como objetivos específicos a valorização do trabalho dos profissionais de saúde, estimulando seu contínuo desenvolvimento e proporcionando melhores condições de trabalho e de remuneração, como também reorientar as atividades de ensino e pesquisa, no sentido de sua melhor adequação às necessidades de saúde e da prestação de serviços de saúde regionalizados, indo de encontro às conclusões e sugestões levantadas pelo trabalho aqui concluído.

Oportuno se faz, mencionar ainda, que algumas das sugestões propostas neste estudo já foram implementadas, tais como:

- Remuneração adequada dos médicos;
- Descentralização executiva, a qual proporcionou:
 - agilização das áreas administrativas,
 - melhor adequação da política de recursos humanos.

Tais medidas, em última análise, vieram compatibilizar os objetivos da administração com a dos servidores, levando estes últimos a melhor integrar-se no seu ambiente de trabalho.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

01. BENNIS, Warren G. Organizational Development. Its Nature, Origins and Prospects. Massachusetts, Addison Wesley Publishing Company, 1969.
02. DALTON, Gene W.; LAWRENCE, Paul R. & LORSCH, Jay W. Organizational Structure and Design. Homewood, Ill., Irwin, 1970.
03. DECRETO 50.192 de 13 de agosto de 1968. Dispõe sobre medidas para reforma administrativa da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde Pública. Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo, 78: 447-452, 3º trim. 1968.
04. DECRETO 52.182 de 16 de julho de 1969. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências. Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo, 79: 200-236, 3º trim. 1969.
05. DECRETO 15.434, de 16 de janeiro de 1981. Reestrutura e dispõe sobre as atribuições dos Distritos Sanitários e Centros de Saúde, transforma unidades da Coordenadoria de Saúde e dá providências correlatas. Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo, 1º trim. 1981.
06. HESKETH, José Luiz. Desenvolvimento Organizacional. São Paulo, Editora Atlas, 1977.
07. JUDSON, Arnold S. Relações Humanas e Mudanças Organizacionais. São Paulo, Editora Atlas, 1969.
08. KAST, F.F. & ROSENZWEIG, J.E. Organização e Administração: Um Enfoque Sistemico. Tradução de O.Chiquetto. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1976.
09. LAFER, Betty Mindlin. Planejamento no Brasil. São Paulo, Perspectiva, 1975, 3ª edição.
10. LESER, Walter Sidney Pereira. Apresentação. In: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Reforma Administrativa: Textos Legais e Regulamentares - 1967/1970. São Paulo, 1972. p.III-IV.

11. LESER, Walter Sidney Pereira et alli. Reorganização da Secretaria de Saúde Pública do Estado de São Paulo. São Paulo (mimeo), 1968. (Trabalho apresentado ao 17º Congresso Brasileiro de Higiene, Salvador, Bahia, 1968.)
12. LIKERT, Rensis & GAYES Jr., Samuel P.(ed.). Some Applications of Behavior Research. Paris, UNESCO, 1961.
13. MORALLIS, Ivone Rodrigues. Análise Funcional e Estrutural de Centros de Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, FGV/EAESP, 1983.
14. MOTTA, Fernando C.Prestes. Teoria Geral da Administração. Uma Introdução. São Paulo, FUNDAP (mimeo), 1978. (ADM CF-027.)
15. PARSONS, Talcott. Structure and Process in Modern Societies. New York, Free Press, 1967.
16. PENA, Maria Valeria Junho. Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento. Dados. Rio de Janeiro (16):69-94, 1977.
17. PORTARIA SS-CG nº 26, de 13 de agosto de 1968. Estabelece atribuições aos Centros de Saúde, da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde. Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo, 4º trim., 1968.
18. RICARTE, Alice Gazonato et alli. Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Abordagem Sistêmica. Trabalho em grupo para a disciplina de Administração, 1ª Promoção, FUNDAP, São Paulo, 1978.
19. SAUVER, Giselda Barroso Guedes de Araújo. O Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde em São Paulo: Um novo modelo com os desdobramentos da Reforma Administrativa de 1969. Cadernos FUNDAP. São Paulo, 3(6), junho/1983.
20. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Reforma Administrativa: Textos Legais e Regulamentares - 1967/1970. São Paulo, 1971.

ANEXO 1

LEGISLAÇÃO ESTADUAL REFERENTE À SECRETARIA DE SAÚDE

DECRETO Nº 50.192, DE 13 DE AGOSTO DE 1968

Dispõe sobre medidas para reforma administrativa da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde Pública

ROBERTO COSTA DE ABREU SODRÉ, GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições e nos termos do artigo 89, da Lei nº 9.717, de 30 de janeiro de 1967,

Decreta:

CAPÍTULO I

Da Reforma Administrativa

Secção I - Das diretrizes gerais

ARTIGO 1º - A Secretaria da Saúde Pública executará a Reforma Administrativa de suas atividades progressivamente, através de projetos específicos nos termos dos Decretos nº 48.040, de 1º de junho de 1967 e nº 48.132, de 20 de junho de 1967, obedecendo às diretrizes fixadas para a Reforma Administrativa do Serviço Público Estadual, visando especialmente à:

- I - estruturação adequada das unidades de prestação direta de serviços;
- II - regionalização das atividades;
- III - adequação do sistema de supervisão das unidades regionais e locais;
- IV - distribuição adequada de trabalho;
- V - utilização plena de recursos;
- VI - distribuição adequada de competência.

Secção II - Da Regionalização.

* ARTIGO 2º - Será distribuído regionalmente, de acordo com os critérios fixados nos Decretos nºs 48.162 e 48.163, de 3 de julho de 1967, o conjunto de atividades executadas pela Secretaria da Saúde Pública.

Parágrafo único - As atividades de saúde pública prestada à comunidade, com exceção da assistência hospitalar, terão a seguinte distribuição:

- I - em nível central:
 - 1. administração:
coordenação, planejamento, controle de resultados e supervisão administrativa;
 - 2. transmissão de normas técnicas;
- II - em nível regional:
 - 1. administração:
coordenação, planejamento regional, supervisão e programas,

* Decretos revogados, veja Decreto nº 52.576, de 12.12.70

controle de resultados, execução orçamentária e supervisão administrativa;

2. aplicação e supervisão de normas técnicas emanadas dos órgãos normativos centrais;

3. execução de atividades-fins:

fiscalização do exercício profissional e de estabelecimento de interesse da saúde pública; fiscalização do comércio de medicamentos, drogas, cosméticos e produtos de higiene, produtos veterinários e materiais empregados em medicina e odontologia; controle do comércio e uso de entorpecentes e substâncias que produzem dependência; controle do emprego de radiações ionizantes;

III - em nível local:

prestação de serviços, executando programas de saúde pública na seguinte conformidade e em função das condições sanitárias da comunidade:

1. Programa mínimo, compreendendo:

- a) imunizações e, eventualmente, quimio-profilaxia;
- b) saneamento do meio;
- c) visitação sanitária;
- d) educação sanitária;
- e) assistência médico-sanitária intermitente.

2. Programa resumido, compreendendo:

- a) controle de doenças transmissíveis;
- b) saneamento do meio;
- c) higiene materna e da criança;
- d) assistência médico-sanitária não especializada;
- e) controle da tuberculose e da hanseníase, a cargo de clínico geral;
- f) epidemiologia e estatística;
- g) enfermagem;
- h) educação sanitária;
- i) administração.

3. Programa desenvolvido com algumas exceções, compreendendo:

- a) controle de doenças transmissíveis;
- b) saneamento do meio;
- c) higiene materna e da criança;
- d) assistência médico-sanitária;
- e) controle da tuberculose e da hanseníase, não obrigatoriamente por especialistas;
- f) odontologia sanitária;
- g) nutrição;
- h) epidemiologia e estatística;
- i) enfermagem;
- j) educação sanitária;

- l) laboratório;
- m) administração.
- 4. Programa desenvolvido, compreendendo:
 - a) controle de doenças transmissíveis;
 - b) saneamento do meio;
 - c) higiene materna e da criança;
 - d) assistência médico-sanitária especializada;
 - e) controle da tuberculose e da hanseníase;
 - f) odontologia sanitária;
 - g) nutrição;
 - h) epidemiologia e estatística;
 - i) enfermagem;
 - j) educação sanitária;
 - l) laboratório;
 - m) administração.

ARTIGO 3º - O disposto no artigo anterior identifica a execução de atividades de saúde pública prestadas a determinada população, através das seguintes unidades ou agentes:

I - em nível regional:

Divisão Regional de Saúde (D.R.S.), unidade de direção executiva, orçamentária e de planejamento;

II - em nível sub-regional:

Distrito Sanitário (D.S.), unidade de comando sub-regional;

III - em nível local:

Unidades sanitárias ou agentes, classificados, segundo o tipo de programa de saúde pública que lhes cumpra executar.

ARTIGO 4º - Será de competência do Secretário de Estado da Saúde Pública, ouvido o Conselho Superior de Saúde, a classificação das unidades sanitárias locais e a atribuição de atividades, bem como, alterações da classificação ou das atribuições, sempre que o interesse da saúde pública assim o exigir.

* ARTIGO 5º - Ficam criadas 10 (dez) Divisões Regionais de Saúde correspondentes às regiões de que trata o Decreto nº 48.163, de 3 de julho de 1967.

Parágrafo único - As Divisões Regionais de Saúde, de que trata este artigo, constituirão unidades orçamentárias.

ARTIGO 6º - De acordo com as respectivas áreas de jurisdição e com a delegação que lhes for feita, as Divisões Regionais de Saúde constituirão a representação oficial da Secretaria de Estado da Saúde Pública no Interior do Estado

* Veja Decreto nº 50.855/68 - Altera, em parte, a redação do Art.5º.

ARTIGO 7º - O Secretário de Estado da Saúde Pública fica autorizado a emitir atos para executar a implantação gradativa do sistema de Divisões Regionais de Saúde, Distritos Sanitários e unidades sanitárias - classificadas de acordo com a organização estabelecida neste decreto, instalando as Divisões Regionais até 31 de julho de 1969.

ARTIGO 8º - Na medida em que forem instaladas as Divisões Regionais de Saúde, ficarão incorporados em definitivo às mesmas o pessoal, recursos orçamentários e de convênios, imóveis, móveis, equipamentos, veículos e outros recursos, das unidades sediadas na área geográfica de sua jurisdição, que pertençam aos órgãos abaixo relacionados:

I - Delegacias de Saúde, Centros de Saúde, Postos de Assistência Médico-Sanitária e outras unidades da Divisão do Serviço do Interior e do Serviço de Centros de Saúde da Capital;

II - Postos de Puericultura, unidades do Serviço Obstétrico Domíliar e outras unidades do Departamento Estadual da Criança;

III - Dispensários e Postos do Instituto do Tracoma e Higiene Visual;

IV - Dispensários e Ambulatórios da Divisão do Serviço de Tuberculose;

V - Inspetorias Regionais, Dispensários e Postos de Departamento de Dermatologia Sanitária;

VI - Núcleos do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional, exceto o da Capital;

VII - Unidades Regionais da Inspetoria dos Serviços de Raios X e Substâncias Radioativas;

VIII - Serviços de Laboratório das Unidades Sanitárias, do Instituto "Adolfo Lutz";

Parágrafo único - A integração física e funcional em unidades polivalentes, com atribuições de funções em níveis sub-regional e local, será estabelecida sempre que as condições o permitam a critério do Secretário de Estado da Saúde Pública.

ARTIGO 9º - A integração das atividades executadas pelas unidades mencionadas no artigo anterior, será estabelecida através de programação em níveis regional e local e de acordo com a organização prevista no artigo 3º deste decreto:

I - em nível regional:

- a) as atuais funções das delegacias de Saúde;
- b) Dispensários e Ambulatórios de tuberculose;
- c) Inspetorias Regionais, Dispensários e Postos de hanseníase;
- d) Núcleos de Fiscalização do Exercício Profissional;
- e) Unidades Regionais de Inspetoria dos Serviços de Raios X e substâncias Radioativas.

II - em nível local:

- a) Centros de Saúde, Sub-centros de Saúde, Postos de Assistência Médico-Sanitária e outras unidades de prestação direta de serviços;

b) Postos de Puericultura, unidades do Serviço Obstétrico Domiciliar e outras unidades de prestação direta de serviço;

c) Dispensários e Postos de Tracoma e Higiene Visual;

d) Serviços de Laboratório nas Unidades Sanitárias.

ARTIGO 10º - As atuais Delegacias de Saúde da Divisão do Serviço do Interior, passarão a exercer atribuições de inspetoria técnica, desempenhando o Delegado de Saúde as funções de assessor e inspetor da respectiva Divisão Regional de Saúde.

Parágrafo único - fazem exceção ao disposto neste artigo, as Delegacias de Saúde localizadas em sede de Divisão Regional de Saúde, que serão extintas quando instalada a respectiva Divisão Regional de Saúde.

ARTIGO 11º - O Serviço de Centros de Saúde da Capital ficará incorporado à Divisão Regional de Saúde da Grande São Paulo.

CAPÍTULO II

Das Medidas de Execução Imediata

Secção I - Das Coordenações

ARTIGO 12 - Fica criada a Coordenadoria de Saúde da Comunidade para a execução das atividades definidas no parágrafo único do artigo 2º deste decreto.

Parágrafo único - A Diretoria Geral e a Divisão do Serviço do Interior do Departamento de Saúde do Estado, ficam incorporadas à Coordenadoria de que trata este artigo.

ARTIGO 13 - Fica criada a Coordenadoria de Assistência Hospitalar.

ARTIGO 14 - Aos Coordenadores compete, na sua área de ação:

I - propor ao Secretário de Estado a política a ser seguida na Coordenadoria, ajustando-a às diretrizes gerais da Pasta;

II - assessorar o Secretário de Estado no exame de assuntos de sua área;

III - superintender as atividades técnicas e administrativas dos órgãos subordinados;

IV - manter estreito contato com os dirigentes de órgãos em fase de transição, a fim de dar continuidade aos trabalhos de saúde pública e assegurar a sua atuação nos campos técnico-normativo e de planejamento;

V - movimentar o pessoal e recursos das unidades subordinadas, na medida do que lhes for delegado, para fins de integração e administração;

VI - propor as transferências de recursos orçamentários e o ajuste dos orçamentos-programas de unidades integradas.

Secção II - Da subordinação dos órgãos

ARTIGO 15 - Para fins de implantação progressiva da Reforma Administrativa e redistribuição de funções, fica estabelecida a seguinte subordina

ção de unidades, até que estejam desenvolvidos os Projetos de Reforma Administrativa nºs. 37 e 38/67 CERA: Adm

I - Ao Secretário de Estado:

- a) Conselho Superior de Saúde;
- b) Gabinete;
- c) Serviço de Informação à Assembléia Legislativa;
- d) Grupo de Planejamento Setorial;
- e) Consultoria Jurídica;
- f) Comissão Permanente de Risco de Vida ou Saúde;
- g) Fundo de Educação Sanitária e Imunização em Massa Contra Doenças Transmissíveis (FESIMA);
- h) Campanha de Erradicação da Varíola (C.E.V.);
- i) Campanha de Combate à Esquistossomose;
- j) Coordenadoria de Saúde da Comunidade;
- l) Coordenadoria de Assistência Hospitalar;
- m) Departamento de Assistência a Psicopatas;
- n) Departamento de Dermatologia Sanitária;
- o) Divisão do Serviço de Tuberculose;
- p) Instituto Adolfo Lutz;
- q) Instituto Butantan;
- r) Instituto Pasteur;
- s) Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional;
- t) Departamento de Administração.

II - Ao Coordenador de Saúde da Comunidade:

- a) Departamento Estadual da Criança;
- b) Serviço de Erradicação da Malária e Profilaxia da Doença de Chagas;
- c) Instituto do Tracoma e Higiene Visual;
- d) Serviço de Policiamento da Alimentação Pública;
- e) Secção de Epidemiologia e Profilaxia Gerais;
- f) Secção de Engenharia Sanitária;
- g) Secção de Propaganda e Educação Sanitária;
- h) Inspetoria dos Serviços de Raios X e Substâncias Radioativas;

III - Ao Coordenador de Assistência Hospitalar:

- a) Conselho Estadual de Assistência Hospitalar;
- b) Serviço de Medicina Social;
- c) Instituto de Cardiologia;
- d) Hospital de Isolamento "Emílio Ribas";
- e) Hospital Infantil "Cândido Fontoura";
- f) Escola de Auxiliar de Enfermagem de Assis.

Secção III - Da Coordenadoria de Saúde da Comunidade.

ARTIGO 16 - A Coordenadoria de Saúde da Comunidade compreende:

I - 10 (dez) Divisões Regionais da Saúde, distribuídas de acordo com o disposto no Decreto nº 48.163, de 3 de julho de 1967;

*II - 51 (cincoenta e um) Distritos Sanitários;

III - Unidades locais de prestação de serviços à população;

§ 1º - Os Distritos Sanitários correspondem a cada uma das sub-regiões definidas no Decreto nº 48.163/67.

**§ 2º - Revogado.

§3º - Novos Distritos Sanitários poderão ser desmembrados dos cita dos neste artigo, obedecidos critérios a serem fixados pelo Conselho Superior de Saúde;

§4º - A Divisão Regional de Saúde da Grande São Paulo terá organização própria, a ser fixada dentro de 60 (sessenta) dias, não se lhe aplicando o disposto no item II e parágrafos 1º e 2º deste artigo.

ARTIGO 17 - Na medida em que forem instaladas as Divisões Regionais de Saúde, a elas ficarão subordinadas as unidades mencionadas no artigo 8º deste decreto, atualmente pertencentes aos seguintes órgãos:

I - Departamento de Dermatologia Sanitária;

II - Divisão do Serviço de Tuberculose;

III - Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional, exceto o Núcleo da Capital;

IV - Instituto Adolfo Lutz, no que se refere aos Serviços de Laboratório nas Unidades Sanitárias.

Parágrafo único - Até que se efetive a transferência dos recursos financeiros, as despesas com as unidades transferidas continuarão onerando as dotações das respectivas unidades orçamentárias de origem.

ARTIGO 18 - Os diretores responsáveis pelos órgãos subordinados à Coordenadoria de Saúde da Comunidade e por aqueles cujas unidades sejam transferidas nos termos do artigo anterior, desempenharão, além das funções próprias de seus cargos, mais as seguintes:

I - assessorar o Coordenador de Saúde da Comunidade na integração das respectivas redes;

II - fornecer à administração superior os elementos necessários à transferência de recursos humanos e financeiros e os dados utilizados no planejamento das respectivas áreas, programação dos trabalhos e orçamentos-prógrama;

III - rearticular e programar em caráter de emergência e sob sua direção central, unidades hospitalares, sanatórios, unidades de pesquisas, atividades normativas de fiscalização e inspetoria e outras que não estejam incluídas na área das atribuições transferidas à Coordenadoria de Saúde da Comunidade.

* Decreto nº 52.182/69 (Art. 65/66).

** Decreto nº 52.182/69 (Art.66).

CAPÍTULO III

Das Disposições Finais

ARTIGO 19 - A Divisão Administrativa, do Departamento de Saúde do Estado, passa a subordinar-se diretamente ao Diretor do Departamento de Administração da Secretaria da Saúde Pública, ficando transferidos para o mesmo Departamento as atribuições, pessoal, móveis, equipamentos e recursos de qualquer natureza da mencionada Divisão Administrativa.

ARTIGO 20 - O Departamento de Administração executará as atividades de administração geral complementares, necessárias à Coordenadoria da Assistência Hospitalar, até que seja dada organização própria a este órgão.

ARTIGO 21 - Fica delegada ao Secretário de Estado da Saúde Pública competência para fixar horário de trabalho das unidades integrantes das Coordenadorias de Saúde da Comunidade e de Assistência Hospitalar.

ARTIGO 22 - O Secretário da Saúde Pública designará, de imediato, os Coordenadores de Saúde da Comunidade e de Assistência Hospitalar.

ARTIGO 23 - A Secretaria da Saúde Pública providenciará as medidas necessárias para a transferência do acervo, do pessoal, do material, das dotações orçamentárias e demais recursos, em decorrência das alterações promovidas por este decreto.

ARTIGO 24 - Os Convênios, acôrdos e demais documentos da espécie, com entidades públicas e privadas, que se refiram a programas de saúde, serão sempre celebrados pela Secretaria da Saúde Pública, mencionando ou não, conforme o caso, o ou os órgãos desta especificamente responsáveis pelo compromisso.

ARTIGO 25 - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

ARTIGO 26 - Revogam-se as disposições em contrário.

Palácio dos Bandeirantes, 13 de agosto de 1968.

ROBERTO COSTA DE ABREU SODRÉ

Luis Arrôbas Martins - Secretário da Fazenda.

Walter Sidnei Pereira Leser - Secretário da Saúde Pública.

Publicado na Casa Civil, em 13 de agosto de 1968.

Maria Angélica Galiazzi - Responsável pelo S.N.A.

Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências

ROBERTO COSTA DE ABREU SODRÉ, GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições e nos termos do artigo 89 da Lei nº 9.717, de 30 de janeiro de 1967.

Decreta:

TÍTULO I

Da Organização e das Finalidades

ARTIGO 1 - A Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde Pública criada pelo Decreto-Lei nº 17.339, de 28 de junho de 1947, passa a denominar-se Secretaria de Estado da Saúde, com a organização determinada pelo presente decreto.

ARTIGO 2 - A Secretaria da Saúde, em cumprimento ao preceito estabelecido no artigo 134 da Constituição do Estado de São Paulo, incumbe promover, preservar e recuperar a saúde da população em conformidade com as seguintes distribuições:

- I - exercer a função de órgão normativo do Governo do Estado no Setor Saúde;
- II - estudar, planejar, orientar, coordenar, supervisionar e executar, em todo o território do Estado, medidas visando à melhoria das condições sanitárias da população, promovendo a saúde e prevenindo a doença, bem como participar das medidas de recuperação da saúde;
- III - estudar problemas de saúde pública, promovendo pesquisas científicas necessárias à sua solução;
- IV - promover articulação com outras entidades estatais, paraestatais e privadas, cuja atuação possa contribuir para a consecução de suas finalidades.

CAPÍTULO I

Da Estrutura

ARTIGO 3 - A Secretaria da Saúde compreende:

- I - Conselho Estadual de Saúde;
- II - Gabinete do Secretário de Estado;
- III - Conselho Técnico Administrativo;
- IV - Grupo de Planejamento Setorial;
- V - Consultoria Jurídica;

- VI - Departamento Técnico Normativo;
- VII - Coordenadoria de Saúde da Comunidade;
- VIII - Coordenadoria de Assistência Hospitalar;
- IX - Coordenadoria de Saúde Mental;
- X - Coordenadoria de Serviço Técnico Especializado;
- XI - Departamento de Administração da Secretaria.

Parágrafo único - Os órgãos mencionados nos itens II a XI deste artigo, são diretamente subordinados ao Secretário de Estado.

CAPÍTULO II

Do Conselho Estadual de Saúde

ARTIGO 4 - O Conselho Estadual de Saúde, órgão consultivo presidido pelo Secretário de Estado, é composto por membros indicados pelas seguintes entidades:

- I - Associação Paulista de Medicina;
- II - Associação Paulista de Hospitais;
- III - Instituto de Engenharia;
- IV - Universidade de São Paulo;
- V - Faculdade de Higiene e Saúde Pública, da Universidade de São Paulo;
- VI - Universidade de Campinas;
- VII - Associação Brasileira de Enfermagem, Seção de São Paulo;
- VIII - Associação Paulista de Técnicos de Administração;
- IX - Instituto Nacional de Previdência Social.

§ 1º - O membro mencionado no item III deste artigo deverá ser engenheiro-sanitarista e o mencionado no item IV deverá pertencer à área de ciências sociais.

§ 2º - O Presidente não tem direito a voto nas reuniões do Conselho, salvo no que se refere à elaboração e modificações do Regimento Interno previsto no § 9º deste artigo.

§ 3º - O Secretário de Estado indicará um dos Coordenadores para presidir a reunião do Conselho, em sua ausência;

§ 4º - Os membros do Conselho terão mandato de seis anos, observado o disposto nos §§ 5º, 6º e 7º seguintes.

§ 5º - Nas primeiras nomeações para constituição do Conselho, três membros terão mandato de dois anos e três outros mandatos de quatro anos, de modo a estabelecer a renovação de um terço em cada biênio, permitida recondução.

§ 6º - A diferença de duração dos mandatos será estabelecida mediante sorteio.

§ 7º - A indicação dos membros será feita por meio de listas de cinco nomes, apresentadas pelas entidades respectivas, dentre os quais o Governador do Estado nomeará o titular, os 1º e 2º suplentes, cabendo a estes, pela ordem, substituir o titular em seus impedimentos e sucedê-los em caso de vacância.

§ 8º - Na impossibilidade de exercício pelo titular e suplentes, será solicitada nova lista de cinco nomes à entidade respectiva para o período complementar do mandato, configurando impossibilidade de exercício o não comparecimento a duas reuniões consecutivas.

§ 9º - O Conselho elaborará o seu Regimento Interno, a ser baixado por Ato do Secretário da Saúde, dentro de trinta dias após a sua instalação.

§ 10º - Os serviços de secretaria e os recursos necessários ao funcionamento do Conselho, serão providos pelo Gabinete do Secretário.

ARTIGO 5º - O Conselho Estadual de Saúde poderá designar comissões assessoras especializadas, composta por elementos pertencentes ou não ao funcionalismo estadual, bem como solicitar assessoramento eventual de entidades ou técnicos de reconhecida competência.

ARTIGO 6º - O Conselho Estadual de Saúde, para consecução de suas finalidades, pode propor ao Governador do Estado a criação de comissões inter-setoriais, compostas por elementos da Secretaria da Saúde e de outros setores com competência concorrente ou suplementar em matéria de saúde pública.

ARTIGO 7º - Ao Conselho Estadual de Saúde, compete:

- I - sugerir ao Governo do Estado a política básica de saúde;
- II - aprovar propostas para alterações da legislação sanitária;
- III - opinar sobre modificações da organização da Secretaria;
- IV - emitir parecer sobre o relatório anual da Secretaria, manifestando-se sobre o desempenho dos trabalhos executados;
- V - opinar sobre planos de trabalho da Secretaria, visando à sua conformidade com a política básica de saúde;
- VI - sugerir ao Secretário de Estado quaisquer medidas que julgue necessárias ao aperfeiçoamento dos trabalhos da Secretaria, bem como de outras áreas do setor saúde;
- VII - emitir parecer sobre quaisquer assuntos que lhe sejam submetidos pelo Secretário de Estado.

CAPÍTULO III

Do Gabinete do Secretário de Estado

ARTIGO 8º - O Gabinete do Secretário de Estado compreende, diretamente subordinados ao Chefe do Gabinete:

- I - Seção de Expediente;
- II - Divisão de Telecomunicações.

ARTIGO 9º - Ao Gabinete do Secretário compete o exame e o preparo do expediente encaminhado à consideração ou decisão do Titular da Pasta, os serviços de representação e da divulgação, as atividades de telecomunicação, de relações públicas e de informações à Assembléia Legislativa.

ARTIGO 10 - A Divisão de Telecomunicações compreende:

- I - Diretoria;
- II - Seção de Tráfego;
- III - Seção de Eletrônica.

CAPÍTULO IV

Do Conselho Técnico-Administrativo

ARTIGO 11 - O Conselho Técnico-Administrativo, presidido pelo Secretário de Estado, é composto pelos seguintes membros:

- I - Coordenador de Saúde da Comunidade;
- II - Coordenador de Assistência Hospitalar;
- III - Coordenador de Saúde Mental;
- IV - Coordenador de Serviços Técnicos Especializados;
- V - Diretor do Departamento Técnico-Normativo;
- VI - Diretor do Departamento de Administração da Secretaria.

§ 1º - O Secretário de Estado indicará um Coordenador para presidir a reunião do Conselho, em sua ausência.

§ 2º - Os serviços de secretaria e os recursos necessários ao funcionamento do Conselho, serão providos pelo Gabinete do Secretário.

§ 3º - O Conselho elaborará, dentro de trinta dias contados de sua instalação, o seu Regimento Interno, a ser baixado por ato do Secretário de Estado.

ARTIGO 12 - Ao Conselho Técnico-Administrativo, compete:

- I - opinar sobre alterações da legislação sanitária;
- II - aprovar planos de trabalho da Secretaria e os reajustamentos necessários;
- III - aprovar normas técnicas;
- IV - aprovar propostas sobre modificações de órgãos da Secretaria;
- V - emitir parecer sobre a criação e classificação de unidades sanitárias e outras de prestação direta de serviços de saúde à população, bem como sobre alterações de classificação ou atribuições desses órgãos, sempre que o interesse da saúde pública, assim o exigir, submetendo tal parecer a competência decisória do Secretário de Estado;
- VI - emitir parecer sobre a proposta orçamentária anual;
- VII - aprovar propostas de convênios;

- VIII - promover articulação entre as Coordenadorias;
- IX - propor ao Secretário providências necessárias para entrosamento com outros setores da administração pública ou privada;
- X - manifestar-se sobre quaisquer assuntos que lhe sejam submetidos pelo Secretário de Estado..

CAPÍTULO V

Do Grupo de Planejamento Setorial

ARTIGO 13 - O Grupo de Planejamento Setorial, em conformidade com o disposto no Decreto nº 47.830, de 16 de março de 1967, é composto pelos seguintes membros:

- I - Diretor do Departamento Técnico-Normativo;
- II - Diretor da Divisão de Planejamento;
- III - Representante da Secretaria de Estado da Economia e Planejamento.

§ 1º - O membro mencionado no item I deste artigo, é o Coordenador do Grupo de Planejamento Setorial.

§ 2º - As funções da equipe técnica prevista no Decreto mencionado neste artigo, serão desempenhadas no que couber, pelas Divisões que integram o Departamento Técnico-Normativo.

CAPÍTULO VI

Da Consultoria Jurídica

ARTIGO 14 - À Consultoria Jurídica, compete:

- I - emitir parecer em processos e assuntos que envolvam matéria jurídica e cujo exame lhe for determinado pelo Secretário de Estado ou solicitado pelos diretores dos órgãos mencionados no artigo 3º deste decreto;
- II - elaborar ou rever os projetos de lei, decretos e atos de interesse da Secretaria;
- III - rever as minutas de contratos ou convênios a serem firmados pela Secretaria;
- IV - emitir parecer nos pedidos de informação oriundos do Congresso Nacional, Assembléia Legislativa do Estado e Câmaras Municipais quando envolvam matéria jurídica;
- V - preparar informações em mandados de segurança impetrados contra atos emanados da Secretaria;
- VI - assessorar grupos de trabalhos e comissões constituídas na Secretaria;
- VII - organizar o fichamento, registro, índice de leis, decretos, atos oficiais jurisprudência e doutrina relativos a assuntos de interesse da Secretaria.

ARTIGO 13 - A Consultoria Jurídica contará com uma Seção de Expediente.

CAPÍTULO VII

Do Departamento Técnico-Normativo

ARTIGO 14 - O Departamento Técnico-Normativo compreende:

- I - Diretoria;
- II - Conselho Técnico-Consultivo;
- III - Divisão de Estatística;
- IV - Divisão de Epidemiologia;
- V - Divisão de Planejamento;
- VI - Divisão de Normas Técnicas;
- VII - Divisão de Documentação.

§ 1º - O Departamento Técnico-Normativo poderá promover a constituição de comissões técnicas assessoras, compostas por técnicos especializados pertencentes ou não ao funcionalismo estadual, bem como solicitar assessoramento de entidades ou técnicos de reconhecida competência.

§ 2º - As atividades de administração necessárias ao funcionamento do Departamento Técnico-Normativo serão executadas pelo Departamento de Administração da Secretaria.

ARTIGO 17 - Ao Departamento Técnico-Normativo compete:

- I - estudar, orientar e supervisionar os sistema de epidemiologia, estatística e planejamento da Secretaria e executar em nível central essas atividades;
- II - elaborar normas técnicas e promover e supervisionar seu ensaio e avaliação;
- III - executar atividades de documentação em nível central;
- IV - proporcionar, sistematicamente, aos órgãos aos quais interessem, dados e informações elaboradas pelas unidades do Departamento.

SEÇÃO I

Da Diretoria

ARTIGO 18 - A direção do Departamento Técnico-Normativo será exercida obrigatoriamente por servidor de nível universitário portador de título de especialização em saúde pública.

Parágrafo Único - O Diretor contará com servidor público ou contratado para as funções de Assistente com atribuição de auxiliá-lo no desempenho de suas funções.

SEÇÃO II

Do Conselho Técnico-Consultivo

ARTIGO 19 - O Conselho Técnico-Consultivo é órgão consultivo do Diretor do Departamento, por ele presidido, e composto pelos seguintes membros:

- I - Diretor da Divisão de Epidemiologia;
- II - Diretor da Divisão de Estatística;
- III - Diretor da Divisão de Planejamento;
- IV - Diretor da Divisão de Normas Técnicas;
- V - Diretor da Divisão de Documentação.

Parágrafo único - Os serviços de secretaria do Conselho serão providos com pessoal e recursos da Divisão de Documentação.

ARTIGO 20 - Ao Conselho Técnico Consultivo compete:

- I - emitir parecer sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo Diretor do Departamento;
- II - opinar sobre planos de trabalho e propostas orçamentárias do Departamento;
- III - sugerir ao Diretor do Departamento medidas que julgue necessárias à ccordenação e aperfeiçoamento dos trabalhos do Departamento.

SEÇÃO III

Da Divisão de Estatística

ARTIGO 21 - A Divisão de Estatística compreende:

- I - Seção de Coleta e Tabulação;
- II - Seção de Planejamento Experimental e Análise Estatística.

ARTIGO 22 - À Divisão de Estatística compete:

- I - elaborar, com os órgãos interessados, os sistemas de coleta e tabulação de estatística de saúde e de produção de serviços;
- II - avaliar e promover os reajustamentos necessários nos sistemas mencionados no item anterior;
- III - realizar processamento e análise de dados estatísticos;
- IV - orientar e supervisionar as atividades de estatística das demais unidades da Secretaria;
- V - estudar, em colaboração com a Divisão de Epidemiologia temas propostos para pesquisa;
- VI - aprovar planejamentos experimentais de pesquisas propostos por unidades da Secretaria, participando de sua elaboração quando necessário.

SEÇÃO IV

Da Divisão de Epidemiologia

ARTIGO 23 - A Divisão de Epidemiologia compreende:

- I - Seção de Epidemiologia Descritiva;
- II - Seção de Epidemiologia Analítica.

ARTIGO 24 - À Divisão de Epidemiologia, compete:

- I - acompanhar e avaliar a situação de saúde do Estado;
- II - estudar e analisar dados epidemiológicos;
- III - divulgar dados e informações epidemiológicas;
- IV - orientar e supervisionar as atividades de epidemiologia das demais unidades da Secretaria;
- V - estudar, em colaboração com a Divisão de Estatística, temas propostos para pesquisa;
- VI - elaborar e propor projetos de pesquisa em epidemiologia;
- VII - aprovar planos de pesquisa em epidemiologia.

SEÇÃO V

Da Divisão de Planejamento

ARTIGO 25 - A Divisão de Planejamento compreende:

- I - Seção de Programação e Avaliação;
- II - Seção de Planejamento de Instalações;
- III - Seção de Organização e Métodos.

ARTIGO 26 - A Direção da Divisão de Planejamento será exercida obrigatoriamente por servidor de nível universitário portador de título de especialização em planejamento do setor saúde.

ARTIGO 27 - À Divisão de Planejamento compete:

- I - definir prioridade e metas, para formulação da política de Saúde do Estado;
- II - elaborar planos de trabalho da Secretaria e propor os reajustamentos necessários;
- III - supervisionar a elaboração, acompanhar e avaliar os programas;
- IV - estudar, com os órgãos interessados, programas de construção de edifícios para unidades da Secretaria, exceto hospitais, mantendo articulação com o Departamento de Obras Públicas para elaboração e aceitação de projetos e acompanhamento da execução;
- V - coordenar os estudos relativos a equipamentos e instalações.

SEÇÃO VI

Da Divisão de Normas Técnicas

ARTIGO 28 - A Divisão de Normas Técnicas compreende:

- I - Grupos de Trabalho;
- II - Seção de Comunicações Técnicas:
 - a) Setor de Redação;
 - b) Setor de Registro e Cadastro.
- III - Seção de Adestramento de Pessoal.

ARTIGO 29 - À Divisão de Normas Técnicas compete:

- I - proceder à elaboração e promover o ensaio e a avaliação de normas técnicas no âmbito da Secretaria, com a colaboração de órgãos técnicos especializados;
- II - preparar manuais e outros documentos técnico-normativos da Secretaria;
- III - registrar e divulgar normas técnicas aprovadas pelo Conselho Técnico-Administrativo da Secretaria;
- IV - pesquisar e cadastrar normas técnicas adotadas em outras organizações de saúde pública;
- V - informar as unidades da Secretaria sobre normas técnicas vigentes, bem como fornecer subsídios quando solicitados;
- VI - orientar, coordenar e supervisionar as atividades de treinamento de pessoal no âmbito da Secretaria.

ARTIGO 30 - As normas técnicas serão elaboradas por Grupos de Trabalho previsto no item I do artigo 28, especialmente constituídos por ato do Diretor da Divisão de Normas Técnicas, compostos por especialistas da Secretaria ou de outras organizações oficiais e privadas.

§ 1º - Os Grupos de Trabalho serão constituídos para fins específicos e com prazo determinado para execução de sua tarefa.

§ 2º - Os Grupos de Trabalho serão coordenados por servidores de nível universitário da Divisão de Normas Técnicas, designadas pelo Diretor.

§ 3º - A iniciativa para determinar a elaboração de norma técnica cabe ao Secretário de Estado, Coordenadores de Coordenadoria, Diretor do Departamento de Administração da Secretaria e Diretor do próprio Departamento Técnico Normativo.

SEÇÃO VII

Da Divisão de Documentação

ARTIGO 31 - O Serviço de Documentação do Departamento de Administração criado pela Lei nº 2.603 de 16 de janeiro de 1954, com sua denominação alterada pela Divisão de Documentação, passa a subordinar-se, com a sua atual organização, ao Departamento Técnico-Normativo, ressalvado o disposto no artigo seguinte.

Parágrafo único - Junto à Seção de Divulgação, passa a funcionar uma Comissão de Redação, constituída por elementos designados pelo Diretor do Departamento Técnico-Normativo, com atribuição de aprovar matéria de natureza técnica para efeito de publicação pela Secretaria.

ARTIGO 32 - A Biblioteca passa a denominar-se Serviço de Bibliografia, com as seguintes atribuições:

- I - manter articulação com as bibliotecas de unidades da Secretaria, bem como de outras entidades oficiais e privadas, nacionais e estrangeiras;
- II - manter registros bibliográficos de interesse da saúde pública;
- III - divulgar, no âmbito da Secretaria, bibliografia de interesse dos serviços, em conformidade com decisões da Comissão de Biblioteca;
- IV - fornecer às unidades da Secretaria relações bibliográficas solicitadas;
- V - fornecer às unidades da Secretaria, na medida de suas possibilidades, reproduções e resumos de trabalhos publicados de interesse em saúde pública.

Parágrafo único - Junto ao Serviço de Bibliografia, passa a funcionar uma Comissão de Biblioteca, constituída por elementos designados pelo diretor do Departamento Técnico-Normativo, com atribuição de:

- I - aprovar aquisição de obras pelas bibliotecas da Secretaria;
- II - aprovar assinatura de periódicos pelas bibliotecas da Secretaria;
- III - orientar as atividades de registros de bibliografia;
- IV - aprovar a divulgação de bibliografia de interesse dos serviços da Secretaria.

CAPÍTULO VIII

Da Coordenadoria de Saúde da Comunidade

ARTIGO 33 - A Coordenadoria de Saúde da Comunidade compreende:

- I - Gabinete do Coordenador;
- II - Conselho Técnico Consultivo;
- III - Divisão de Estudos e Programas;
- IV - Departamento de Saneamento;
- V - Divisão do Exercício Profissional;
- VI - Serviço de Enfermagem;
- VII - Departamento Regional de Saúde da Grande S. Paulo - DRS-1;
- VIII - Divisão Regional de Saúde da São Paulo Exterior - DRS-2;
- IX - Divisão Regional de Saúde do Vale do Paraíba - DRS-3;
- X - Divisão Regional de Saúde de Sorocaba - DRS-4;
- XI - Divisão Regional de Saúde de Campinas - DRS-5;
- XII - Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRS-6;

- XIII - Divisão Regional de Saúde de Baurú - DRS-7;
- XIV - Divisão Regional de Saúde de São José do Rio Preto - DRS-8;
- XV - Divisão Regional de Saúde de Araçatuba - DRS-9;
- XVI - Divisão Regional de Saúde de Presidente Prudente - DRS-10;
- XVII - Departamento de Administração.

ARTIGO 34 - À Coordenadoria de Saúde da Comunidade compete estudar, planejar, orientar, coordenar, superintender e executar, em conformidade com normas técnicas emanadas dos órgãos competentes, atividades de:

- I - prestação de serviços de saúde à população;
- II - saneamento;
- III - educação sanitária da população;
- IV - fiscalização do exercício profissional e da produção e comércio de drogas e substâncias de interesse da saúde pública;
- V - epidemiologia e estatística;
- VI - exames laboratoriais;
- VII - adestramento de pessoal;
- VIII - administração sanitária.

SEÇÃO I

Do Gabinete do Coordenador

ARTIGO 35 - Ao Gabinete do Coordenador compete auxiliar e assessorar o Coordenador nas suas atribuições de orientar, coordenar e superintender as unidades que lhe são subordinadas.

§ 1º - No Gabinete do Coordenador poderão ter exercício, servido res públicos ou pessoal contratado para desempenho das seguintes funções:

- I - Assistente, com atribuição de Auxiliar o Coordenador no desempenho de suas funções;
- II - Supervisor, com atribuições de exercer atividades de supervisão que lhe forem cometidas e assessorar o Coordenador;
- III - Secretário.

§ 2º - Os serviços de expediente do Gabinete serão providos com pes soal e recursos do Departamento de Administração.

SEÇÃO II

Do Conselho Técnico Consultivo

ARTIGO 36 - O Conselho Técnico Consultivo, presidido pelo Coordena dor, é composto pelos seguintes membros:

- I - elemento do Gabinete do Coordenador, por este indicado;
- II - Diretor da Divisão de Estudos e Programas;

- III - Diretor do Departamento de Saneamento;
- IV - Diretor da Divisão do Exercício Profissional;
- V - um dos Diretores Regionais de Saúde, eleito pelos seus pares;
- VI - Diretor do Departamento de Administração.

§ 1º - O Conselho elaborará o seu Regimento Interno, a ser baixado por portaria do Coordenador dentro de 30 (trinta) dias, contados de sua ins talação.

§ 2º - Os serviços de secretaria do Conselho serão providos com pes soal e recursos do Departamento de Administração.

ARTIGO 37 - Ao Conselho Técnico Consultivo, compete:

- I - emitir parecer sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo Coordena dor;
- II - opinar sobre os planos de trabalho, programa e proposta orçamentária da Coordenadoria;
- III - apreciar, em conjunto, os trabalhos da Coordenadoria, sugerindo ao Coordenador medidas necessárias para a adequada coordenação;
- IV - propor ao Coordenador quaisquer medidas que julgue necessárias ao a perfeioamento dos trabalhos da Coordenadoria.

SEÇÃO III

Da Divisão de Estudos e Programas

ARTIGO 38 - A Divisão de Estudos e Programas, compreende:

- I - Serviço de Epidemiologia e Estatística;
- II - Serviço de Planejamento;
- III - Seção de Adestramento de Pessoal.

Parágrafo único - Os serviços de expediente da Divisão serão provi dos por pessoal e recursos do Departamento de Administração da Coordena ria.

ARTIGO 39 - À Divisão de Estudos e Programas, compete estudar, pla nejar, orientar, supervisionar e executar atividades de:

- I - epidemiologia e estatística;
- II - planejamento;
- III - treinamento de pessoal.

ARTIGO 40 - Ao Serviço de Epidemiologia e Estatística compete:

- I - receber, conferir, tabular e analisar dados epidemiológicos;
- II - encaminhar dados e informações epidemiológicas aos órgãos superiores;
- III - estudar com o Serviço de Planejamento dados e informações epidemiolô gicas;

- IV - supervisionar e avaliar o funcionamento dos sistemas e dinâmica de coleta e tabulação de dados estatísticos;
- V - receber e proceder à crítica da tabulação e apresentação de dados destinados à avaliação dos trabalhos executados e dos seus resultados;
- VI - assessorar o Coordenador e os demais órgãos da Coordenadoria;
- VII - articular suas atividades com órgãos afins da Secretaria;
- VIII - manter entrosamento com órgãos e unidades de interesse para o Serviço.

ARTIGO 41 - Ao Serviço de Planejamento, compete:

- I - supervisionar a elaboração de programas da Coordenadoria;
- II - elaborar planos de trabalho da Coordenadoria e propor os reajustamentos necessários;
- III - acompanhar a execução dos programas e avaliar os seus resultados;
- IV - articular suas atividades com órgãos afins da Secretaria;
- V - assessorar o Coordenador e demais órgãos da Coordenadoria.

ARTIGO 42 - À Seção de Adestramento de Pessoal, compete:

- I - estudar e estabelecer as necessidades de adestramento de pessoal das unidades que integram a Coordenadoria;
- II - orientar, coordenar, supervisionar e executar atividades de adestramento de pessoal exercidas no âmbito da Coordenadoria;
- III - executar atividades de adestramento em nível central;
- IV - promover articulação com outras Coordenadorias e entidades afins, visando à mobilização de recursos para adestramento de pessoal da Coordenadoria.

SEÇÃO IV

Do Departamento de Saneamento

ARTIGO 43 - O Departamento de Saneamento, compreende:

- I - Diretoria;
- II - Divisão de Engenharia de Saúde Pública;
- III - Divisão de Combate a Vetores;
- IV - Divisão de Alimentação Pública;
- V - Divisão de Administração.

§ 1º - Na Diretoria poderão ter exercido servidores públicos ou pessoal contratado para desempenho das seguintes funções:

- I - Assistente, com atribuição de auxiliar o Diretor no desempenho de suas funções;
- II - Supervisor, com atribuições de exercer as funções de supervisão que lhe forem cometidas e de assessorar o Diretor do Departamento.

§ 2º - A direção do Departamento será exercida obrigatoriamente por engenheiro sanitário.

§ 3º - Os serviços de expediente da Diretoria serão providos com pessoal e recursos da Divisão de Administração do Departamento.

ARTIGO 44 - Incumbe ao Departamento de Saneamento:

- 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 lhes 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.

Parágrafo único - O Departamento poderá executar, concorrentemente, combate a insetos incômodos, desde que essa atribuição lhe seja cometida, em casos especiais, por ato do Secretário de Estado mediante parecer do Conselho Técnico Administrativo da Secretaria.

ARTIGO 45 - A Seção de Engenharia Sanitária, do Departamento de Saúde do Estado, fica transformada em Divisão de Engenharia de Saúde Pública.

§ 1º Ficam transferidas para a Divisão de Engenharia de Saúde Pública mencionada neste artigo, as atribuições de saneamento atualmente exercidas pela Seção de Epidemiologia e Profilaxia Gerais bem como o pessoal e demais recursos empregados na execução dessas atividades.

§ 2º - Atribuições ora cometidas à Divisão de Engenharia de Saúde Pública serão transferidas no que couber, para as unidades de saneamento regionais, à medida que estejam organizadas e com a devida assistência de engenheiro sanitário.

* ARTIGO 46 - O Serviço de Erradicação da Malária e Profilaxia da Doença de Chagas, fica transformado, com a sua atual organização, competências e atribuições, na Divisão de Combate a Vetores.

Parágrafo único - Os serviços regionais e locais da Divisão de Combate a Vetores, enquanto não integrados no Departamento Regional de Saúde da Grande S. Paulo e nas Divisões Regionais de Saúde, serão executados em entrosamento com esses órgãos regionais de saúde.

ARTIGO 47 - O Serviço de Policiamento da Alimentação Pública fica transformado em Divisão de Alimentação Pública.

Parágrafo único - As atividades, atribuições e competências concernentes à fiscalização do comércio de alimentos, exercidas pelo Serviço de Policiamento da Alimentação Pública no Município de São Paulo, ficam transferidas para o Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo.

ARTIGO 48 - A Divisão de Administração será constituída, na medida das necessidades, com recursos humanos e materiais provenientes das unidades de administração geral existentes na Seção de Engenharia Sanitária, no Serviço de Erradicação da Malária e Profilaxia da Doença de Chagas, no Serviço de Policiamento da Alimentação Pública e na Seção de Epidemiologia e Profilaxia Gerais.

SEÇÃO V

Da Divisão do Exercício Profissional

ARTIGO 49 - O Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional, com a sua atual organização, competência e atribuições, fica transformado na Divisão do Exercício Profissional.

ARTIGO 50 - A Inspetoria dos Serviços de Raios X e Substâncias Radioativas, fica incorporada à Divisão do Exercício Profissional.

ARTIGO 51 - São de competência da Divisão do Exercício Profissional as seguintes atividades:

- I - fiscalização do exercício profissional e dos estabelecimentos de interesse da saúde pública;
- II - fiscalização do comércio de medicamentos, drogas, cosméticos e produtos de higiene, produtos veterinários e materiais empregados em medicina e odontologia;
- III - controle do comércio e uso de entorpecentes e substâncias que produzam dependência;
- IV - controle do emprego de radiações ionizantes.

§ 1º - As atribuições citadas neste artigo serão exercidas integralmente na Região da Grande São Paulo.

§ 2º - Nas demais Regiões, as atribuições serão exercidas no que se refira ao registro de diplomas e títulos de profissionais e de estabelecimentos sujeitos à fiscalização, ao controle de produção e comércio de substâncias e produtos capazes de criar dependência física e psíquica, ao depósito de material apreendido e à fiscalização da indústria farmacêutica.

ARTIGO 52 - A Divisão do Exercício Profissional poderá exercer atividade executiva nas áreas de jurisdição das Divisões Regionais de Saúde, desde que determinadas por ato do Secretário de Estado mediante parecer do Conselho Técnico-Administrativo da Secretaria.

ARTIGO 53 - Compete à Divisão do Exercício Profissional orientar as Divisões Regionais de Saúde, no que lhes couber pela legislação federal e estadual.

SEÇÃO VI

Do Serviço de Enfermagem

ARTIGO 54 - Ao Serviço de Enfermagem compete atividades de:

- I - Supervisão;
- II - Assessoria;
- III - Controle;
- IV - Cooperação no adestramento de pessoal.

SEÇÃO VII

Do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo e
demais Divisões Regionais de Saúde

ARTIGO 55 - O Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo e as Divisões Regionais de Saúde serão regulamentadas por ato do Secretário de Estado, observadas as diretrizes deste decreto.

ARTIGO 56 - As Regionais de Saúde correspondem às áreas delimitadas para as Regiões Administrativas da mesma denominação, conforme disposto no Decreto nº 48.163, de 3 de julho de 1967.

Parágrafo único - À Regional de Saúde de Campinas, ficam subordinadas as sub-regiões Bragança Paulista e Jundiaí, da Região São Paulo Exterior.

ARTIGO 57 - O Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo, a que se refere o Decreto nº 50.855, de 18 de novembro de 1968, compreende:

- I - Conselho Consultivo Regional;
- II - Diretoria;
- III - Divisão de Estudos e Programas, com:
 - a) Serviço de Planejamento;
 - b) Serviço de Epidemiologia e Estatística;
 - c) Seção de Adestramento de Pessoal;
- IV - Serviço de Saneamento;
- V - Quatro Divisões e Vinte e um Distritos Sanitários, de acordo com o disposto no artigo 3º do Decreto nº 50.855, de 18 de novembro de 1968, e cada Distrito Sanitário compreendendo unidades sanitárias;
- VI - Divisão de Pessoal e Serviços;
- VII - Divisão de Finanças.

ARTIGO 58 - O Conselho Consultivo Regional da Grande São Paulo, será de nomeação pelo Secretário da Saúde e composto por:

- I - Diretor Regional do Departamento, seu presidente;
- II - Representante da Secretaria de Serviços e Obras Públicas;
- III - Representante da Secretaria da Educação;
- IV - Representante da Secretaria da Promoção Social;
- V - Representante da Secretaria de Economia e Planejamento;
- VI - Representante da Prefeitura Municipal de São Paulo;
- VII - Representante eleito pelas Prefeituras compreendidas na Divisão São Paulo-Leste;

- VIII - Representante eleito pelas Prefeituras compreendidas na Divisão São Paulo-Sudeste;
- IX - Representante eleito pelas Prefeituras compreendidas na Divisão São Paulo Norte-Oeste;
- X - Representante do Instituto Nacional da Previdência Social.

ARTIGO 59 - Os representantes e respectivos suplentes serão indica dos:

- a) pelos Secretários de Estado os referidos nos itens II, III, IV e V;
- b) pelo Prefeito Municipal de São Paulo, o referido no Item VI;
- c) pelos Prefeitos dos demais municípios das áreas de cada uma das Divisões referidas nos itens VII, VIII e IX;
- d) pelo órgão dirigente do Instituto Nacional da Previdência Social no Estado de São Paulo, o do Item X.

*ARTIGO 60 - As Divisões Regionais de Saúde criadas pelo artigo 59 do Decreto nº 50.192, de 13 de agosto de 1968, têm a seguinte organização:

- I - Divisões Regionais de Saúde de São Paulo Exterior, de Campinas, de Ribeirão Preto e de Bauru;
 - a) Conselho Consultivo Regional;
 - b) Diretoria Regional;
 - c) Serviço de Estudos e Programas compreendendo a Seção de Planeja mento, a Seção de Epidemiologia e Estatística e o Setor de Ades tramento de Pessoal;
 - d) Seção do Exercício Profissional;
 - e) Seção de Saneamento;
 - f) Distritos Sanitários, compreendendo unidades sanitárias;
 - g) Serviço de Administração.

ARTIGO 61 - O Conselho Consultivo das Divisões Regionais será de no meação pelo Secretário da Saúde e composto por:

- I - Diretor Regional, seu presidente;
- II - Representante da Secretaria da Educação;
- III - Representante da Secretaria da Promoção Social;
- IV - Representante da Secretaria da Agricultura;
- V - Representante da Universidade;
- VI - Representante do Instituto Nacional da Previdência Social;
- VII - Representante da Associação Paulista de Medicina;
- VIII - Representante de cada uma das demais Coordenadorias.

§ 1º - Os representantes das Secretarias de Estado serão indicados pelos respectivos titulares, os das Coordenadorias pelos respectivos Coordenadores e os demais pelas respectivas entidades em lista tríplice.

§ 2º - Para o Conselho Consultivo Regional da Região de Campinas o membro referido no Ítem V será da Universidade de Campinas.

ARTIGO 62 - O Diretor do Departamento, os Diretores de Divisão e de Divisão Regional e seus respectivos Assistentes serão médicos sanitaristas.

Parágrafo único - A qualificação exigida neste artigo, poderá ser dispensada durante os três primeiros anos de vigência deste Decreto.

ARTIGO 63 - Os Diretores Regionais contarão com um grupo de supervisores, para atendimento das seguintes áreas:

- I - higiene materna; infantil e pré-escolar;
- II - fisiologia;
- III - dermatologia sanitária;
- IV - higiene visual;
- V - enfermagem de saúde pública;
- VI - educação de saúde pública;
- VII - odontologia sanitária;
- VIII - nutrição.

§ 1º - Por proposta da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, ouvido o Conselho Estadual de Saúde, outras áreas de atuação de supervisores técnicos poderão ser definidas mediante Ato do Secretário da Saúde.

§ 2º - Os supervisores mencionados neste artigo serão chefiados por um dos Assistentes por delegação do Diretor Regional.

ARTIGO 64 - Os Diretores Regionais, poderão contar com servidores públicos ou pessoal contratado para exercer funções de assistente e de Secretário.

ARTIGO 65 - Os Distritos Sanitários representam o escalão de comando do sub-regional.

§ 1º - Aos Distritos Sanitários da Divisão Regional de Saúde de Campinas não se aplica o disposto nos parágrafos 1º e 2º do artigo 16 do Decreto nº 50.192 de 13 de agosto de 1968.

§ 2º - Fica aumentado para 51 o número de distritos criados pelo Ítem II do artigo 16 do Decreto nº 50.192, de 13 de agosto de 1968.

§ 3º - A Divisão Regional de Saúde de Campinas compreende 11 Distritos Sanitários.

§ 4º - A fixação do número de Distritos Sanitários das Regiões será feita por Decreto.

§ 5º - A distribuição dos municípios pelos Distritos Sanitários será feita por Ato do Secretário de Estado.

ARTIGO 66 - Fica revogado o parágrafo 2º do artigo 16 do Decreto nº 50.192, de 13 de agosto de 1968.

ARTIGO 67 - As unidades sanitárias são classificadas de acordo com o programa de saúde que lhes compete executar, nos termos do disposto no ítem III do parágrafo único do artigo 2º do Decreto nº 50.192, de 13 de agosto de 1968, bem como em conformidade com as características locais verificadas pelos órgãos técnicos da Secretaria, nos seguintes tipos:

- Centro de Saúde I (CS-I);
- Centro de Saúde II (CS-II);
- Centro de Saúde III (CS-III);
- Centro de Saúde IV (CS-IV);
- Centro de Saúde V (CS-V);
- Centro de Saúde VI (CS-VI);
- Posto de Atendimento Sanitário (PAS).

ARTIGO 68 - Toda unidade sanitária deverá contar com um Conselho de Comunidade, do qual participará obrigatoriamente o médico-chefe da unidade composto por elementos locais e com a finalidade de colaborar no desenvolvimento dos programas de saúde na respectiva área de atuação.

§ 1º - O Conselho será constituído por ato do Diretor Regional, mediante proposta do Chefe do Distrito Sanitário.

§ 2º - O Regimento Interno dos Conselhos de Comunidade será elaborado em conformidade com norma técnica emanada dos órgãos competentes.

SUBSEÇÃO I

Das Atribuições

ARTIGO 69 - Aos Conselhos Consultivos Regionais compete:

- I - colaborar com a direção regional no desenvolvimento de seus programas de saúde e, em especial, no sentido de assegurar articulação com entidades públicas e privadas, cuja atuação possa beneficiar a saúde da população;
- II - cooperar para o entrosamento das atividades da Regional com as demais Coordenadorias;
- III - emitir parecer sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo Diretor Regional;
- IV - emitir parecer sobre o relatório anual dos trabalhos executados pela Regional de Saúde.

ARTIGO 70 - Às unidades de Estudos e Programas compete as atividades de planejamento e avaliação, de estatística, de epidemiologia e adestramento de pessoal, em nível regional.

§ 1º - Às unidades de Planejamento, compete:

- I - orientar e supervisionar as atividades de planejamento no âmbito Regional;
- II - promover a aplicação nas unidades da Regional, das técnicas de planejamento indicadas;

- III - assessorar a diretoria regional em todos os aspectos relacionados com planejamento do setor saúde;
- IV - prestar assistência às unidades distritais e locais no tocante aos aspectos operacionais das técnicas de planejamento;
- V - elaborar o plano de saúde regional, promovendo os reajustamentos necessários;
- VI - articular suas atividades com os estabelecimentos hospitalares públicos e privados;
- VII - acompanhar e avaliar os programas em execução;
- VIII - estabelecer articulação com unidades de planejamento de outros setores da região.

§ 2º - À unidade de Epidemiologia e Estatística, compete:

- I - orientar as atividades de epidemiologia e estatística executadas pelas unidades da região;
- II - assessorar a direção regional em todos os aspectos relacionados com epidemiologia e estatística;
- III - adequar com a unidade de Planejamento modelos de normalização e de composições instrumentais;
- IV - supervisionar a execução de normas da espécie emanadas dos órgãos centrais;
- V - avaliar o funcionamento dos sistemas de coleta e tabulação de dados bioestatísticos, bem como os necessários para avaliação dos trabalhos executados e seus resultados;
- VI - rever e conferir, sistematicamente, os dados coletados, executando a sua tabulação e análise em nível regional;
- VII - fornecer a todas as unidades da região, dados e informações da espécie, de acordo com determinação da Regional;
- VIII - articular suas atividades com as entidades médico assistenciais públicas e privadas.

§ 3º - Às unidades de Adestramento de Pessoal, compete:

- I - promover o levantamento das necessidades de adestramento do pessoal em exercício nas unidades da região;
- II - programar e promover a execução de todas as modalidades de treinamento de pessoal, em conformidade com normas emanadas dos órgãos centrais;
- III - promover, quando indicado, recrutamento e provas de seleção para admissão de pessoal.

ARTIGO 71 - Às unidades de Exercício Profissional, compete:

- I - manter permanente articulação com o órgão central de fiscalização do exercício profissional, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, para o bom cumprimento da legislação federal e estadual vigente;
- II - fiscalizar o exercício profissional, de interesse da saúde pública;

- III - fiscalizar os estabelecimentos e o comércio de medicamentos, drogas, cosméticos e produtos de beleza, produtos veterinários e materiais em pregados em medicina e odontologia;
- IV - controlar o comércio e o uso de entorpecentes e substâncias que pro duzem dependência;
- V - controlar o emprego das radiações ionizantes;
- VI - assessorar a Regional em matéria de sua competência.

ARTIGO 72 - Às unidades de Saneamento, compete:

- I - supervisionar, permanentemente, a execução de atividades de saneamento, desenvolvidas pelas unidades locais;
- II - adaptar, às peculiaridades regionais, as instruções emanadas do órgão técnico normativo central, bem como avaliar a sua execução;
- III - colaborar estreitamente com a unidade de planejamento, na elaboração de modelos de normalização e no estabelecimento de composições ins trumentais;
- IV - executar ou orientar a elaboração de projetos especializados;
- V - colaborar nas atividades de seleção e treinamento de pessoal;
- VI - realizar estudos e pesquisas especializados, visando ao melhor conhe cimento das condições de saneamento do meio no âmbito regional;
- VII - assessorar a Diretoria Regional, bem como exercer atividades assesso ra especializada junto às demais unidades da região.

ARTIGO 73 - Aos Distritos Sanitários, compete:

- I - dirigir o funcionamento das unidades sanitárias da área distrital, su pervisionando regularmente a execução de suas atividades;
- II - orientar e controlar a aplicação de normas técnicas e administrati vas;
- III - examinar e opinar sobre as providências administrativas solicitadas pelas unidades sanitárias, encaminhando-as à Direção Regional;
- IV - orientar a chefia das unidades sanitárias na solução de problemas es peciais, solicitando assistência dos órgãos regionais quando necessã rio;
- V - opinar sobre os relatórios das unidades sanitárias, especialmente de interesse epidemiológico distrital antes de encaminhá-los à Direção Regional;
- VI - aplicar todas as medidas necessárias para melhor coordenação das ati vidades locais de saúde pública, ressalvada a competência dos órgãos regionais;
- VII - assistir as unidades sanitárias no levantamento e elaboração de da dos para planejamento;
- VIII - acompanhar e controlar a execução dos programas de saúde.

SUBSEÇÃO II

Das Disposições Finais

ARTIGO 74 - Ficam subordinadas ao Diretor Regional, a partir da data de sua designação, todas as unidades sanitárias da área regional como respectivo pessoal, nos termos do artigo 8º do Decreto nº 56.192, de 13 de agosto de 1968.

Parágrafo único - Dentro de 60 dias, contados da implantação de cada Regional, será publicada a relação do pessoal que compõe o Departamento Regional.

ARTIGO 75 - Os dispensários e postos do Departamento de Dermatologia Sanitária, e os dispensários do Departamento de Tisiologia situados na área do Departamento Regional de Saúde da grande São Paulo, passam a integrar as unidades locais da região.

ARTIGO 76 - Ficam incorporadas ao Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo as atribuições, competências e recursos da Seção de Epidemiologia e Profilaxia Gerais ressalvado o disposto no § 1º do artigo 45 deste Decreto.

ARTIGO 77 - As Unidades Sanitárias sob jurisdição da atual Delegacia de Saúde de Casa Branca, sediadas nos municípios de Santa Rita do Passa Quatro, Luiz Antonio, São Simão, Santa Rosa de Viterbo, Cajuru e Cássia dos Coqueiros passam à jurisdição da Delegacia de Saúde de Ribeirão Preto.

ARTIGO 78 - As Unidades Sanitárias sob jurisdição da Delegacia de Saúde de Rio Claro, sediadas no município de Dois Córregos, passam a Jurisdição da Delegacia de Saúde de Bauru.

CAPÍTULO IX

Da Coordenadoria de Assistência Hospitalar

ARTIGO 79 - A Coordenadoria de Assistência Hospitalar compreende:

- I - Conselho Hospitalar do Estado;
- II - Gabinete do Coordenador;
- III - Conselho Técnico Consultivo;
- IV - Departamento de Técnica Hospitalar;
- V - Departamento de Hospitais Gerais e Especiais;
- VI - Departamento de Hospitais de Tisiologia;
- VII - Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária;
- VIII - Departamento de Administração.

ARTIGO 80 - À Coordenadoria de Assistência Hospitalar compete: estudar, planejar, orientar, coordenar, supervisionar e executar atividades destinadas a:

- I - prestação de serviços de assistência médica e hospitalar à população através de hospitais, institutos, clínicas, ambulatórios e instituições similares que lhes sejam subordinados;
- II - fiscalização prevista em leis e regulamentos, relativamente aos estabelecimentos médico-hospitalares e congêneres, oficiais e privados;
- III - realização de estudos e levantamentos de necessidade de assistência médica e hospitalar no Estado;
- IV - pesquisa visando ao aperfeiçoamento da administração hospitalar;
- V - formação e adestramento de pessoal;
- VI - assessoramento em assuntos de técnica-hospitalar aos demais órgãos da Secretaria, bem como a outras entidades oficiais e privadas.

Parágrafo único - A atribuição mencionada no item I deste artigo inclui atividades de educação sanitária, pesquisa, ensino e adestramento de pessoal, bem como de serviço social médico e reabilitação, dentro de suas possibilidades.

SEÇÃO I

Do Conselho Hospitalar do Estado

ARTIGO 81 - O Conselho Hospitalar do Estado, órgão consultivo, é presidido pelo Coordenador de Assistência Hospitalar e composto por um representante de cada um dos seguintes órgãos e entidades:

- I - Secretaria de Estado da Promoção Social;
- II - Faculdade de Higiene e Saúde Pública, da Universidade de São Paulo;
- III - Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público;
- IV - Instituto Nacional de Previdência Social;
- V - Associação Paulista de Medicina;
- VI - Associação Paulista de Hospitais;
- VII - Federação das Misericórdias do Estado de São Paulo.

§ 1º - O membro mencionado no item I deste artigo e o seu suplente, serão indicados pelo Secretário da Promoção Social e os demais com seus suplentes serão indicados em lista triplíce pelas respectivas entidades.

§ 2º - Ao Secretário de Estado compete a escolha ou designação dos titulares e suplentes do Conselho.

§ 3º - O mandato dos membros do Conselho será fixado em regimento.

§ 4º - O Conselho elaborará seu regimento interno a ser baixado por ato do Secretário de Estado, dentro de trinta dias contados de sua instalação.

§ 5º - Os serviços de secretaria e demais recursos necessários ao funcionamento do Conselho, são providos pelo Departamento de Administração.

ARTIGO 82 - Ao Conselho Hospitalar do Estado compete:

- I - sugerir ao Coordenador a política de assistência médico-hospitalar;
- II - opinar sobre alterações da legislação referente a assistência médico-hospitalar;
- III - emitir parecer sobre o relatório anual da Coordenadoria;
- IV - opinar sobre planos de trabalho da Coordenadoria;
- V - sugerir ao Coordenador quaisquer medidas que julgue necessárias ao aperfeiçoamento dos trabalhos da Coordenadoria;
- VI - emitir parecer sobre quaisquer assuntos que lhe sejam submetidos pelo Coordenador.

SEÇÃO II

Do Gabinete do Coordenador

ARTIGO 83 - Ao Gabinete do Coordenador compete auxiliar e assessorar o Coordenador em suas funções de orientar, coordenar e superintender as unidades que lhe são subordinadas.

§ 1º - No Gabinete do Coordenador poderão ter exercício servidores públicos ou pessoal contratado para desempenho das seguintes funções:

- a) de Assistente com atribuição de auxiliar o Coordenador no desempenho de suas funções;
- b) de Secretário.

§ 2º - Os serviços de expediente do Gabinete serão providos com pessoal de recursos do Departamento de Administração.

SEÇÃO III

Do Conselho Técnico-Consultivo

ARTIGO 84 - O Conselho Técnico Consultivo da Coordenadoria presidido pelo Coordenador, é composto pelos seguintes membros:

- I - Diretor do Departamento de Hospitais Gerais e Especiais;
- II - Diretor do Departamento de Hospitais de Tisiologia;
- III - Diretor do Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária;
- IV - Diretor do Departamento de Técnica Hospitalar;
- V - Diretor do Departamento de Administração.

§ 1º - O Conselho elaborará o seu Regimento Interno a ser baixado por portaria do Coordenador dentro de trinta dias contados de instalação.

§ 2º - Os serviços de secretaria do Conselho serão providos com pessoal de recursos do Departamento de Administração.

ARTIGO 85 - Ao Conselho Técnico-Consultivo, compete:

- I - emitir parecer sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo Coordenador;
- II - opinar sobre os planos de trabalho, programas e propostas orçamentárias da Coordenadoria;
- III - apreciar em conjunto, os trabalhos da Coordenadoria, sugerindo ao Coordenador as medidas necessárias para a adequada coordenação;
- IV - propor ao Coordenador quaisquer medidas que julgue necessárias ao a perfeçoamento dos trabalhos da Coordenadoria.

SEÇÃO IV

- Do Departamento de Técnica Hospitalar

ARTIGO 86 - O Departamento de Técnica Hospitalar compreende:

- I - Diretoria;
- II - Divisão de Estudos e Orientação Técnica, compreendendo:
 - a) Seção de Estatística;
 - b) Seção de Epidemiologia;
 - c) Serviço de Planejamento; com:
 - 1. Seção de Programação e Avaliação;
 - 2. Seção de Planejamento Hospitalar;
 - d) Serviço de Orientação Técnica, com cinco Equipes Técnicas, atuando nas seguintes áreas:
 - 1. Educação Sanitária;
 - 2. Nutrição e Dietética;
 - 3. Serviço Social Médico;
 - 4. Reabilitação;
 - 5. Administração Hospitalar.
- III - Serviço de Enfermagem:
 - a) Equipe Técnica com atuação na área de enfermagem hospitalar;
 - b) Escola de Auxiliar de Enfermagem de Assis;
- IV - Serviço de Formação e Adestramento de Pessoal:
 - a) Seção de Adestramento de Pessoal;
 - b) Seção de Formação de Pessoal;
- V - Divisão de Fiscalização:
 - a) Serviço de Fiscalização;
 - b) Serviço de Registro e Cadastro;
- VI - Seção de Administração

Parágrafo Único - As Equipes Técnicas mencionadas neste artigo se rão dirigidas por Supervisores Técnicos.

ARTIGO 87- Ao Departamento de Técnica Hospitalar, compete:

- I - estudar, planejar e orientar as atividades de administração hospitalar em geral, relativamente a hospitais oficiais e privados;
- II - coletar, estudar e analisar dados nosológicos e outros da problemática médico-hospitalar;
- III - promover aperfeiçoamento da organização e operação dos hospitais;
- IV - realizar pesquisas;
- V - realizar estudos especiais de equipamentos e instalações;
- VI - orientar as atividades de planejamento e acompanhar a execução dos programas, avaliando os resultados, em todos os órgãos da Coordenadoria;
- VII - estudar e estabelecer as necessidades de pessoal hospitalar para todo o Estado, bem como as de sua formação e adestramento;
- VIII - executar as atividades de fiscalização de entidades médico-hospitalares de acordo com a legislação em vigor;
- IX - cadastrar e manter registro das entidades médico-hospitalares em todo o Estado;
- X - prestar assessoramento técnico em matéria de administração hospitalar às entidades médico-hospitalares oficiais e privadas;
- XI - promover articulação com outras Coordenadorias, órgãos e entidades médico-hospitalares, oficiais e privadas, visando a mobilização de recursos para formação e adestramento de pessoal.

SEÇÃO V

Do Departamento de Hospitais Gerais e Especiais

ARTIGO 88 - O Departamento de Hospitais Gerais e Especiais, compreende:

- I - Diretoria;
- II - Hospital Emílio Ribas;
- III - Instituto de Cardiologia;
- IV - Hospital Infantil Cândido Fontoura;
- V - Hospital Regional do Vale do Ribeira;
- VI - Hospital Geral de Mirandópolis;
- VII - Hospital Geral de Promissão;
- VIII - Hospital Anchieta, em São Bernardo do Campo;
- IX - Hospital de São Sebastião;
- X - Hospital de Echaporã;
- XI - Hospital de Marília;
- XII - Hospital de Clínicas de Sorocaba;
- XIII - Seção de Administração.

ARTIGO 89 - Ao Departamento de Hospitais Gerais e Especiais, compete:

- I - prestação de serviços de assistência médica e hospitalar à população, através das unidades que o integram, de acordo com a finalidade de cada estabelecimento e em conformidade com as normas técnicas emanadas dos órgãos competentes;
- II - a orientação, a coordenação e a supervisão das unidades que lhe são subordinadas;
- III - as atividades de planejamento e de administração geral necessárias ao cumprimento de suas finalidades.

SEÇÃO VI

Do Departamento de Hospitais de Tisiologia

ARTIGO 90 - O Departamento de Hospitais de Tisiologia, compreende:

- I - Diretoria;
- II - Hospital Adhemar de Barros, em Divinolândia;
- III - Hospital Leonor Mendes de Barros, em Sorocaba;
- IV - Hospital Manuel de Abreu, em Bauru;
- V - Hospital Clemente Ferreira, em Lins;
- VI - Hospital Guilherme Álvaro, em Santos;
- VII - Hospital de Santa Rita do Passa Quatro;
- VIII - Hospital Nestor Goulart Reis, em Américo Brasiliense;
- IX - Parque Hospitalar do Mandaqui, na Capital;
- X - Hospital Emílio Carlos, em Catanduva;
- XI - Hospital Robert Koch, em Sorocaba;
- XII - Seção de Administração.

ARTIGO 91 - Ao Departamento de Hospitais de Tisiologia, compete:

- I - a prestação de serviços de assistência hospitalar especializada à população, através das unidades que o integram, de acordo com a finalidade de cada estabelecimento e em conformidade com normas técnicas emanadas dos órgãos competentes;
- II - a orientação, a coordenação e a supervisão das unidades que lhe são subordinadas;
- III - as atividades de planejamento e de administração geral necessárias ao cumprimento de suas finalidades.

SEÇÃO VII

Do Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária

ARTIGO 92 - O Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária compreende:

- I - Diretoria;
- II - Hospital Aimorés, em Bauru;
- III - Hospital Santo Angelo, em Moji das Cruzes;
- IV - Hospital Padre Bento, em Guarulhos;
- V - Hospital Pirapitinguí, em Itú;
- VI - Hospital Adhemar de Barros, na Capital;
- VII - Policlínica, na Capital;
- VIII - Seção de Administração.

ARTIGO 93 - Ao Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária, compete:

- I - a prestação de serviços de assistência hospitalar à população, através das unidades que o integram, de acordo com a finalidade de cada estabelecimento e em conformidade com normas técnicas emanadas dos órgãos competentes;
- II - a orientação, a coordenação e a supervisão das unidades que lhe são subordinadas;
- III - as atividades de planejamento e de administração geral necessárias ao cumprimento de suas finalidades.

CAPÍTULO X

Da Coordenadoria de Saúde Mental

ARTIGO 94 - A Coordenadoria de Saúde Mental compreende:

- I - Conselho de Saúde Mental;
- II - Gabinete do Coordenador;
- III - Conselho Técnico-Consultivo;
- IV - Divisão de Estudos e Programas;
- V - Departamento Psiquiátrico I;
- VI - Departamento Psiquiátrico II;
- VII - Serviço de Higiene Mental;
- VIII - Laboratório Farmacêutico;
- IX - Departamento de Administração.

ARTIGO 95 - À Coordenadoria de Saúde Mental compete:

- I - prestar assistência psiquiátrica à população do Estado;
- II - prestar assistência psiquiátrica a réus e indiciados, por determinação da Justiça, e fornecer laudos e informações legais solicitadas;
- III - elaborar programas de higiene mental e promover sua execução;
- IV - promover estudos e investigações científicas no campo da psiquiatria;

- V - propiciar condições para a formação de pessoal especializado e promover seu aperfeiçoamento;
- VI - colaborar com a Universidade de São Paulo e outras entidades de ensino e assistência públicas e privadas, no que se refere à psiquiatria.

SEÇÃO I

Do Conselho de Saúde Mental

ARTIGO 96 - O Conselho de Saúde Mental, órgão consultivo da Coordenadoria, presidido pelo Coordenador é composto por membros indicados pelos seguintes órgãos e entidades:

- I - Secretaria da Promoção Social;
- II - Universidade de São Paulo;
- III - Faculdade de Higiene e Saúde Pública, da Universidade de São Paulo;
- IV - Associação Paulista de Medicina;
- V - Associação Paulista de Hospitais;
- VI - Instituto Nacional de Previdência Social.

§ 1º - O membro mencionado no item II deste artigo deverá pertencer à área de Ciências Sociais.

§ 2º - O membro mencionado no item I deste artigo e seu suplente, serão indicados pelo Secretário da Promoção Social e os demais, com seus suplentes, serão indicados em lista tríplice, pelas respectivas entidades.

§ 3º - Ao Secretário de Estado compete a escolha e designação dos titulares e suplentes do Conselho.

§ 4º - O mandato dos membros do Conselho será fixado em regimento interno.

§ 5º - O Conselho elaborará seu regimento interno, a ser baixado por ato do Secretário de Estado, dentro de trinta dias contados de sua publicação.

§ 6º - Os serviços de secretaria e demais recursos necessários ao funcionamento do Conselho, são providos pelo Departamento de Administração.

ARTIGO 97 - Ao Conselho de Saúde Mental compete:

- I - sugerir ao Coordenador a política de saúde mental a ser seguida;
- II - opinar sobre planos de trabalho da Coordenadoria;
- III - emitir parecer sobre o relatório anual da Coordenadoria, manifestando-se sobre o trabalho executado;
- IV - sugerir ao Coordenador qualquer medida que julgue necessária ao aperfeiçoamento dos trabalhos da Coordenadoria;
- V - emitir parecer sobre assunto que lhe seja submetido pelo Coordenador.

SEÇÃO II

Do Gabinete do Coordenador

ARTIGO 98 - Ao Gabinete do Coordenador compete auxiliar e assessorar o Coordenador nas suas atribuições de orientar, coordenar e superintender as unidades que lhe são subordinadas.

§ 1º - No Gabinete do Coordenador poderão ter exercício servidores públicos ou pessoal contratado para desempenho das seguintes funções:

- a) de Assistente, com atribuições de auxiliar o Coordenador no desempenho de suas funções;
- b) de Secretário.

§ 2º - Os serviços de expediente do Gabinete do Coordenador serão providos com pessoal e recursos do Departamento de Administração.

ARTIGO 99 - Funcionará junto à Coordenadoria o Setor de Assistência Judiciária, subordinado à Procuradoria Geral do Estado, de acordo com o artigo 18 da Lei nº 9.847, de 25 de setembro de 1967.

SEÇÃO III

Do Conselho Técnico-Consultivo

ARTIGO 100 - O Conselho Técnico-Consultivo, presidido pelo Coordenador, é composto pelos seguintes membros;

- I - Diretor do Departamento Psiquiátrico I;
- II - Diretor do Departamento Psiquiátrico II;
- III - Diretor da Divisão de Estudos e Programas;
- IV - Diretor do Serviço de Higiene Mental;
- V - Diretor do Laboratório Farmacêutico;
- VI - Diretor do Departamento de Administração.

§ 1º - O Conselho elaborará o seu regimento interno a ser baixado por portaria do Coordenador, dentro de 30 dias, contados de sua instalação.

§ 2º - Os serviços de secretaria do Conselho serão providos com pessoal e recursos do Departamento de Administração.

ARTIGO 101 - Ao Conselho Técnico-Consultivo compete:

- I - emitir parecer sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo Coordenador;
- II - opinar sobre os planos de trabalho, programas e proposta orçamentária da Coordenadoria;
- III - apreciar, em conjunto, os trabalhos da Coordenadoria sugerindo ao Coordenador as medidas necessárias para a adequada coordenação.

- IV - propor ao Coordenador quaisquer medidas que julgue necessárias ao ^{153.} a perfeiçoamento de trabalhos da Coordenadoria.

SEÇÃO IV

Da Divisão de Estudos e Programas

ARTIGO 102 - A Divisão de Estudos e Programas, compreende:

- I - Serviço de Epidemiologia e Estatística;
- II - Serviço de Planejamento;
- III - Seção de Adestramento de Pessoal.

Parágrafo único - Os serviços de expediente da Divisão serão providos por pessoal e recursos do Departamento de Administração da Coordenadoria.

ARTIGO 103 - A Divisão de Estudos e Programas compete: estudar, planejar, orientar, supervisionar e executar atividades de:

- I - Epidemiologia e Estatística;
- II - Planejamento;
- III - Adestramento de Pessoal.

ARTIGO 104 - Ao Serviço de Epidemiologia e Estatística compete:

- I - receber, conferir, tabular e analisar dados epidemiológicos;
- II - orientar as atividades de epidemiologia e estatística das unidades da Coordenadoria;
- III - assessorar a Coordenadoria em todos os aspectos relacionados com epidemiologia e estatística;
- IV - avaliar os sistemas de coleta e tabulação de dados estatísticos de interesse da Coordenadoria;
- V - prever e conferir os dados coletados, executando a sua tabulação e análise;
- VI - fornecer às diversas dependências da Coordenadoria, dados e informações da espécie;
- VII - articular suas atividades com estabelecimentos hospitalares públicos e privados.

ARTIGO 105 - Ao Serviço de Planejamento compete:

- I - supervisionar as unidades programáticas da Coordenadoria na elaboração dos programas;
- II - acompanhar a execução dos programas e avaliar seus resultados;
- III - elaborar os planos de trabalho da Coordenadoria e propor os reajustamentos necessários;
- IV - articular suas atividades com órgãos afins da Secretaria;
- V - assessorar o Coordenador e demais órgãos da Coordenadoria.

ARTIGO 106 - À Seção de Adestramento de Pessoal, compete:

- I - estudar e estabelecer as necessidades de adestramento de pessoal das unidades que integram a Coordenadoria;
- II - orientar, coordenar e supervisionar atividades de adestramento de pessoal exercidas no âmbito da Coordenadoria;
- III - promover articulação com outras Coordenadorias, órgãos e entidades a fins, visando a mobilização de recursos para adestramento de pessoal da Coordenadoria.

CAPÍTULO XI

Da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados

ARTIGO 107 - A Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados - CST, compreende:

- I - Gabinete do Coordenador;
- II - Conselho Técnico Consultivo;
- III - Instituto Adolfo Lutz;
- IV - Instituto Butantan;
- V - Instituto Pasteur;
- VI - Instituto de Saúde;
- VII - Divisão de Finanças, criada pelo Decreto nº 50.913 de 25 de novembro de 1968;
- VIII - Divisão de Pessoal e Serviços.

Parágrafo único - O atual Laboratório Farmacêutico da Secretaria da Saúde Pública com as Seções de Hipodermia e de Farmácia fica provisoriamente subordinado à Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados.

ARTIGO 108 - À Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados, compete: estudar, planejar, orientar, coordenar, supervisionar e executar atividades de:

- I - pesquisas científicas de interesse da saúde pública;
- II - fabricação de produtos biológicos e químicos necessários à saúde pública;
- III - exames laboratoriais de interesse da saúde pública;
- IV - prestação direta de serviços de saúde e parcelas da população quando necessária para ensaios de normas técnicas e pesquisas aplicadas;
- V - educação sanitária;
- VI - formação e adestramento de pessoal, em nível central, nas suas áreas especializadas.

Parágrafo único - À Coordenadoria dos Serviços Técnicos Especializados compete ainda supervisionar e analisar, emitindo pareceres aos órgãos competentes, as atividades especializadas, relacionadas com suas áreas de ação, desenvolvidas pelos demais órgãos da Secretaria.

SEÇÃO I

Do Gabinete do Coordenador

ARTIGO 109 - Ao Gabinete do Coordenador, compete auxiliar e assessorar o Coordenador em suas funções de orientar, coordenar e superintender as unidades que lhe são subordinadas.

§ 1º - No Gabinete do Coordenador poderão ter exercício servidores públicos ou pessoal contratado para desempenho das seguintes funções:

- a) de Assistente com atribuição de auxiliar o Coordenador no desempenho de suas funções;
- b) de Assessor especializado, com atribuições de assessorar o Coordenador em assuntos especiais, assim como as unidades que integram a coordenadoria;
- c) de Secretário.

§ 2º - Os serviços de expediente do Gabinete serão providos com pessoal e recursos materiais da Divisão de Pessoal e Serviços da Coordenadoria.

SEÇÃO II

Do Conselho Técnico Consultivo

ARTIGO 110 - O Conselho Técnico Consultivo, presidido pelo Coordenador é composto pelos seguintes membros:

- I - Diretor do Instituto Adolfo Lutz;
- II - Diretor do Instituto Butantan;
- III - Diretor do Instituto Pasteur;
- IV - Diretor do Instituto de Saúde;
- V - Diretor da Divisão de Pessoal e Serviços da Coordenadoria;
- VI - Diretor da Divisão de Finanças da Coordenadoria.

§ 1º - O Conselho elaborará o seu Regimento Interno a ser baixado por portaria do Coordenador, dentro de trinta dias, contados de sua instalação.

§ 2º - Os serviços de Secretaria do Conselho serão providos com pessoal e recursos da Divisão de Pessoal e Serviços da Coordenadoria.

ARTIGO 111 - Ao Conselho Técnico Consultivo, órgão consultivo do Coordenador, compete:

- I - emitir parecer sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo Coordenador;
- II - opinar sobre planos de trabalho, programas e proposta orçamentária da Coordenadoria, bem como seus reajustamentos.
- III - apreciar, em conjunto, os trabalhos da Coordenadoria, sugerindo ao Coordenador as medidas oportunas;
- IV - propor ao Coordenador quaisquer medidas que julgue necessárias ao aperfeiçoamento dos trabalhos da Coordenadoria.

ARTIGO 112 - Junto ao Conselho Técnico-Consultivo funcionará uma Comissão Científica, com função de assessorar o Conselho, no que diz respeito a projetos de pesquisa, composta por membros designados pelo Coordenador.

§ 1º - Integrarão, obrigatoriamente, a Comissão Científica: a) representante da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo; b) representante da Divisão de Epidemiologia do Departamento Técnico-Normativo; c) representante da Divisão de Estatística do Departamento Técnico-Normativo.

§ 2º - Os demais membros serão designados, sem limitação de número de acordo com as especialidades necessárias à consecução das finalidades da Comissão.

SEÇÃO III

Das unidades Subordinadas

ARTIGO 113 - O Instituto Adolfo Lutz com a sua atual organização fica subordinado à Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados com nível de Departamento.

ARTIGO 114 - O Instituto Butantan, com a sua atual organização fica subordinado à Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados com nível de Departamento.

ARTIGO 115 - O Instituto Pasteur, com a sua atual organização e de nomeação, fica subordinado à Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados, com nível de Serviço.

ARTIGO 116 - O Instituto de Saúde, com nível de Departamento, compreende:

- I - Diretoria;
- II - Conselho Consultivo;
- III - Divisão de Saúde Materna e da Criança;
- IV - Divisão de Tisiologia e Pneumologia Sanitária;
- V - Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária;
- VI - Serviço de Educação de Saúde Pública;
- VII - Serviço de Oftalmologia Sanitária;
- VIII - Seção de Enfermagem de Saúde Pública;
- IX - Seção de Nutrição;
- X - Seção de Odontologia Sanitária;
- XI - Seção de Moléstias Degenerativas;
- XII - Biblioteca;
- XIII - Divisão de Administração.

Parágrafo único - Ao Instituto de Saúde será atribuída, por ato do Secretário de Estado, uma área de atendimento da população, contando com unidade Sanitária polivalente, em articulação com a Coordenadoria de Saúde da Comunidade.

ARTIGO 117 - Ao Instituto de Saúde compete estudar, planejar, orientar, coordenar, supervisionar e executar atividades, nas áreas de ação de suas unidades, que realizem as funções específicas que se seguem:

- I - desenvolver pesquisas científicas que respondam a questões de interesse da saúde pública;
- II - proceder ensaios operacionais que permitam a adoção de normas técnicas adequadas ao eficiente desenvolvimento de atividades de saúde pelos órgãos da Secretaria;
- III - formar ou adestrar pessoal técnico, em nível central de acordo com as necessidades e interesse da Secretaria e de acordo com legislação em vigor;
- IV - remeter aos órgãos competentes pareceres técnico-especializados, referentes ao desenvolvimento das atividades de saúde pelos órgãos da Secretaria, fundamentados na análise de dados e informações fornecidas pelos relatórios periódicos providos das unidades executivas das Coordenadorias;
- V - supervisionar o desenvolvimento das atividades especializadas nas Coordenadorias, por solicitação ou determinação de autoridades competentes;
- VI - prestar serviços de saúde, diretamente, a parcelas de população, quando necessárias aos ensaios de normas técnicas ou pesquisas aplicadas, devidamente autorizados e entrosados com os serviços das demais Coordenadorias;
- VII - prestar serviços de saúde a grupos populacionais, em caráter transitório e em nível central, de natureza auxiliar ou complementar dos serviços de saúde pública das demais Coordenadorias, segundo determinação do Conselho Técnico-Administrativo da Secretaria;
- VIII - assessorar e participar das atividades de saúde pública desenvolvidas pelos demais órgãos da Secretaria da Saúde.

Parágrafo único - As atividades de pesquisa, mormente as referentes a investigações clínicas e terapêuticas, de formação de pessoal e de ensaio de normas técnicas, deverão ser desenvolvidas junto às unidades subordinadas ao Instituto de Saúde e demais unidades da Secretaria da Saúde.

ARTIGO 118 - À Diretoria do Instituto de Saúde compete orientar, coordenar e superintender os órgãos especializados a ela subordinados.

§ 1º - Na Diretoria do Instituto de Saúde poderão ter exercício servidores públicos ou pessoal contratado para desempenho das seguintes funções.

a) de Assistente, com atribuição de auxiliar o Diretor no desempenho de suas atividades;

b) de Secretário.

§ 2º - Os Serviços de expediente da Diretoria serão providos com pessoal e recursos materiais da Divisão de Administração do Instituto.

ARTIGO 119 - O Conselho Consultivo do Instituto de Saúde, presidido pelo Diretor do Instituto, é composto pelos seguintes membros:

- I - Diretor da Divisão de Saúde Materna e da Criança;
- II - Diretor da Divisão de Tisiologia e Pneumologia Sanitária;
- III - Diretor da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária;
- IV - Diretor do Serviço de Educação de Saúde Pública;
- V - Diretor do Serviço de Oftalmologia Sanitária;
- VI - Chefe de Seção de Enfermagem de Saúde Pública;
- VII - Chefe da Seção de Nutrição;
- VIII - Chefe da Seção de Odontologia Sanitária;
- IX - Chefe da Seção de Moléstias Degenerativas;
- X - Diretor da Divisão de Administração.

§ 1º - O Conselho Consultivo do I.S. elaborará seu regimento interno dentro de 30 dias contados a partir de sua instalação.

§ 2º - Os serviços de secretaria do Conselho Consultivo serão providos com pessoal e recursos da Divisão de Administração do I.S.

ARTIGO 120 - Ao Conselho Consultivo do I.S., órgão consultivo do Diretor do I.S., compete:

- I - emitir parecer sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo Diretor;
- II - opinar sobre planos de trabalho, programas e propostas orçamentárias do Instituto de Saúde;
- III - apreciar, em conjunto, os trabalhos do Instituto, sugerindo ao Diretor as medidas necessária para a adequada coordenação;
- IV - propor ao Diretor quaisquer medidas que julgue necessárias ao aperfeiçoamento das atribuições do Instituto.

ARTIGO 121 - O Instituto de Puericultura, do Departamento Estadual da Criança, fica transformado em Divisão de Saúde Materna e da Criança.

ARTIGO 122 - O Instituto Clemente Ferreira fica transformado em Divisão de Tisiologia e Pneumologia Sanitária.

ARTIGO 123 - As unidades do Departamento de Dermatologia Sanitária não mencionadas neste Decreto, ficam transformadas em Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária.

ARTIGO 124 - A Seção de Propaganda e Educação Sanitária da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, fica transformada em Serviço de Educação de Saúde Pública.

ARTIGO 125 - Respeitadas as disposições constantes no ítem III, do artigo 8º e ítem II, letra c, do artigo 9º do Decreto nº 50.192, de 13 de agosto de 1968, o Instituto de Tracoma e Higiene Visual fica transformado em Serviço de Oftalmologia Sanitária.

ARTIGO 126 - A Divisão de Administração do Instituto de Saúde, será constituída na medida das necessidades, com recursos humanos e materiais provenientes das unidades de administração geral existentes nos órgãos ora transformados.

TÍTULO II

CAPÍTULO I

Do Departamento de Administração da Secretaria

ARTIGO 127 - Passa a denominar-se Departamento de Administração da Secretaria, diretamente subordinado ao Secretário de Estado, o Departamento de Administração da Secretaria da Saúde Pública, criado pela Lei nº 2.603, de 16 de janeiro de 1954.

ARTIGO 128 - Constitui campo funcional do Departamento de Administração da Secretaria:

- I - coordenação, orientação, supervisão e elaboração de normas em assuntos de administração geral;
- II - execução das atividades-meio, em nível central, e as da própria sede;
- III - assessoramento à administração superior.

ARTIGO 129 - O Departamento de Administração da Secretaria fica assim estruturado:

Departamento de Administração da Secretaria

1. Diretoria

- 1.1 - Gabinete do Direto
- 1.2 - Seção de Expediente

2. Conselho de Administração

3. Divisão de Pessoal

- 3.1 - Diretoria
- 3.2 - Setor de Expediente
- 3.3 - Serviço de Estudos e Normas
 - Seção de Direitos e Deveres
 - Seção de Normas e Auditoria
 - Seção de Seleção
- 3.4 - Serviço Central de Cadastro
 - Seção de Cargos e Funções
 - Seção de Classificação e Movimentação de Pessoal
 - Seção de Registros Gerais
- 3.5 - Seção de Promoções

3.6 - Seção de Processos e Sindicâncias

3.7 - Seção de Lavratura de Atos

3.8 - Seção de Administração do Pessoal da Sede

4. Divisão de Serviços Gerais

4.1 - Diretoria

4.2 - Setor de Expediente

4.3 - Seção de Protocolo

4.4 - Seção de Expedição

4.5 - Seção de Arquivo

4.6 - Zeladoria

Setor de Portaria

4.7 - Ambulatório Médico

4.8 - Seção de Conservação e Reparos.

5. Divisão de Finanças

6. Seção de Contratos e Convênios

7. Comissão Permanente de Remanejamento de Pessoal

ARTIGO 130 - A Divisão de Finanças, criada pelo Decreto nº 50.913, de 26 de novembro de 1968, fica mantida com a atual subordinação, estrutura e atribuições dos órgãos setoriais e subsetoriais.

ARTIGO 131 - As Divisões de Material e de Transportes e o Serviço Gráfico ficam subordinados ao Departamento de Administração da Secretaria com as atuais organização, estrutura e atribuições, até sua organização definitiva através da definição dos sistemas correspondentes.

Parágrafo Único - O Setor de Controle de Bens Móveis fica subordinado à Divisão de Material mantidas suas atuais atribuições.

ARTIGO 132 - A Comissão Permanente de Remanejamento de Pessoal será integrada por:

- a) Representante do Gabinete do Secretário que será o presidente designado pelo Chefe do Gabinete;
- b) Representante de cada uma das Coordenadorias, designados pelos respectivos Coordenadores;
- c) Representante do Departamento Técnico Normativo designado pelo seu Diretor; e
- d) Representante do Departamento de Administração da Secretaria designado pelo seu Diretor.

ARTIGO 133 - O Conselho de Administração será integrado pelos Diretores dos Departamentos de Administração das Coordenadorias de Saúde da Comunidade, de Assistência Hospitalar e de Saúde Mental; pelo Diretor da Divisão de Pessoal e Serviços da Coordenadoria dos Serviços Técnicos Especializados e pelo Diretor do Departamento de Administração da Secretaria, que será seu presidente.

SEÇÃO I

Do Gabinete do Diretor do Departamento de Administração da Secretaria

ARTIGO 134 - Compete ao Gabinete do Diretor e a sua Seção de Expediente:

- I - o atendimento e encaminhamento das partes;
- II - preparo, recebimento e expedição de Processos, papéis e correspondência em geral, e fiscalização de seu andamento;
- III - examinar, estudar e preparar os expedientes submetidos e encaminhados ao Diretor;
- IV - assessorar e assistir o diretor nas suas atribuições;
- V - secretariar as reuniões do Conselho de Administração.

ARTIGO 135 - No Gabinete do Diretor do Departamento de Administração da Secretaria poderão ter exercício servidores públicos ou pessoal contratado para desempenho das seguintes funções:

- I - de Assessor-Técnico (Jurídico);
- II - de Assessor-Técnico (Administração); e,
- III - de Secretário.

SEÇÃO II

Do Conselho de Administração

ARTIGO 136 - O Conselho de Administração é órgão de deliberação coletiva nos assuntos administrativos que envolvem interesses comuns aos vários órgãos de administração da Secretaria, cabendo-lhe elaborar normas de aplicação dos dispositivos legais e regulamentares, bem como estudar, permanentemente, delegações de competência cabíveis e a racionalização dos serviços administrativos.

Parágrafo único - O Conselho elaborará dentro de trinta dias contados de sua instalação o seu Regimento Interno a ser baixado por ato do Secretário de Estado.

SEÇÃO III

Das atribuições das unidades subordinadas

ARTIGO 137 - São atribuições da Divisão de Pessoal:

- I - recrutamento, seleção, promoção, acesso e movimentação de pessoal;
- II - estudos, auditoria e supervisão da administração de pessoal nas unidades;
- III - execução dos serviços auxiliares das comissões processantes permanentes e especiais;
- IV - organização e manutenção de cadastro geral de pessoal e unidades;

V - administração do pessoal da sede e da Administração Superior.

§ 1º - Ao Setor de Expediente incumbe:

- a) recebimento, triagem e controle da tramitação interna de processos e papéis;
- b) atendimento das partes;
- c) preparo e encaminhamento de correspondência.

§ 2º - O Serviço de Estudos e Normas, tem por atribuições:

- a) através da Seção de Direitos e Deveres, o estudo, exame e informação de processos referentes a direitos, vantagens, deveres, responsabilidades e ação disciplinar de pessoal;
- b) através da Seção de Normas e Auditoria, a elaboração e proposta de expedição de normas disciplinadoras em assuntos de pessoal; a verificação do cumprimento do conjunto de normas adotadas; exame de relatórios de atividades de pessoal e verificação "in loco" quando necessárias;
- c) através da Seção de Seleção, o preparo de editais, exame de documentos, elaboração, execução e classificação dos candidatos; funcionar como órgão de apoio para as provas elaboradas por comissões técnicas especializadas.

§ 3º - O Serviço Central de Cadastro tem por finalidade:

- a) através da Seção de Cargos e Funções, manter o controle geral dos cargos, funções e carreiras por suas respectivas tabelas, partes e lotações;
- b) através da Seção de Classificação e Movimentação de Pessoal, manter o registro e controle dos órgãos e unidades sanitárias quanto à classificação e distribuição de respectivo pessoal; fichamento e controles dos pedidos de alteração de sede de exercício; classificação de candidatos a remoção de acordo com as normas vigentes e o exame e instrução dos respectivos processos;
- c) através da Seção de Registros Gerais, manter registros referentes a afastamentos, níveis de vencimento, vantagens em geral, penas disciplinares e outros assentamentos de pessoal.

§ 4º - São atribuições da Seção de Promoções; a apuração de tempo de efetivo exercício de todos os servidores da Secretaria; o exame e instrução de pedidos de inclusão de tempo de serviço fins de promoção; o processamento do expediente relativo às promoções; organização e publicação das listas de promoção; estudo e informação de recursos da avaliação do mérito e da classificação final;

§ 5º - A Seção de Processos e Sindicâncias tem a seu cargo os serviços cartoriais auxiliares das comissões, processantes permanentes e especiais, tais como: notificações, intimações, encaminhamento de autos, correspondência, vistas de processos e outros afins.

§ 6º - Compete à Seção de Lavratura de Atos a elaboração de atos em decorrência de leis, decretos, regulamentos ou despacho superior na elaboração de apostilas, extrato para publicação no órgão da imprensa oficial; expedição de títulos.

§ 7º - A Seção de Administração do Pessoal da Sede tem por incumbência: registrar os dados pessoais e relativos à vida funcional dos servidores da sede e da Administração Superior; efetuar a matrícula dos servidores nos órgãos previdenciários; lavrar termos de posse, expedir guias para exame de saúde, cédulas de identidade funcional, atestados de frequência e certidões; o registro e controle diário do ponto, da assiduidade e do cumprimento da escala de férias, bem como da frequência nos regimes especiais de trabalho e nos casos de prestação de serviços extraordinários; o exame e instrução de pedidos de concessão de salário-família, salário-esposa, adicionais por tempo de serviço; o cálculo de proventos e vantagens, e a elaboração de fichas financeiras individuais.

ARTIGO 138 - A Divisão de Serviços Gerais tem a seu cargo, com exceção das de telecomunicações, as atividades gerais de comunicação, de zeladoria e portaria, de conservação e reparos do edifício sede, na seguinte conformidade:

- I - Setor de Expediente: recebimento, triagem e controle da tramitação interna de processos e papéis; atendimento das partes; preparo e encaminhamento e recebimento de correspondência;
- II - Seção de Protocolo: protocolamento, autuação, classificação, registro e controle de processos e papéis;
- III - Seção de Expedição: recebimento, distribuição e expedição de correspondência; remessa de processos e expedientes da Administração Superior e da própria Sede;
- IV - Seção de Arquivo: recepção, guarda e conservação de processos, de coleções de decretos, de atos, portarias, circulares e demais papéis lavrados no Departamento que lhe forem confiados; concessão de "vistas" a processo arquivado, no próprio local, desde que por ordem de autoridade competente; atender às requisições de processos;
- V - Seção de Zeladoria, com Setor de Portaria: manter vigilância diurna e noturna do edifício-sede; inspecionar as instalações elétricas, hidráulicas e de gás do edifício-sede; zelar pela limpeza; manter vigilância permanente nos locais de entrada e saída do público e, especialmente nos setores de maior afluência de pessoal; supervisionar o serviço de elevadores; manter a entrada do edifício, ou onde mais necessário, servidor instruído para prestar informações ao público, quanto à localização e funcionamento das dependências, meios de comunicação e nomes das autoridades dirigentes das Repartições;
- VI - Ambulatório Médico: prestação de assistência médica de urgência e enfermagem aos servidores do edifício-sede, durante o período normal de trabalho;
- VII - Seção de Conservação e Reparos: a conservação e reparos dos bens móveis em geral da Administração Superior e do Departamento de Administração da Secretaria, e das instalações do edifício-sede.

ARTIGO 139 - À Seção de Contratos e Convênios incumbe o exame prévio de minutas de contratos iniciais e convênios; aplicação de índices de correção monetária nos reajustes de contratos; registros e anotações essenciais relativos aos contratos e convênios, bem como publicações dos respectivos extratos; instrução de processos relativos a contratos e convênios; termos, cessões, aditamentos e comodatos.

ARTIGO 140 - À Comissão Permanente de Remanejamento de Pessoal incumbe:

- a) recebimento de requerimentos de servidores interessados em sua remoção, organizando sistema adequado de fichamento;
- b) exame da situação das unidades em que se encontram sediados os requerentes e daqueles para as quais é solicitada remoção;
- c) apreciação nos meses de janeiro, maio e setembro de cada ano, dos requerimentos entregues até o último dia dos meses imediatamente anteriores;
- d) propor ao Secretário de Estado as remoções solicitadas que possam ser atendidas;
- e) apresentar ao Secretário de Estado justificativa nos casos em que a remoção, embora atendidos os critérios em vigor, não possa ser atendida por interesse do serviço;
- f) exame prévio de todas as propostas de remoção "ex-officio".

CAPÍTULO II

Dos órgãos de administração das Coordenadorias

ARTIGO 141 - Constitui campo funcional dos Departamentos de Administração das Coordenadorias de Saúde da Comunidade, de Assistência Hospitalar e de Saúde Mental, bem assim da Divisão de Pessoal e Serviços da Coordenadoria dos Serviços Técnicos Especializados:

- I - coordenação, orientação e supervisão dos serviços administrativos das repartições que são subordinadas;
- II - execução das atividades-meio, em nível de coordenação e as da própria sede;
- III - assessoramento à Administração Superior.

ARTIGO 142 - Os Departamentos de Administração das Coordenadorias de Saúde da Comunidade, de Assistência Hospitalar e Saúde Mental, ficam assim estruturados:

Departamento de Administração:

1. Diretoria

- 1.1 - Gabinete do Diretor
- 1.2 - Setor de Expediente

2. Divisão de Pessoal

- 2.1 - Setor de Expediente
- 2.2 - Seção de Estudos e Informações
- 2.3 - Seção de Administração de Pessoal

3. Divisão de Serviços Gerais

- 3.1 - Setor de Expediente
- 3.2 - Seção de Comunicações
- 3.4 - Zeladoria

4. Divisão de Finanças

ARTIGO 143 - O Departamento de Administração da Coordenadoria de Saúde da Comunidade compreende, ainda: 1 - Seção de Multas, com atribuições anteriormente afetadas à quarta seção da Divisão Administrativa de que trata o artigo 19, do Decreto nº 50.192, de 13 de agosto de 1968; 2 - Seção de Controle de Bens Móveis e Imóveis, com as seguintes atribuições: numeração, cadastramento e controle de material permanente; a manutenção dos registros referentes às aquisições, cessões ou locação de imóveis e equipamentos.

ARTIGO 144 - A Divisão de Pessoal e Serviços da Coordenadoria dos Serviços Técnicos Especializados, fica assim estruturado:

- 1 - Diretoria
- 2 - Seção de Pessoal
- 3 - Seção de Expediente e Comunicações
- 4 - Seção de Serviços Gerais

Parágrafo único. - As atribuições das Seções previstas neste artigo são aquelas definidas neste decreto para órgãos congêneres.

SEÇÃO I

Do Gabinete do Diretor do Departamento de Administração de Coordenadoria

ARTIGO 145 - Compete ao Gabinete do Diretor do Departamento de Administração e ao Setor de Expediente:

- I - o atendimento e o encaminhamento das partes;
- II - preparo, recebimento e expedição de processos, papéis e correspondência em geral e fiscalização de seu andamento;
- III - examinar, estudar e preparar os expedientes submetidos e encaminhados ao Diretor;
- IV - assessorar e assistir o Diretor nas suas atribuições gerais.

ARTIGO 146 - No Gabinete do Diretor do Departamento de Administração poderá ter exercício servidor público ou contratado, com funções de Secretário.

SEÇÃO II

Das atribuições

ARTIGO 147 - São atribuições da Divisão de Pessoal:

- I - estudos, auditoria e supervisão da administração de pessoal, nas unidades que lhes são subordinadas;
- II - elaboração de atos e apostilas, decorrentes de leis, decretos, regulamentos ou despacho superior;
- III - organização e manutenção de cadastro-geral dos recursos humanos da Coordenadoria;
- IV - administração do pessoal da sede.

§ 1º - Ao Setor de Expediente incumbe:

- a) o atendimento das partes, o preparo e encaminhamento de correspondência;
- b) recebimento, triagem e controle da tramitação interna de processos e papéis.

§ 2º - À Seção de Estudos e Informações incumbe:

- a) o exame e informação de processos referentes a direitos, vantagens, deveres, responsabilidades e ação disciplinar;
- b) a organização e manutenção dos registros referentes aos recursos humanos de toda a Coordenadoria.

§ 3º - À Seção de Administração de Pessoal, incumbe:

- a) registrar os dados pessoais e relativos à vida funcional dos servidores da sede e da Administração Superior da Coordenadoria, e efetuar a matrícula dos servidores nos órgãos previdenciários, lavrar termos de posse, expedir guias para exame de saúde, cédulas de identidade funcional, atestados de frequência e certidões, registrar e controlar, diariamente, a assiduidade e o "ponto", o cumprimento da escala de férias, a frequência nos regimes especiais de trabalho e na prestação de serviços extraordinários;
- b) o exame e a instrução dos pedidos de concessão de salário - família, de salário-esposa, de adicionais por tempo de serviço, bem como o cálculo de proventos e das vantagens pecuniárias, a elaboração das fichas financeiras individuais e da folha de pagamento;
- c) a elaboração de atos em decorrência de leis, decretos, regulamentos ou despacho superior; elaboração de apostilas, extrato para publicação no órgão da imprensa oficial, e a expedição de títulos.

ARTIGO 148 - São atribuições da Divisão de Serviços Gerais as atividades de comunicação, material e zeladoria.

§ 1º - Ao Setor de Expediente incumbe: o recebimento, triagem e controle de tramitação interna dos processos e papéis; o atendimento das partes, preparo, encaminhamento e recebimento de correspondência.

§ 2º - A Seção de Comunicações tem por incumbência: o protocolamento, a autuação, classificação, registro e controle de processos e papéis; o recebimento, distribuição e expedição da correspondência em geral e a remessa de processos e expediente da administração e as da própria sede; o recebimento, guarda e conservação de processos e documentos que lhe forem confiados; a concessão de "vistas" a processos arquivados, no próprio local, desde que por ordem da autoridade competente, e o atendimento a requisições de processos.

§ 3º - A Zeladoria tem por finalidades: inspecionar as instalações elétricas, hidráulicas e de gás da sede, zelar pela limpeza e manter vigilância permanente nos locais de entrada e saída do público, e executar os serviços de copa.

§ 4º - As Divisões de Finanças, criadas pelo Decreto nº 50.913, de 25 de novembro de 1968, ficam mantidas com sua atual subordinação, estrutura e atribuições dos órgãos setoriais e subsetoriais.

§ 5º - As atividades de administração de transportes e de materiais serão provisoriamente atendidas pelas Divisões de Serviços Gerais, conforme as instruções dos respectivos Coordenadores, até a definição dos sistemas correspondentes a ser feita pelo Grupo Executivo da Reforma Administrativa.

SEÇÃO III

Das unidades de administração geral nas Regionais de Saúde da Coordenadoria de Saúde da Comunidade

ARTIGO 149 - A Divisão de Pessoal e Serviços do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo compreende:

- I - Diretoria;
- II - Seção de Pessoal, com:
 - a) Setor de Prontuários;
 - b) Setor de Frequência e Vantagens;
 - c) Setor de Estudos e Lavratura de Atos;
- III - Seção de Comunicações, com:
 - a) Setor de Protocolo e Expediente;
 - b) Setor de Arquivo;
- IV - Seção de Serviços Gerais

ARTIGO 150 - A Divisão de Finanças do Departamento Regional de Saúde de São Paulo, tem as atribuições, estrutura e organização dadas pelo Decreto nº 50.913, de 25 de novembro de 1968.

ARTIGO 151 - Os Serviços de Administração das Regionais de Saúde de São Paulo Exterior, de Campinas, de Ribeirão Preto e de Bauru, tem a seguinte estrutura:

- a) Diretoria;
- b) Seção de Pessoal;
- c) Seção de Comunicações;
- d) Seção de Serviços Gerais

ARTIGO 152 - Os Serviços de Administração das Regionais de Saúde do Vale do Paraíba, de Sorocaba, de São José do Rio Preto, de Araçatuba e de Presidente Prudente, tem a seguinte estrutura:

- a) Diretoria;
- b) Seção de Pessoal;
- c) Seção de Comunicações;
- d) Seção de Serviços Gerais;
- e) Seção de Finanças.

ARTIGO 153 - Às Seções de Pessoal compete:

- I - estudar, examinar e informar processos referentes a direitos, vantagens, deveres e ação disciplinar dos servidores do órgão;
- II - manter cadastro de cargos, funções e carreiras, por salário, distribuição geográfica, categoria, regime jurídico, afastamento e vantagens em geral;
- III - manter cadastro de órgãos e unidades sanitárias quanto à classificação e distribuição de pessoal;
- IV - manter registros de dados pessoais e relativos à vida funcional do Pessoal da Região, apurar tempo de serviço dos servidores e instruir as promoções;
- V - lavrar termos de posse e exercício, atos de vantagens em geral e específicas dos servidores, contratos, e de guias para exame de saúde, a notações em carteiras de trabalho e outros similares;
- VI - manter registro e controle de frequência; elaborar folha e atestados de frequência; controlar a assiduidade, os regimes de trabalho, o cumprimento da escala de férias, a prestação de serviços extraordinários;
- VII - elaborar atos em decorrência de leis, decretos, regulamentos ou despacho superior; elaborar apostilas; extratos para publicação no órgão de imprensa oficial, expedir títulos.

VIII - executar os atos administrativos necessários ao recrutamento e seleção de pessoal, na medida de que for delegado à Regional.

ARTIGO 154 - Às Seções de Comunicações compete:

- I - receber, protocolar, classificar, registrar, distribuir e controlar os processos e papéis;
- II - prestar informações relativas ao andamento e localização de processos e demais documentos;
- III - redigir e preparar correspondência e informações, certidões e outros atos;
- IV - expedir correspondência e documentos e remeter processos, receber e distribuir correspondência;
- V - receber, guardar e conservar em ordem, processos, coleções de decretos, atos, portarias e demais papéis, dar "vistas" no próprio local a processos arquivados, desde que autorizado por autoridade competente; atender às requisições de processos.

ARTIGO 155 - Às Seções de Serviços Gerais compete:

- I - conservar, reparar e controlar bens móveis e instalações; numerar e cadastrar e controlar o material permanente;
- II - manter vigilância diurna e noturna na sede e onde lhe for determinado; fiscalizar as instalações elétricas, hidráulicas e de gás da sede e de outros locais que lhe forem determinados; zelar pela limpeza; manter vigilância permanente nos locais de entrada e saída e nos de maior concentração de público; manter a entrada do edifício, servidor para prestar informações ao público; providenciar cartazes explicativos de horário e disposição das dependências;
- III - promover a aquisição de material na medida de que lhe for delegado; efetuar o registro de fornecedores; examinar a regularidade das licitações; inspecionar e liberar os materiais adquiridos diretamente;
- IV - receber o material adquirido e estocar o de consumo mais frequente; distribuir material, fornecer dados para as licitações e elaboração de requisições a órgãos centrais de compra; escriturar, em fichas apropriadas, as quantidades do material recebido e distribuído; elaborar balancetes mensais e inventários anuais do material sob sua guarda.

ARTIGO 156 - As tarefas de administração de transportes serão provisoriamente executadas na forma determinada pelos Diretores das Divisões de Administração, até sua organização nos termos do Decreto nº 51.668, de 10 de abril de 1969.

ARTIGO 157 - As unidades de Finanças tem as atribuições, organização e competências dadas pelo Decreto nº 50.913, de 25 de novembro de 1968.

TÍTULO III

Dos Fundos Especiais

ARTIGO 158 - Os Fundos Especiais da Secretaria da Saúde ficam vinculados na seguinte conformidade:

- I - Fundo de Educação Sanitária e Imunização em Massa contra Doenças Transmissíveis (FESIMA), ao Secretário de Estado;
- II - Fundo de Erradicação da Malária e Profilaxia da Doença de Chagas, à Divisão de Combate a Vetores, do Departamento de Saneamento da Coordenadoria de Saúde da Comunidade;
- III - Fundo de Pesquisas do Instituto Butantan, ao Instituto Butantan da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados;
- IV - Fundo de Pesquisas do Instituto de Cardiologia, ao Instituto de Cardiologia, da Coordenadoria de Assistência Hospitalar;
- V - Fundo de Pesquisas do Instituto Adolfo Lutz, ao Instituto Adolfo Lutz, da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados;
- VI - Fundo de Pesquisas do Instituto de Pesquisas Clemente Ferreira, à Divisão de Tisiologia e Pneumologia Sanitária do Instituto de Saúde da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados;
- VII - Fundo de Pesquisas Científicas do Departamento de Dermatologia Sanitária, à Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, do Instituto de Saúde, da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados;
- VIII - Fundo de Pesquisas do Instituto Pasteur, ao Instituto Pasteur, da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados;
- IX - Fundo de Pesquisas do então Departamento de Assistência a Psicopatas, à Coordenadoria de Saúde Mental;
- X - Fundo de Puericultura, à Divisão de Saúde Materna e da Criança, do Instituto de Saúde, da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados.

Parágrafo único - O Fundo de Proteção à Maternidade e à Infância a que se referem o Decreto 27.498, de 19 de fevereiro de 1954 e a Lei nº 9.303, de 15 de abril de 1966, passa a integrar, com suas finalidades, recursos orçamentários e outros o Fundo de Puericultura referido no item X deste artigo.

TÍTULO IV

Das Disposições Finais

ARTIGO 159 - A Campanha de Erradicação da Varíola (C.E.V.), instituída pelo Decreto nº 49.021, de 30 de novembro de 1967, diretamente subordinada ao Secretário de Estado, executa o seu programa em estreito entrosamento com a Coordenadoria de Saúde da Comunidade, a qual competem as atividades das fases de consolidação e de manutenção da Campanha.

* Veja Decreto-lei nº 232 de 17.4.70.

** Veja Decreto de 06.11.1970.

ARTIGO 160 - Fica diretamente subordinada ao Secretário de Estado da Saúde, a Campanha de Combate à Esquistossomose (CACESQ), instituída pelo Decreto nº 50.081, de 24 de julho de 1968, cuja programação e execução da atividade, no âmbito da Secretaria serão realizadas em estreito entrosamento com as Coordenadorias de Saúde da Comunidade e de Serviços Técnicos Especializados, visando, com o aproveitamento de recursos técnicos humanos e materiais das mesmas, alcançar o máximo rendimento.

ARTIGO 161 - As unidades sanitárias e hospitalares da Secretaria da Saúde constituem campo de trabalho de pesquisa aplicada no Instituto de Saúde e de outras unidades da Secretaria, devendo prestar-lhes a necessária colaboração para desenvolvimento dos programas estabelecidos.

ARTIGO 162 - Ficam extintos os órgãos não referidos na estrutura da da por este decreto e que, até a presente data, subordinavam-se diretamente:

I - ao Secretário de Estado; e

II - aos Coordenadores.

§ 1º - Poderão ser mantidos até o fim do presente exercício, órgãos cuja extinção está prevista neste artigo, desde que, a juízo do Secretário da Saúde, seja considerada conveniente a sua permanência na fase de instalação das unidades regionais.

§ 2º - Ficam transferidas aos órgãos constantes da atual estrutura, as atribuições e competências dos órgãos extintos, incorporados ou transformados.

ARTIGO 163 - O detalhamento da estrutura constante do presente Decreto será proposto pelos respectivos dirigentes de órgãos à medida em que forem sendo implantadas as unidades.

ARTIGO 164 - O presente decreto será regulamentado por ato do Secretário de Estado.

ARTIGO 165 - Ficam mantidas, no que não colidirem com o presente decreto, as disposições dos decretos números 49.167, de 29 de dezembro de 1967; nº 49.279, de 6 de fevereiro de 1968; nº 50.192, de 13 de agosto de 1968; nº 50.332, de 12 de setembro de 1968; nº 50.404, de 23 de setembro de 1968; nº 50.596, de 29 de outubro de 1968; nº 50.8555, de 18 de novembro de 1968 e nº 50.912, de 25 de novembro de 1968.

ARTIGO 166 - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

ARTIGO 167 - Revogam-se as disposições em contrário.

Palácio dos Bandeirantes, 16 de julho de 1969

ROBERTO COSTA DE ABREU SODRÉ

Luis Arrôbas Martins, Secretário da Fazenda e Coordenador da Reforma Administrativa.

Walter Sidnei Pereira Leser, Secretário da Saúde Pública.

Publicado na Casa Civil, aos 10 de julho de 1969.

Maria Angélica Galiuzzi, Responsável pelo S.N.A.

DECRETO Nº 16.545, DE 26 DE JANEIRO DE 1981

Reestrutura e dispõe sobre as atribuições dos Distritos Sanitários e Centros de Saúde, transforma unidades da Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria da Saúde e dá providências correlatas

PAULO SALIM MALUF, GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições legais e com fundamento no artigo 89 da Lei nº 9.717, de 30 de janeiro de 1967,

Decreta:

SEÇÃO I

Da Classificação dos Centros de Saúde

Artigo 1º - Os Centros de Saúde, de acordo com a complexidade das atividades que lhes sejam cometidas e dos serviços complementares que ofereçam a outras unidades sanitárias, serão classificados nos seguintes níveis:

I - Centro de Saúde I - C.S. I, capacitado para executar todas as atividades previstas nas programações de saúde e de saneamento, incluindo as várias áreas especializadas e para dar cobertura total a outros Centros de Saúde;

II - Centro de Saúde II - C.S. II, capacitado para executar todas as atividades básicas das programações de saúde e de saneamento e para dar a outros Centros de Saúde cobertura não especializada, contando, quando identificada a necessidade, com recursos para atuar e dar cobertura em uma ou mais especialidades.

III - Centro de Saúde III - C.S. III, capacitado para desenvolver todas as atividades básicas das programações de saúde e de saneamento.

SEÇÃO II

Da Estrutura

Artigo 2º - Os Distritos Sanitários, unidades com nível de Divisão Técnica, passam a ter, cada um, a seguinte estrutura:

- I - Diretoria;
- II - Grupo Técnico;
- III - Centros de Saúde;
- IV - Setor de Administração.

§ 1º - Os Grupos Técnicos são unidades multiprofissionais com nível de Serviço Técnico.

§ 2º - O Secretário de Estado da Saúde fixará, mediante resolução, as áreas de jurisdição dos Distritos Sanitários.

Artigo 3º - O Centros de Saúde I, unidades com nível de Serviço Técnico, têm, cada um, a seguinte estrutura:

- I - Diretoria;
- II - Equipe Consultante Médico-Odontológica;
- III - Equipe de Enfermagem;
- IV - Equipe de Saneamento;
- V - Seção de Administração.

ARTIGO 4º - Os Centros de Saúde II, unidades com nível de Serviço Técnico, têm, cada um, a seguinte estrutura:

- I - Diretoria;
- II - Equipe Consultante Médico-Odontológica;
- III - Setor de Enfermagem.

§ 1º-Cada Centro de Saúde II, contará, ainda, com uma Seção ou um Setor de Administração, de acordo com suas especialidades.

§ 2º-Cada Centro de Saúde II, poderá contar, ainda, quando as condições locais justificarem, com uma Equipe de Saneamento.

Artigo 5º - Os Centros de Saúde III, unidades com nível de Seção Técnica, contem, cada um, com um Setor de Administração.

Artigo 6º - Cada Centro de Saúde deverá contar, ainda, com um Conselho de Comunidade.

Artigo 7º - A implantação das unidades que integrarão a estrutura de cada Centro de Saúde I ou II far-se-á, mediante resolução do Secretário de Estado da Saúde, em atendimento a necessidades locais e de acordo com as disponibilidades de recursos, em especial humanos e materiais.

SEÇÃO III

Das Atribuições

Artigo 8º - Os Distritos Sanitários, unidades básicas para o planejamento da assistência médico-sanitária e das atividades de saneamento, nas respectivas áreas geográficas de atuação, têm as seguintes atribuições:

I - planejar, em conjunto com os Centros de Saúde subordinados, a execução das programações de saúde e de saneamento previstas para a área;

II - acompanhar, avaliar e coordenar a execução dessas programações pelos Centros de Saúde subordinados;

III - promover a coordenação das atividades dos Centros de Saúde com as desenvolvidas por outras entidades que atuem no Setor Saúde;

IV - participar da vigilância epidemiológica;

V - supervisionar o funcionamento dos Centros de Saúde subordinados;

VI - orientar e assistir aos Centros de Saúde subordinados, em todos os aspectos de seu funcionamento;

VII - executar, supletivamente, em caráter excepcional e transitório, em condições especiais ou de emergência, atividades próprias dos Centros de Saúde.

Artigo 9º - Os Centros de Saúde, observados os respectivos níveis de classificação, tem as seguintes atribuições:

I - programar, em conjunto com o respectivo Distrito Sanitário, a execução, segundo a sua classificação, das atividades de saúde e de saneamento previstas nos programas e subprogramas;

II - executar atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças transmissíveis;

III - realizar atendimento médico, especializado e não especializado, e atendimento odontológico;

IV - realizar exames médicos para expedição de atestados ou carteiras de saúde, quando lhes for determinado pela legislação;

V - realizar as imunizações determinadas pelo Programa Nacional de Imunização e pelas Normas Técnicas da Secretaria;

VI - executar as atividades de suplementação alimentar previstas nos programas;

VII - executar ações de enfermagem, de educação para a saúde e de serviço social, incluindo atividades externas e de visitação sanitária;

VIII - proceder à colheita de amostras para exame, encaminhando-as para os laboratórios da rede do Instituto Adolfo Lutz;

IX - executar as ações de saneamento previstas no programa específico da Secretaria.

X - manter entrosamento com outras entidades representativas da Comunidade, para assegurar sua colaboração em programas de promoção e preservação da saúde, bem como para estimular a participação de voluntários nas atividades do Centro.

Parágrafo único - Os Centros de Saúde poderão manter, mediante convênio, extensões de seus serviços, na forma de Postos de Atendimento Sanitário - P.A.S.

SEÇÃO IV

Dos Conselhos de Comunidade

Artigo 10 - Os Conselhos de Comunidade tem por finalidade colaborar no desenvolvimento dos programas de saúde nas respectivas áreas de atuação.

Artigo 11 - Cada Conselho de Comunidade será composto de elementos locais usuários da unidade sanitária e do médico responsável pelo comando do Centro de Saúde.

Artigo 12 - Os Regimentos Internos dos Conselhos de Comunidade serão elaborados por seus membros e aprovados pelo Secretário de Estado da Saúde.

SEÇÃO V

Disposições Finais

Artigo 13 - O Secretário de Estado da Saúde estabelecerá, mediante resolução, as regras de preferência para designação de funcionários ou servidores para funções de serviço público de direção, chefia ou encarregatura de unidades compreendidas na estrutura dos Distritos Sanitários e Centros de Saúde.

Parágrafo único - Até que seja baixada a resolução de que trata este artigo, ficam mantidas, no que couber, as regras previstas no artigo 5º do Decreto nº 7.5555, de 9 de fevereiro de 1976.

Artigo 14 - As unidades a seguir relacionadas ficam transformadas na seguinte conformidade:

I - de Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo - DRS-1 para Departamento de Saúde da Grande São Paulo 1;

II - de Divisão São Paulo-Centro para Departamento de Saúde da Grande São Paulo 2;

III - de Divisão São Paulo-Leste para Departamento de Saúde da Grande São Paulo 3;

IV - de Divisão São Paulo-Sudeste para Departamento de Saúde da Grande São Paulo 4;

V - de Divisão São Paulo-Norte-Oeste para Departamento de Saúde da Grande São Paulo 5;

VI - de Divisão Regional de Saúde de Litoral - DRS-2 para Departamento Regional de Saúde do Litoral;

VII - de Divisão Regional de Saúde do Vale do Paraíba - DRS-3 para Departamento Regional de Saúde do Vale do Paraíba;

VIII - de Divisão Regional de Saúde de Sorocaba - DRS-4 para Departamento Regional de Saúde de Sorocaba;

IX - de Divisão Regional de Saúde de Campinas - DRS-5 para Departamento Regional de Saúde de Campinas;

X - de Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRS-6 para Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto;

XI - de Divisão Regional de Saúde de Bauru - DRS-7 para Departamento Regional de Saúde de Bauru;

XII - de Divisão Regional de Saúde de São José do Rio Preto - DRS-8 para Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto;

XIII - de Divisão Regional de Saúde de Araçatuba - DRS-9 para Departamento Regional de Saúde de Araçatuba;

XIV - de Divisão Regional de Presidente Prudente - DRS-10 para Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente;

XV - de Divisão Regional de Saúde de Marília - DRS-11 para Departamento Regional de Saúde de Marília;

XVI - de Divisão Especial de Saúde do Vale do Ribeira - DEVALE para Departamento Especial de Saúde do Vale do Ribeira.

§ 1º - O Secretário de Estado da Saúde fixará, mediante resolução, as áreas de jurisdição dos Departamentos de Saúde da Grande São Paulo.

§ 2º - O Departamento de Saúde da Grande São Paulo 1 passa a ter, em sua área de jurisdição, as mesmas atribuições conferidas às unidades de que tratam os incisos II, III, IV e V deste artigo.

Artigo 15 - Os atuais Centros de Saúde ficam classificados de acordo com o Anexo que faz parte integrante deste Decreto.

Artigo 16 - Ficam criadas as seguintes unidades sanitárias:

I - 10 (dez) Centros de Saúde I;

II - 15 (quinze) Centros de Saúde II;

III - 10 (dez) Centros de Saúde III.

Artigo 17 - O Secretário de Estado da Saúde fixará, mediante resolução, a localização e a reclassificação, quando for o caso, de Centros de Saúde, respeitadas as quantidades de unidades sanitárias existentes em cada um dos níveis de classificação.

Artigo 18 - Os Departamentos de Saúde e os Departamentos Regionais de Saúde serão reorganizados mediante decreto específico.

Artigo 19 - As funções de serviço público classificadas para efeito de atribuição do "pro labore", previsto no artigo 2º da Lei nº 10.163 de 10 de julho de 1968, com destinação para unidades abrangidas por este Decreto permanecendo inalteradas até a edição de decreto específico disposto sobre sua manutenção, alteração ou extinção.

Artigo 20 - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

ANEXO A QUE SE REFERE O ARTIGO Nº 16.545, DE 26.1.81

Classificação dos Centros de Saúde da Coordenadoria de Saúde da Comunidade
da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

A) REGIÃO DE SAÚDE DA GRANDE SÃO PAULO

D.S. Santa Cecília

Município de São Paulo

CS.I Santa Cecília
 CS.II Vila Anglo-Brasileira
 CS.II Bela Vista
 CS.III N.Senhora do Brasil

D.S. Belenzinho

Município de São Paulo

CS.I Belenzinho
 CS.II Brás
 CS.II Mooca
 CS.II Pari
 CS.II Vila Oratório
 CS.III Belém - Água Rasa
 CS.III Vila Bertoga

D.S. Vila Mariana

Município de São Paulo

CS.I Vila Mariana
 CS.II Indianópolis
 CS.II Vila Olímpia
 CS.II Meninópolis
 CS.III Itaim Bibi
 CS.I Vila Maria
 CS.II Carandiru
 CS.III Jardim Japão
 CS.III Vila Guilherme
 CS.III Vila Izolina Mazzei
 CS.III Vila Leonor
 CS.III Vila Ede

D.S. São Miguel

Município de São Paulo

CS.I São Miguel Paulista
 CS.I Itaquera
 CS.I Itaim Paulista
 CS.I Cidade São Matheus
 CS.II Parque Boturussu
 CS.II Guaianazes
 CS.II Cidade A.E. Carvalho
 CS.II Ermelino Matarazzo
 CS.II Jardim Colonial
 CS.II Parada XV de Novembro
 CS.II Jardim Nordeste

D.S. São Miguel

Município de São Paulo

CS.II Jardim das Oliveiras
 CS.II Parque Boa Esperança
 CS.II Jardim Brasil
 CS.II Parque São Rafael
 CS.II Jardim Carrãozinho
 CS.II Jardim Santo André
 CS.II Cid.Satélite Sta.Bárbara
 CS.II Jardim Tietê
 CS.III Vila Curuçã
 CS.III Cidade Líder
 CS.III Parque Guarani
 CS.III Jardim Penha
 CS.III Jardim Helena
 CS.III Burgo Paulista
 CS.III São Nicolau

D.S. Penha de França

Município de São Paulo

CS.I Penha de França
 CS.I Cangaíba
 CS.I Vila Carrão
 CS.II Vila Formosa
 CS.II Vila Santana
 CS.II Cidade Patriarca
 CS.II Vila Esperança
 CS.II Arthur Alvim
 CS.II Itaquera
 CS.II Vila Dalila
 CS.II Vila Matilde
 CS.II Vila Nova Manchester
 CS.II Vila Nova York
 CS.II Vila Olinda
 CS.II Vila Santo Estevão
 CS.II Vila Antonieta
 CS.II Jardim IV Centenário
 CS.II Vila Granada
 CS.III Chácara Santo Antonio
 CS.III Engenheiro Goulart
 CS.III Engenheiro Trindade
 CS.III Parque São Jorge
 CS.III Tatuapé
 CS.III Vila Aricanduva
 CS.III Vila Carrão
 CS.III Vila Guilhermina
 CS.III Vila Santa Izabel
 CS.III Jardim Fernandes

D.S. Guarulhos

Município de Guarulhos

CS.I Guarulhos

CS.II Guarulhos - P.Cecap (Conj.Pque.

Habitacional Zezinho Magalhães Prado

CS.II Vila Tranquilidade

CS.II Aroldo Veloso

CS.II Vila Galvão

CS.III Gopouva

Município de Arujá

CS.II Arujá

Município de Santa Izabel

CS.II Santa Izabel

D.S. Mogi das Cruzes

Município de Mogi das Cruzes

CS.I Mogi das Cruzes

CS.II Bras Cubas

CS.III Mineração

Município de Ferraz de Vasconcelos

CS.II Ferraz de Vasconcelos

CS.III Vila Santo Antonio

Município de Biritiba Mirim

CS.III Biritiba Mirim

Município de Suzano

CS.II Suzano

Município de Poá

CS.II Poá

Município de Guararema

CS.II Guararema

CS.II Itaquaquecetuba

Município de Salesópolis

CS.II Salesópolis

D.S. Jabaquara

Município de São Paulo

CS.I Jabaquara

CS.II Cupecê

CS.II Cidade Vargas

CS.II Parque Bristol

CS.II Vila Gumerindo

CS.II Vila Moraes

CS.II Vila Mercês

CS.III Bosque da Saúde

CS.III Parque Imperial

CS.III Americanópolis

D.S. Vila Prudente

Município de São Paulo

CS.I Ipiranga

CS.I Vila Prudente

CS.II Vila Alpina

CS.II São João Clímaco

CS.II Vila Reunidas

CS.II Parque Santa Madalena

CS.II Vila Renato

CS.II Jardim Piraguaçu

CS.III Alto do Ipiranga

CS.III Moinho Velho

CS.III Sacomã

CS.III São Vicente de Paula

CS.III Sapopemba

CS.III Vila Califórnia

CS.III Vila Ema

CS.III V.C.A. Ipiranga

CS.III Vila Arapua

CS.III Vila Várzea do Ipiranga

D.S. Santo André

Município de Santo André

CS.I Santo André

CS.II Utinga

CS.III Jardim Camilópolis

Município de Mauá

CS. I Mauá

CS.II Jardim Zaira

CS.III Jardim Santa Maria

Município de Ribeirão Pires

CS.II Ribeirão Pires

CS.III Ouro Fino Paulista

Município de Rio Grande da Serra

CS.I Rio Grande da Serra

D.S. São Bernardo do Campo

Município de São Bernardo do Campo

CS.I São Bernardo do Campo

Município de Diadema

CS.II Diadema

D.S. São Caetano do Sul

Município de São Caetano do Sul

CS.I São Caetano do Sul

D.S. Lapa

Município de São Paulo

CS.I Lapa
 CS.I Perus
 CS.II Vila Pereira Barreto
 CS.II Vila Pirituba
 CS.II Vila Mangalot
 CS.II Vila dos Remédios
 CS.II Lagoa
 CS.II Vila Jaraguá
 CS.II Vila Hamburguesa
 CS.III Chácara Inglesa
 CS.III Vila Anastácio
 CS.III Vila Bonilha
 CS.III Vila Ipojuca
 CS.III Vila Piauí
 CS.III Parque da Lapa
 CS.III Vila Mangalot

D.S. Butantan

Município de São Paulo

CS.I Pinheiros
 CS.II Butantan
 CS.II Real Parque
 CS.II Caxingui
 CS.II Rio Pequeno
 CS.III Monte Kennel
 CS.III São Paulo da Cruz
 CS.III Vila Madalena
 CS.III Vila Borges
 CS.III Vila São Luiz

D.S. Nossa Senhora do Ó

Município de São Paulo

CS.I Nossa Senhora do Ó
 CS.I Casa Verde
 CS.II Vila Carolina
 CS.II Vila Penteado
 CS.II Vila Bancária
 CS.II Vila Guaianazes
 CS.II Vila Brasilândia
 CS.II Vila Nova Cachoeirinha
 CS.II Vila Progresso
 CS.II Vila Santa Maria
 CS.II Vila Souza
 CCS.II Vila Terezinha
 CS.II Vila Parada de Taipas
 CS.III Vila Casa Verde Alta
 CS.III Vila Espanhola
 CS.III Cruz das Almas

D.S. Tucuruvi

Município de São Paulo

CS.I Tucuruvi
 CS.II Santana
 CS.II Jaçanã

CS.II Parque Edu Chaves
 CS.II Jardim Brasil
 CS.II Vila D. Pedro II
 CS.II Vila Mecenas
 CS.II Jardim Peri
 CS.II Vila Antonia
 CS.III Horto Florestal
 CS.III Imirim
 CS.III Santana
 CS.III Tremembé

D.S. Santo Amaro

Município de São Paulo

CS.I Santo Amaro
 CS.I Vila Joaniza
 CS.II Parelheiros
 CS.II Capela do Socorro
 CS.II Campo Limpo
 CS.II Cidade Dutra
 CS.II Vila Arriete
 CS.II Vila das Belezas
 CS.II Vila Prei
 CS.II Jardim Angela
 CS.II Vila Missionária
 CS.II Parque Dorotéia
 CS.III Casa Grande
 CS.III Parque Arariba
 CS.III Vila Constância

D.S. Osasco

Município de Osasco

CS.I Osasco
 CS.II Jardim Helena Maria
 CS.II Jardim D'Abril
 CS.II Km 18
 CS.II Presidente Altino

Município de Barueri

CS.I Barueri
 CS.II Jardim Silveira

Município de Carapicuíba

CS.I Carapicuíba
 CS.II Vila Dirce
 CS.II Carapicuíba (Vila Lourdes)

Município de Itapevi

CS.I Itapevi

Município de Jandira

CS.I Jandira

Município de Santana do Parnaíba

CS.III Santana do Parnaíba

Município de Pirapora do Bom Jesus

CS.III Pirapora do Bom Jesus

D.S. Caieiras

Município de Caieiras

CS.II Caieiras

Município de Franco da Rocha

CS.II Franco da Rocha

Município de Cajamar

CS.II Cajamar

Município de Mairiporã

CS.II Mairiporã

Município de Francisco Morato

CS.II Francisco Morato

D.S. Itapecerica da Serra

Município de Itapecerica da Serra

CS.I Itapecerica da Serra

Município de Taboão da Serra

CS.III Taboão da Serra

Município de Embu

CS.II Embu

Município de Embu-Guaçu

CS.II Embu Guaçu

Município de Juquitiba

CS.II Juquitiba

COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADEGABINETE DO COORDENADORPortaria SS-CG 26, de 15.12.81

O Coordenador de Saúde da Comunidade, nos termos do artigo 34 do Decreto 52.182, de 1.38.68;

Considerando a organização administrativa estabelecida para os Centros de Saúde, pelo Decreto 16.545, de 26 de janeiro de 1981;

Considerando a experiência obtida - desde a implantação das Unidades Administrativas Instituídas pelo Decreto 7.555, de 9.2.76 - com a nova sistemática operacional dos Centros de Saúde, decorrente dos programas e subprogramas para os mesmos concebidos;

Considerando que a conceituação e definição das atividades dos Centros de Saúde, com os aludidos programas e subprogramas, foi complementada com o estabelecimento de metodologia adequada à sua operacionalização e que, conseqüentemente, é necessária definição formal das atribuições de suas Unidades de trabalho e das competências de seus responsáveis;

Considerando, finalmente, o exame e aprovação da matéria pelo Conselho Técnico Consultivo da Coordenadoria de Saúde da Comunidade - C-Co -, em sua 52a. reunião ordinária, estabelece:

Artigo 1º - Incumbe aos Centros de Saúde a prestação de serviços à comunidade, visando a promoção, preservação e recuperação da saúde da população, mediante a execução dos programas e subprogramas de Saúde e Saneamento e ainda atividades de Odontologia Sanitária e de Vigilância Sanitária, segundo as normas dos órgãos centrais e em função das condições de saúde da comunidade.

Parágrafo único - Os Centros de Saúde, de acordo com a complexidade das atividades que lhe sejam cometidas e dos serviços especializados que ofereçam a outras unidades sanitárias, compreendem a seguinte atuação programática:

1 - Os Centros de Saúde I: execução de todas as atividades previstas nas programações de saúde e de saneamento, incluindo as áreas especializadas, operando ainda como retaguarda a outros Centros de Saúde.

2 - Os Centros de Saúde II: execução de todas as atividades básicas das programações de saúde e de saneamento, dando cobertura não especializada a outros Centros de Saúde e contando quando identificada a necessidade, com recursos para atuar como retaguarda em uma ou mais especialidades.

3 - Os Centros de Saúde III: execução de todas as atividades básicas de saúde e saneamento.

Artigo 2º - Nos termos dos artigos 3º, 4º e 5º do Decreto 16.545, de 26.1.81, os Centros de Saúde compreendem, segundo a sua classificação:

I - Centros de Saúde I:

- a) Diretoria;
- b) Equipe Consultante Médico-Odontológica
- c) Equipe de Enfermagem;
- d) Equipe de Saneamento;
- e) Seção de Administração.

II - Centros de Saúde II:

- a) Diretoria;
- b) Equipe Consultante Médico-Odontológica;
- c) Equipe de Enfermagem;
- d) Seção ou Setor de Administração.

III - Centros de Saúde III:

- a) Comando da Unidade local;
- b) Setor de Administração;

Parágrafo 1º - A organização estabelecida pelo Decreto 16.545, de 26.1.81, decorre da variação do grau de complexidade das ações desenvolvidas pelos Centros de Saúde de acordo com a sua classificação, para o cumprimento dos programas enumerados no artigo 1º; nas unidades de menor e a ausência de detalhamento estrutural em determinada área implica na concentração de tais atividades no Comando da Unidade local.

Parágrafo 2º - Os Chefes ou Encarregados das Unidades integrantes da estrutura de cada um dos Centros de Saúde, na forma enumerada neste artigo subordinam-se hierárquica e funcionalmente ao Diretor ou Chefe do Centro de Saúde e este ao Dirigente do respectivo Distrito Sanitário.

Parágrafo 3º - Os níveis de Seção ou Setor de Administração, nos Centros de Saúde II, decorrem das especificidades de cada CS, definido nas Resoluções nºs 34 e 35, publicadas no Diário Oficial de 15.9.81 e nas posteriores, expedidas sobre a matéria.

Parágrafo 4º - Os Centros de Saúde II poderão contar, ainda, com uma Equipe de Saneamento, quando as condições locais justificarem, segundo regramento específico a ser estabelecido.

Artigo 3º - As unidades aludidas no artigo anterior, integrantes da estrutura dos Centros de Saúde, compreendem, principalmente, as seguintes categorias funcionais, sob subordinação direta aos respectivos chefes ou encarregados:

I - Às Equipes Consultantes Médico-Odontológicas: os médicos, dentistas e operadores de Raio-X;

II - Às Equipes e aos Setores de Enfermagem: as enfermeiras, obstetrias, auxiliares de saúde e de enfermagem, quando houver e as visitadoras sanitárias e atendentes;

III - Às Equipes de Saneamento: os Supervisores e Agentes de Saneamento;

IV - Às Seções ou Setores de Administração: os escriturários, motoristas, contínuos, serventes e vigias.

Parágrafo Único - Subordinam-se diretamente ao Diretor ou Chefe do Centro de Saúde, os demais servidores de nível universitário em exercício na Unidade.

Artigo 4º - Incumbe as unidades integrantes da estrutura do Centro de Saúde:

I - Às Equipes Consultantes Médico-Odontológicas:

a) executar consultas médicas especializadas ou não, e consultas odontológicas previstas nos programas de Assistência à Criança, à Gestante e ao Adulto ;

b) executar consultas médicas especializadas ou não, previstas nos subprogramas de Controle de Tuberculose e Hanseníase;

c) executar atendimentos médicos ou odontológicos para fins legais;

d) executar atividades de epidemiologia;

e) executar atendimentos médicos especializados ou não, de outros subprogramas que forem estabelecidos;

f) executar outras atividades que forem atribuídas à Equipe.

II - Às Equipes e aos Setores de Enfermagem:

a) executar as atividades previstas nos programas e subprogramas:

1 - triagem;

2 - atendimento de enfermagem;

3 - pré-consulta e pós-consulta;

4 - vacinação, aplicação de tratamento, interpretação de provas e testes;

5 - visitas domiciliares;

6 - seleção de casos e encaminhamentos para as providências necessárias a convocação de faltosos;

7 - colheita de material de exames complementares;

8 - preparação e esterilização de material necessário ao desenvolvimento das atividades médicas e de enfermagem.

b) executar as ações de enfermagem para funcionamento do fichário de controle de Assistência Médico-Sanitária, segundo os procedimentos estabelecidos;

c) executar as ações de enfermagem para funcionamento do fichário de vacinação, segundo os procedimentos estabelecidos;

d) prover e preparar as salas de atendimento médico e de execução das atividades de enfermagem com material necessário para execução destes atendimentos.

e) supervisionar as atividades de matrícula e de fichário central, na forma estabelecida no Parágrafo Único deste artigo.

f) receber as notificações compulsórias de doenças;

g) participar dos procedimentos relativos à vigilância epidemiológica, de acordo com a orientação do Diretor do CS;

h) executar outras atividades que forem atribuídas à Equipe.

III - Às Equipes de Saneamento:

a) executar as atividades previstas na programação de Saneamento:

- 1 - atendimento para orientação das partes;
- 2 - inspeções e vistorias;
- 3 - colheita de amostras;
- 4 - verificação da documentação contida em processos relativos ao Saneamento;

b) executar as ações para o funcionamento do fichário de controle de saneamento, segundo os procedimentos estabelecidos;

c) executar outras atividades que forem atribuídas à Equipe.

IV - Às Seções ou Setores de Administração:

Nos termos da Deliberação A-Co nº 1 de 26, publicada no Diário Oficial de 27.10.77:

a) Atividades de Comunicação:

1 - receber, protocolar, registrar, distribuir e arquivar processos e papéis, inclusive cópias de boletins em geral;

2 - prestar informações relativas ao andamento e localização de processos, papéis e demais expedientes;

3 - preparar e expedir correspondência e outros documentos próprios da Unidade, transcrever os dados epidemiológicos e de produção para os boletins de estoque;

4 - organizar e manter arquivo de Leis e Decretos, Resoluções, Boletins, Circulares, Ordens de Serviço, Instruções e Normas de Interesse de todas as áreas e

5 - atender requerentes de processos e expedientes em geral e de outros documentos que estejam sob sua guarda.

b) Atividades de Pessoal:

1 - informar expedientes referentes a servidores da Unidade;

2 - orientar os servidores da Unidade quanto a procedimentos referentes a direitos, deveres e responsabilidades funcionais;

3 - manter atualizados os registros pertinentes aos servidores da Unidade;

4 - preparar a proposta da escala de férias dos servidores, ouvidos os responsáveis pelas demais Unidades de trabalho e submetê-la à apreciação de seu dirigente;

5 - manter controle da frequência e registro da presença dos servidores; elaborar folha e atestados de frequência e

6 - controlar o cumprimento dos regimes de trabalho e dos serviços extraordinários, controlar o cumprimento da escala de férias.

c) Atividades de Material e Patrimônio:

1 - promover a aquisição de material, segundo critérios estabelecidos e na medida do que lhe for delegado;

2 - receber e armazenar material, utilizado pela Unidade, controlando sua quantidade e qualidade;

3 - promover a inspeção dos materiais recebidos ou estocados, verificando, quando for o caso, a data de vencimento, prazos de validade e condições de conservação;

4 - guardar os materiais estocados e zelar pela sua conservação;

5 - fornecer os materiais requisitados, pelas várias Unidades específicas de trabalho do Centro de Saúde;

6 - manter atualizados os registros de entrada e saída de materiais, por requisição, remanejamento, baixa e inutilização autorizadas, elaborando a respectiva documentação necessária;

7 - elaborar em tempo hábil, pedidos para formação ou reposição de estoque, controlando o seu atendimento e comunicando à Chefia da Unidade de eventuais atrasos ou dificuldades de fornecimento pelo Departamento de Saúde;

8 - elaborar boletins, inventários físicos e de valor do material estocado;

9 - cadastrar e controlar bens móveis registrando sua localização;

10 - verificar, periodicamente o estado dos materiais permanentes e equipamentos, e solicitar providências para sua manutenção, substituição ou baixa patrimonial;

11 - proceder, periodicamente, inventário dos bens móveis da Unidade; e

12 - promover outras medidas administrativas necessárias à defesa dos bens patrimoniais.

d) Atividades de Transportes:

1 - destinar os veículos oficiais conforme prioridades estabelecidas pelo Dirigente da Unidade;

2 - elaborar escala de serviço dos motoristas em função da programação estabelecida;

3 - promover a guarda, a conservação e manutenção dos veículos da Unidade, bem como o controle dos respectivos gastos;

4 - fazer cumprir as normas gerais e internas e zelar pela utilização adequada de veículos, comunicando eventuais irregularidades; e

5 - exercer outras atribuições próprias de Órgão Detentor do Sistema de Administração de Transportes Internos Motorizados.

e) Atividades de Serviços Gerais:

1 - verificar, periodicamente, o estado de conservação do imóvel, das instalações, móveis e equipamentos e adotar providências para a sua manutenção;

2 - manter vigilância permanente nos locais de entrada e saída ou de maior concentração de público;

3 - zelar pela limpeza das dependências internas e externas, elaborar a escala de serviço e controlando a execução dos trabalhos;

4 - manter a entrada do edifício ou em outro local determinado pela Diretoria da Unidade, servidor para prestar informações preliminares ao público, providenciar cartazes explicativos de horário e disposição das dependências.

f) Atividades de Orçamento e Finanças:

1 - por intermédio do responsável pelos recursos financeiros atribuídos à Unidade, na forma de Adiantamentos, receber e controlar o numerário e aplicá-lo de acordo com os critérios estabelecidos pela Diretoria da Unidade;

2 - manter registro e controle das prestações de contas dos responsáveis por Adiantamentos;

3 - elaborar boletins e documentos de controle da execução orçamentária.

Parágrafo único - As atividades de matrícula e de fichário central serão desenvolvidas sob a supervisão do Chefe da Equipe ou Encarregado do Setor de Enfermagem e sob a coordenação direta do Comando da Unidade, com o seguinte detalhamento:

a) matrícula de clientes, segundo os procedimentos estabelecidos;

b) coleta e registro de dados para elaboração dos Boletins de Produção.

Artigo 5º - Aos Dirigentes, Chefes ou Encarregados, no âmbito dos Centros de Saúde, incumbe:

1 - Responsabilidades Comuns:

a) coordenador, controlar, supervisionar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos seus subordinados, em função do programa de trabalho do Centro de Saúde, participando da execução, sempre que necessário;

b) dar assistência ao seu superior imediato nos assuntos pertinentes à sua área de atuação;

c) participar da elaboração de propostas de escala de férias no que concerne aos servidores que lhe são subordinados;

d) controlar a presença dos servidores que lhe são subordinados;

e) prever e adotar medidas necessárias ao abastecimento e reabastecimento de materiais necessários ao desenvolvimento de atividades sob sua responsabilidade; verificar, periodicamente, o estado e condições de conservação dos equipamentos, materiais permanentes e de consumo de sua Unidade de trabalho e solicitar reparos ou substituição;

f) contribuir para o máximo entrosamento das atividades exercidas nas diversas Unidades de trabalho do Centro de Saúde;

g) propor a execução de adestramento de pessoal e participar dos programas, quando convocado;

h) participar do planejamento e da avaliação dos resultados da execução da programação do Centro de Saúde;

i) cumprir e fazer cumprir Leis, Decretos, Resoluções, Portarias, Normas e decisões superiores;

j) representar a autoridades superiores, sob pena de responsabilidade, a respeito de todas as irregularidades de que tiver conhecimento no exercício de suas funções;

l) promover e dirigir reuniões com seus subordinados, bem como participar daquelas para as quais for convocado.

II - Responsabilidades específicas:

a) do dirigente ou responsável pelo Comando do Centro de Saúde:

1 - promover o entrosamento com os demais recursos da Comunidade, de interesse para a saúde da população;

2 - responder perante seus superiores pela qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados pelo Centro de Saúde sob seu Comando;

3 - divulgar e esclarecer junto aos seus subordinados, em reuniões especialmente convocadas, Instruções, Normas, Portarias, Resoluções e Leis relacionadas com a estrutura e funcionamento do Centro de Saúde;

4 - coordenar as atividades do fichário central;

5 - adotar as providências exigidas pela Legislação Sanitária vigente, no limite de sua competência;

6 - promover e responder pela vigilância sanitária;

7 - promover e responder pela vigilância epidemiológica;

8 - zelar pela higiene, segurança e conforto no trabalho de seus subordinados;

9 - promover a consolidação dos dados de produção das Unidades de trabalho do Centro de Saúde, dando-lhes o encaminhamento devido;

10 - submeter, diretamente ao Diretor do respectivo Departamento de Saúde, os recursos às suas decisões em matéria de saneamento;

11 - promover, periodicamente, a inspeção dos materiais estocados, verificando, quando for o caso, o estado, prazos de validade e condições de conservação, observadas as normas específicas, notadamente quando se tratar de

suplementos alimentares, medicamentos, soros, vacinas e antígenos;

12 - coordenar os trabalhos do Conselho da Comunidade;

13 - praticar outros atos de administração que lhe forem delegados.

b) do Chefe da Equipe Consultante Médico-Odontológica:

1 - substituir o Diretor do Centro de Saúde por ocasião de seus impedimentos, observadas as normas legais;

2 - auxiliar o Diretor do Centro de Saúde na coordenação das atividades de epidemiologia e estatística;

3 - designar médico ou dentista da Unidade para substituir profissionais ausentes, na execução de atividades para eles agendadas e, se for o caso, substituir médico ausente;

4 - designar médico para os exames periciais atribuídos ao CS e para assistência a presos na cadeia pública local;

5 - supervisionar a distribuição dos atendimentos eventuais, com a proveitamento da carga horária disponível, especialmente na ocorrência de faltosos ao agendamento;

6 - diligenciar para que seus subordinados registrem adequadamente os dados relativos aos atendimentos por eles realizados;

7 - coletar, conferir e encaminhar para consolidação, os dados de produção das atividades sob sua responsabilidade;

8 - dar atendimento médico quando necessário e em caráter supletivo.

c) do Chefe da Equipe de Enfermagem e do Encarregado do Setor de Enfermagem:

1 - elaborar a escala de serviço do pessoal de enfermagem, para as atividades externas e internas do Centro de Saúde;

2 - adequar a escala de serviço em decorrência de faltas de servidores da unidade de trabalho sob sua responsabilidade;

3 - ordenar o rodízio do pessoal de enfermagem nas atividades internas e externas;

4 - selecionar, agendar e distribuir, entre as Visitadoras Sanitárias, as visitas domiciliares a serem executadas;

5 - verificar sistematicamente os registros das atividades executadas pelo pessoal de enfermagem;

6 - responder pelo adequado funcionamento dos fichários de controle e de vacinação;

7 - reunir, conferir e encaminhar para consolidação, os dados de produção relativos às atividades sob sua responsabilidade;

8 - manter o controle das atividades de preparo e esterilização de material e do preparo das salas de execução das atividades médicas e de enfermagem;

9 - selecionar e executar atividades de enfermagem de acordo com as prioridades, necessidades e características de cada caso;

10 - verificar, sistematicamente, as condições de conservação, das datas de vencimento e prazos de validade dos medicamentos, soros, vacinas antígenos e suplementos alimentares existentes no CS;

11 - receber as notificações compulsórias e participar dos procedimentos relativos à vigilância epidemiológica de acordo com orientação do Diretor do CS;

12 - promover constante treinamento em serviço, do pessoal sob sua responsabilidade.

d) do Chefe da Equipe de Saneamento:

1 - elaborar a escala do pessoal de saneamento para os vários setores da área de jurisdição do Centro de Saúde, determinando, periodicamente, o rodízio dos mesmos;

2 - organizar escala de permanência na sede, para atividades de atendimento durante o horário de funcionamento da Unidade, em periodicidade estabelecida pelo Diretor do CS;

3 - adequar as escalas de serviço, em decorrência de faltas de servidores da Unidade de trabalho sob sua responsabilidade;

4 - selecionar, agendar e distribuir, entre os subordinados, as atividades externas a serem executadas de acordo com o programa de Saneamento e outras programações específicas recebidas;

5 - providenciar e controlar as colheitas de amostras de alimentos e águas minerais, de forma a que sejam executadas exclusivamente segundo programações, ordens ou instruções recebidas;

6 - verificar, sistematicamente, os registros das atividades de saneamento e responder pelo adequado funcionamento do fichário de controle;

7 - executar os procedimentos necessários ao cumprimento da legislação sanitária e vigilância sanitária no limite de sua competência local;

8 - encaminhar ao Diretor do CS, para decisão ou prosseguimento os expedientes ou processos relativos à área de saneamento, com manifestação conclusiva quanto à regularidade, forma e à propriedade técnica;

9 - analisar os relatórios diários de serviço de pessoal da equipe, encaminhando-os à Seção de Administração, para registro da frequência, se aprovado;

10 - coletar, conferir e encaminhar para consolidação os dados de produção das atividades sob sua responsabilidade;

11 - praticar outros atos de administração que lhe forem atribuídos.

e) do Chefe ou Encarregado de Seção ou Setor de Administração:

1 - promover a organização das atividades de administração geral do CS a que se refere o inciso IV do artigo 4º desta Portaria, distribuindo as tarefas e estabelecendo os fluxos internos indispensáveis às formalizações previstas;

2 - verificar, sistematicamente, o cumprimento das normas e rotinas estabelecidas;

3 - verificar, sistematicamente, a propriedade dos registros previstos em cada área de atividade administrativa e, especialmente, os registros de ponto e de frequência, os de controle de material e os de controle de utilização de viaturas;

4 - selecionar, agendar e distribuir entre os seus subordinados, as atividades internas e externas a serem executadas;

5 - encaminhar ao Diretor do CS, para decisão ou prosseguimento os expedientes ou processos relativos à área de Administração Geral, com manifestação conclusiva quanto à regularidade formal e à propriedade administrativa;

6 - praticar outros atos de administração geral que lhe forem atribuídos.

Artigo 7º - São competências do responsável pelo Comando do Centro de Saúde;

I - classificar ou reclassificar os servidores do Centro de Saúde, entre as áreas de trabalho na Unidade;

II - autorizar a requisição, distribuição, redistribuição ou reparos de materiais, observadas as normas pertinentes;

III - indicar servidor responsável pelos adiantamentos atribuídos ao Centro de Saúde;

IV - decidir quanto às prioridades relativas ao uso de viaturas;

V - decidir quanto às prioridades de aplicação dos recursos de adiantamentos e autorizar as despesas respectivas;

VI - orientar a organização da escala de férias dos servidores do Centro de Saúde e subscrever a respectiva proposta para encaminhamento ao Distrito Sanitário;

VII - verificar a frequência e a permanência dos funcionários em exercício no Centro de Saúde, assinalando no respectivo livro-ponto as ausências verificadas;

VIII - exercer o poder disciplinar sobre todos os servidores do Centro de Saúde, quer lhe sejam direta, ou indiretamente subordinados e aplicar penalidades de repreensão e suspensão, esta limitada a 8 dias (artigo 260-V - Estatuto);

IX - opinar quanto às alterações das disponibilidades de recuros humanos, nos pedidos de licença-prêmio, de gozos de férias indeferidas em outro exercício, de licença sem vencimentos, bem como nos de remanejamento ou transferência;

X - analisar os gastos feitos, à conta de adiantamento, no Centro de Saúde;

XI - abonar faltas, até o máximo de seis por ano, por motivo de moléstia comprovada mediante apresentação de atestado médico no primeiro dia subsequente (artigo 110 I 1º do Estatuto e I 3º do artigo 325 da CLT);

XII - justificar faltas até doze por ano, submetendo ao seu superior as faltas que excederem este número (artigo 265 - RGS);

XIII - autorizar a retirada durante o expediente nos limites vigentes quais sejam:

a) para recebimento de vencimentos ou salários em agência bancária por período não excedente de duas horas (Decreto 6.238, de 10 de junho de 1975);

b) por motivo justo, temporária ou definitivamente e por período não excedente a duas horas, com a devida compensação no mesmo dia, ou nos dias subsequentes, podendo exigir o respectivo comprovante (artigo 275 e II do RGS).

XIV - verificar o cumprimento do horário de servidor estudante, mediante comprovante apresentado pelo interessado (Decreto nº 52.532 de 5 de maio de 1972);

XV - exercer outras competências que lhe forem conferidas ou delegadas.

Artigo 7º - Aos Chefes das Equipes Consultantes Médico-Odontológicas e das Equipes de Enfermagem e de Saneamento, aos Encarregados dos Setores de Enfermagem, bem como aos Chefes das Seções ou Encarregados dos Setores de Administração do Centro de Saúde, compete:

I - verificar a frequência e a permanência dos funcionários da sua Unidade, assinalando no respectivo livro-ponto, as ausências verificadas;

II - exercer o poder disciplinar sobre os servidores que lhe sejam diretamente subordinados e aplicar penalidades de repreensão e suspensão, limitada esta a 8 dias;

III - ordenar a distribuição interna do trabalho de seus subordinados, segundo as necessidades da programação e estabelecer, quando for o caso, escala de serviço para as atividades externas ou emergenciais;

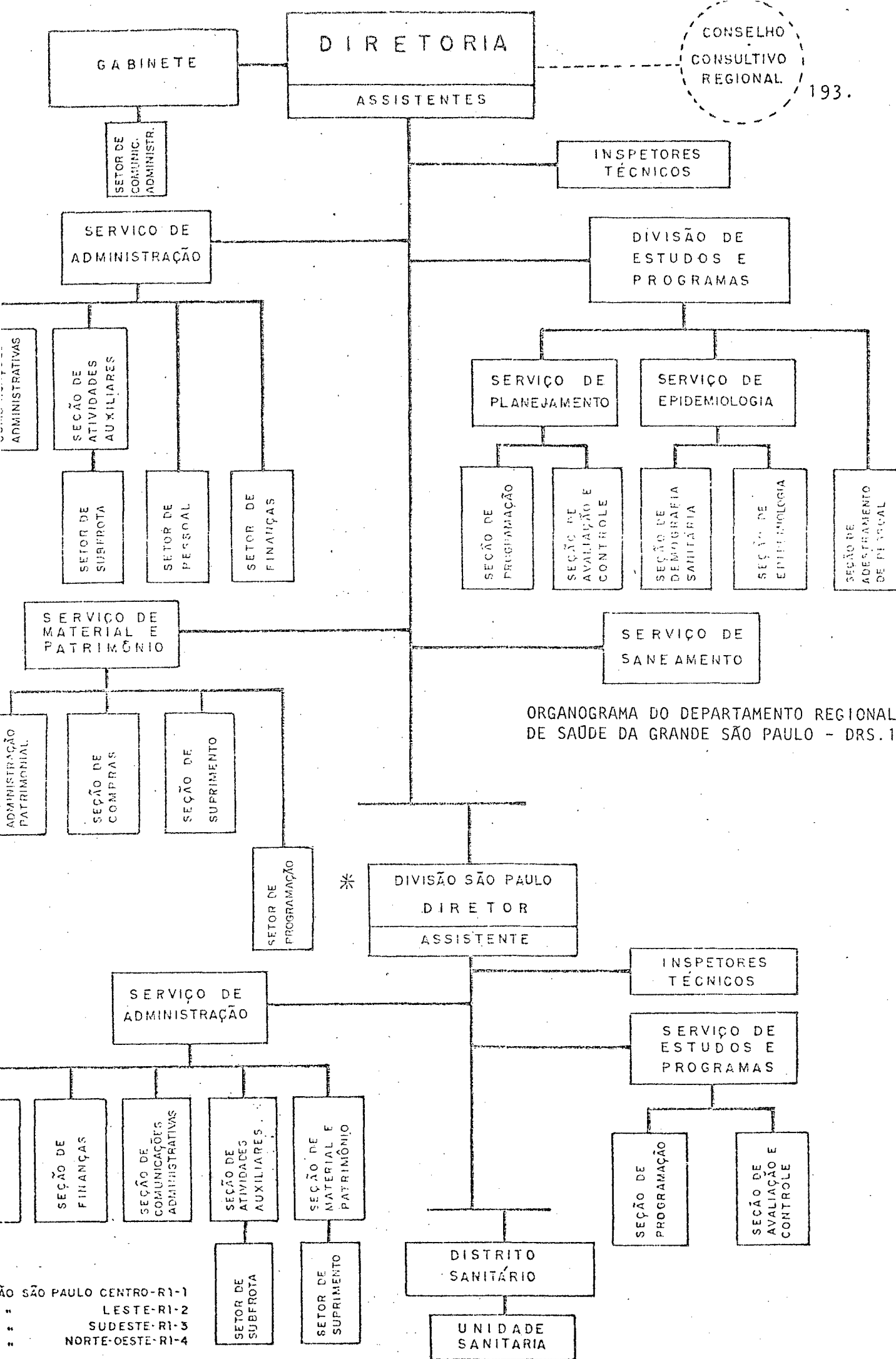
IX - exercer em relação aos seus subordinados, as competências enumeradas nos incisos XI, XII, XIII e XIV do artigo anterior;

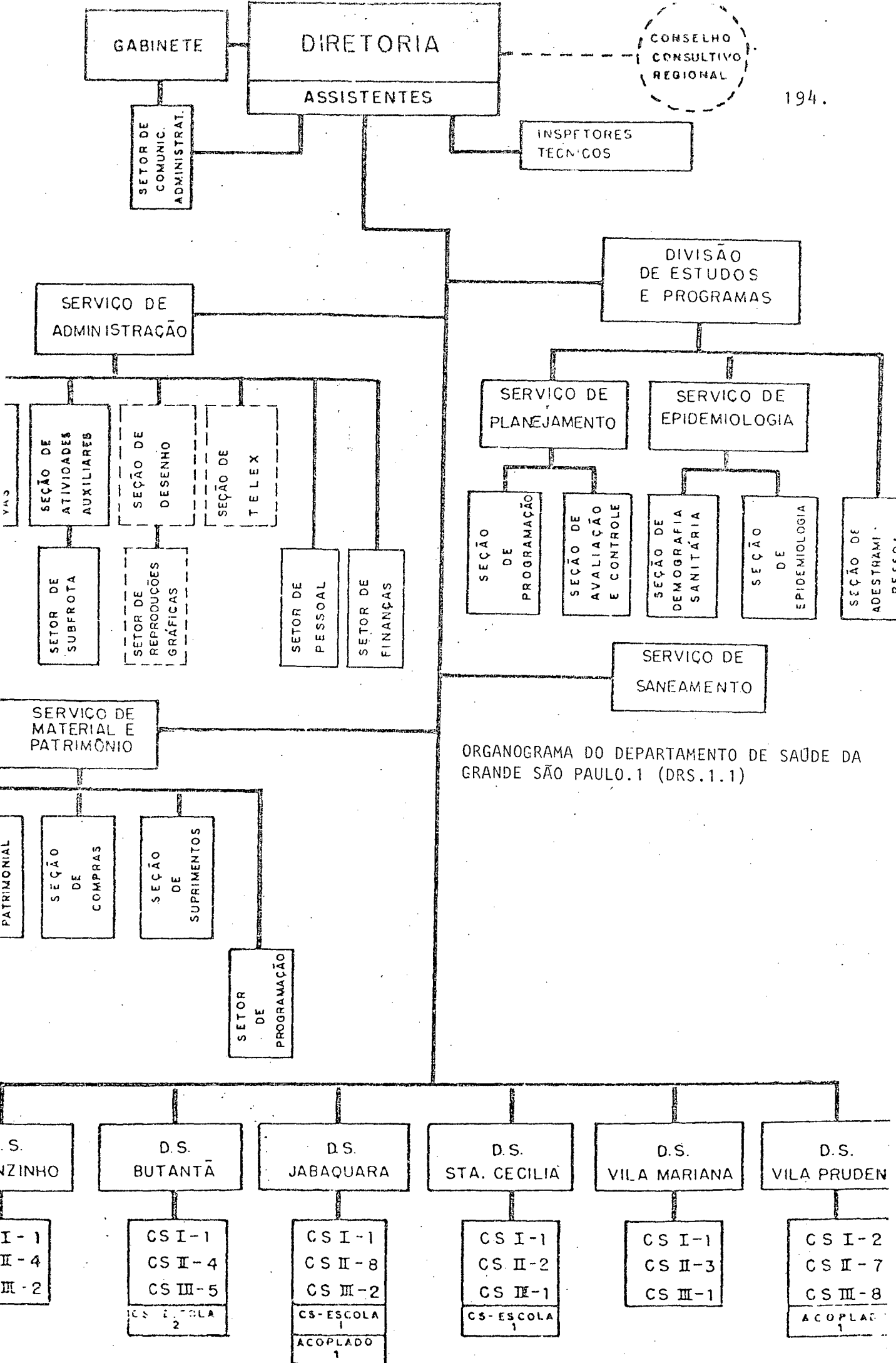
V - exercer outras competências que lhe forem conferidas ou delegadas.

Artigo 8º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário estabelecidas no âmbito desta Coordenadoria.

ANEXO 2

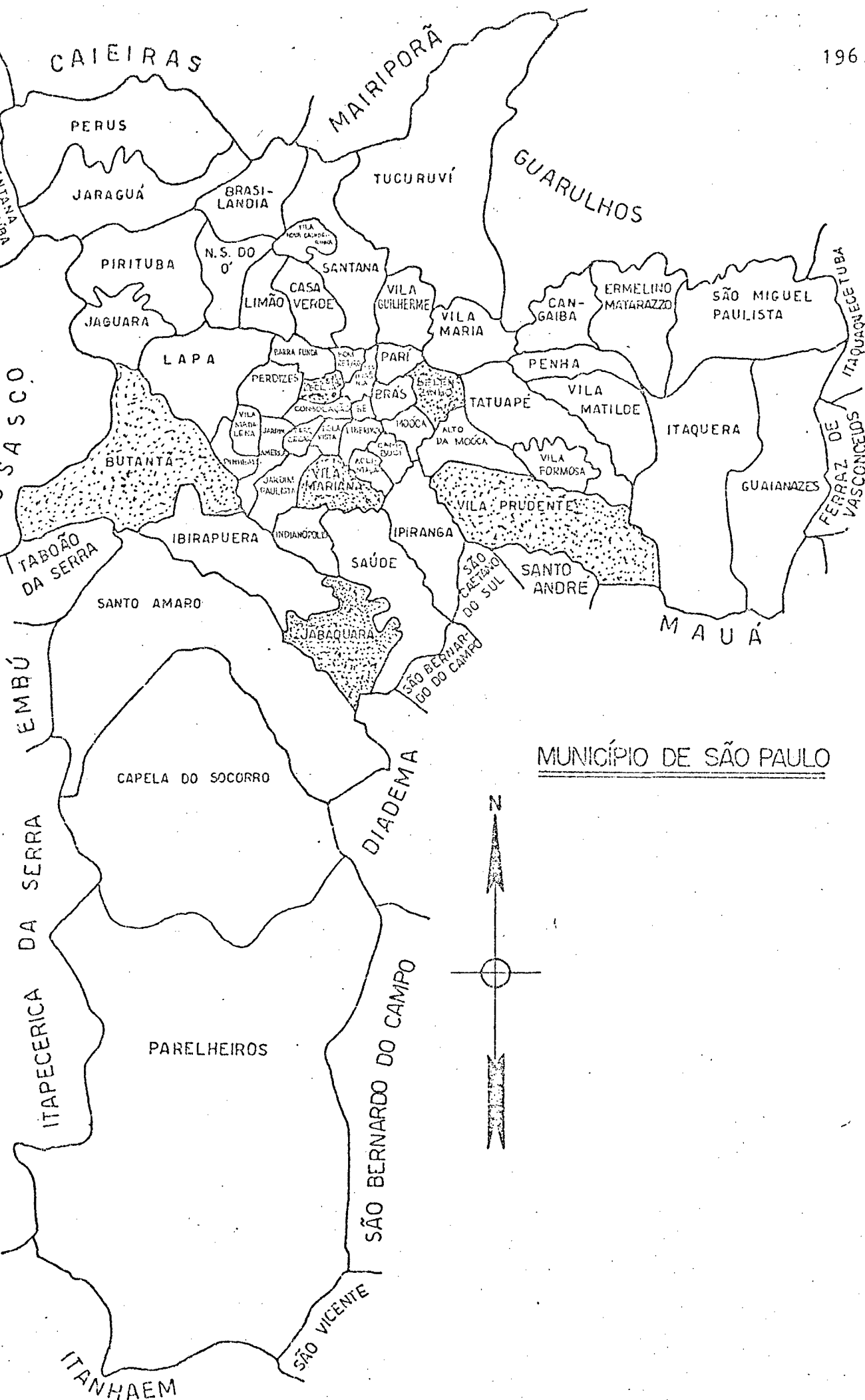
ORGANOGRAMAS



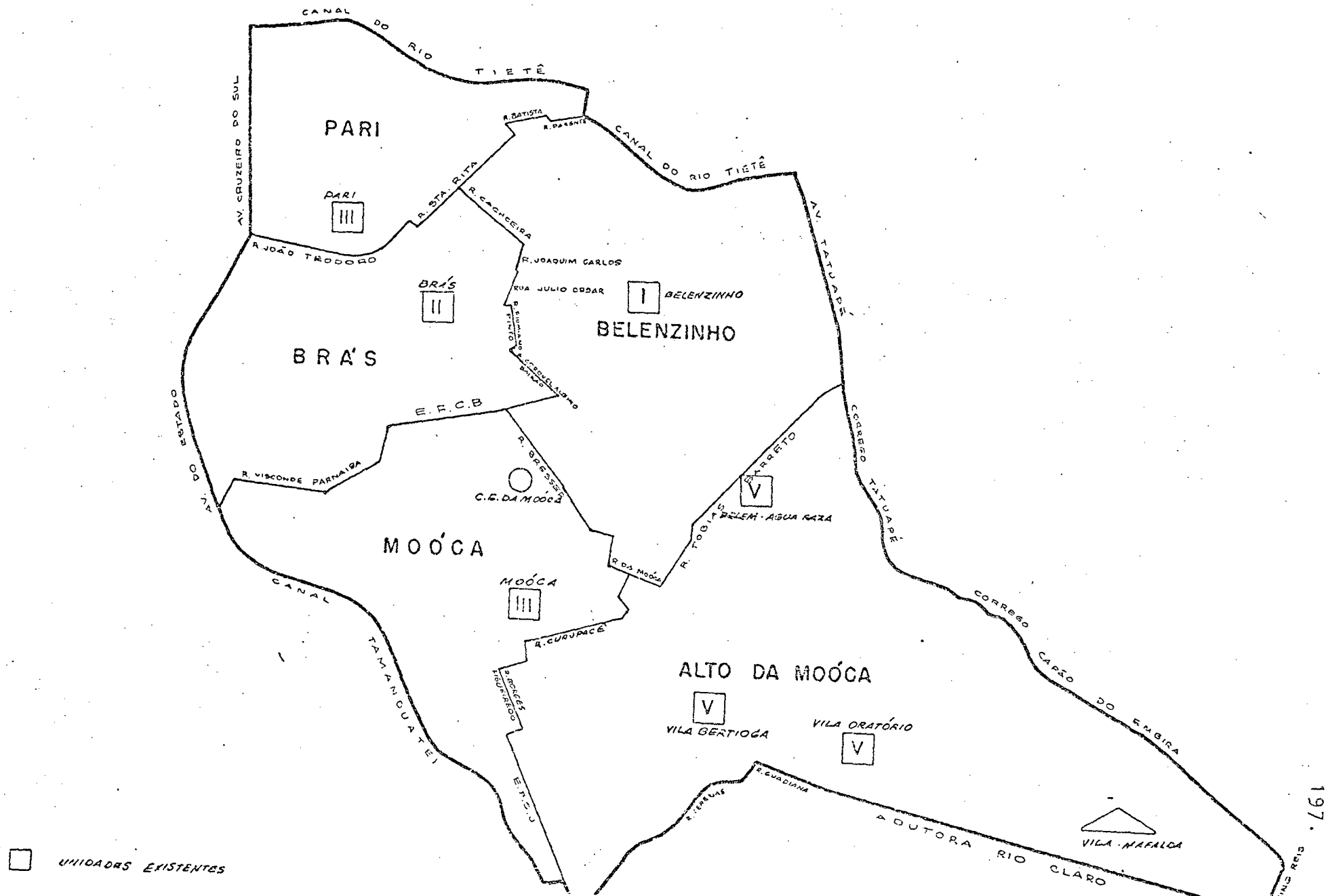


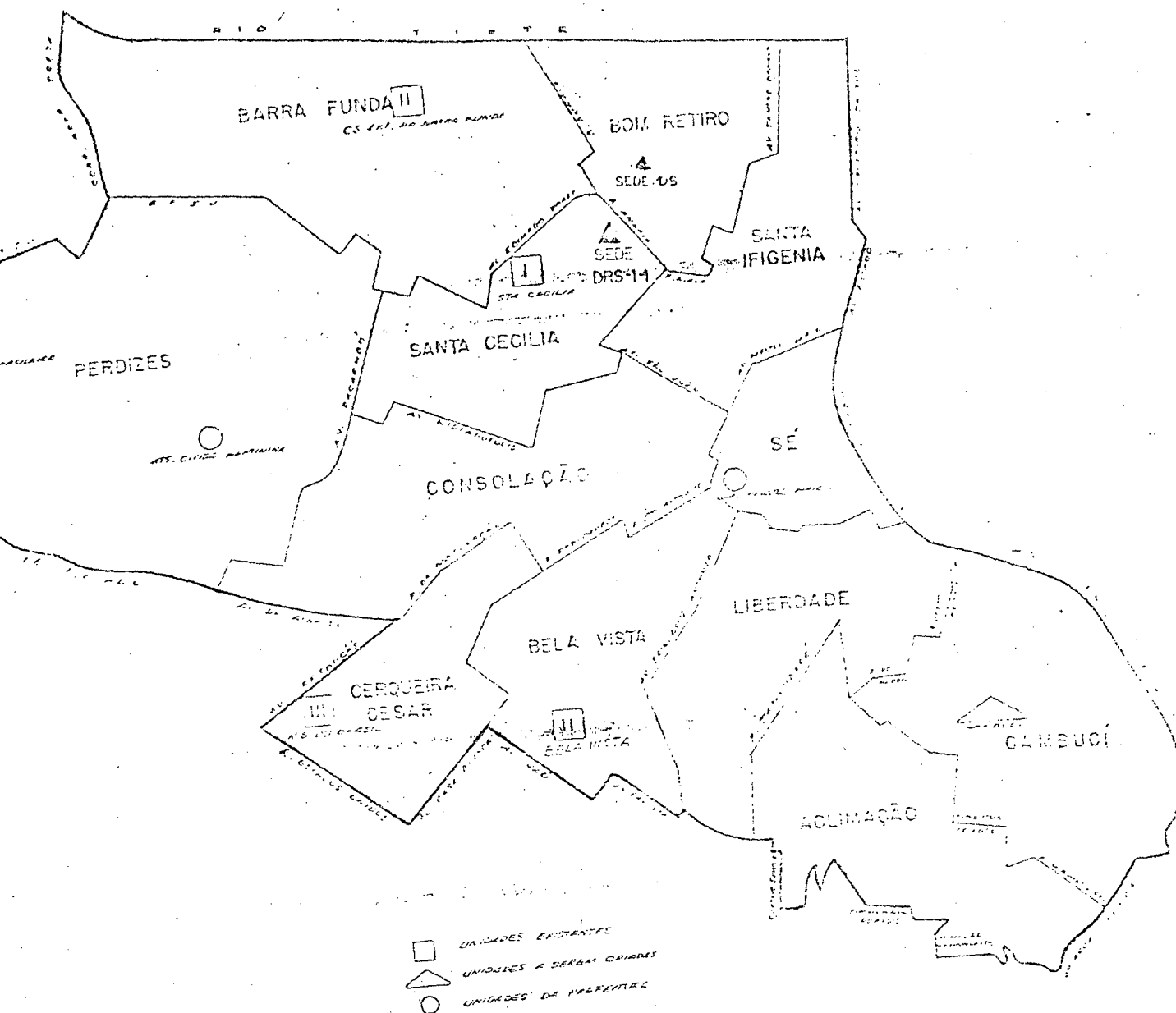
ANEXO 3

M A P A S

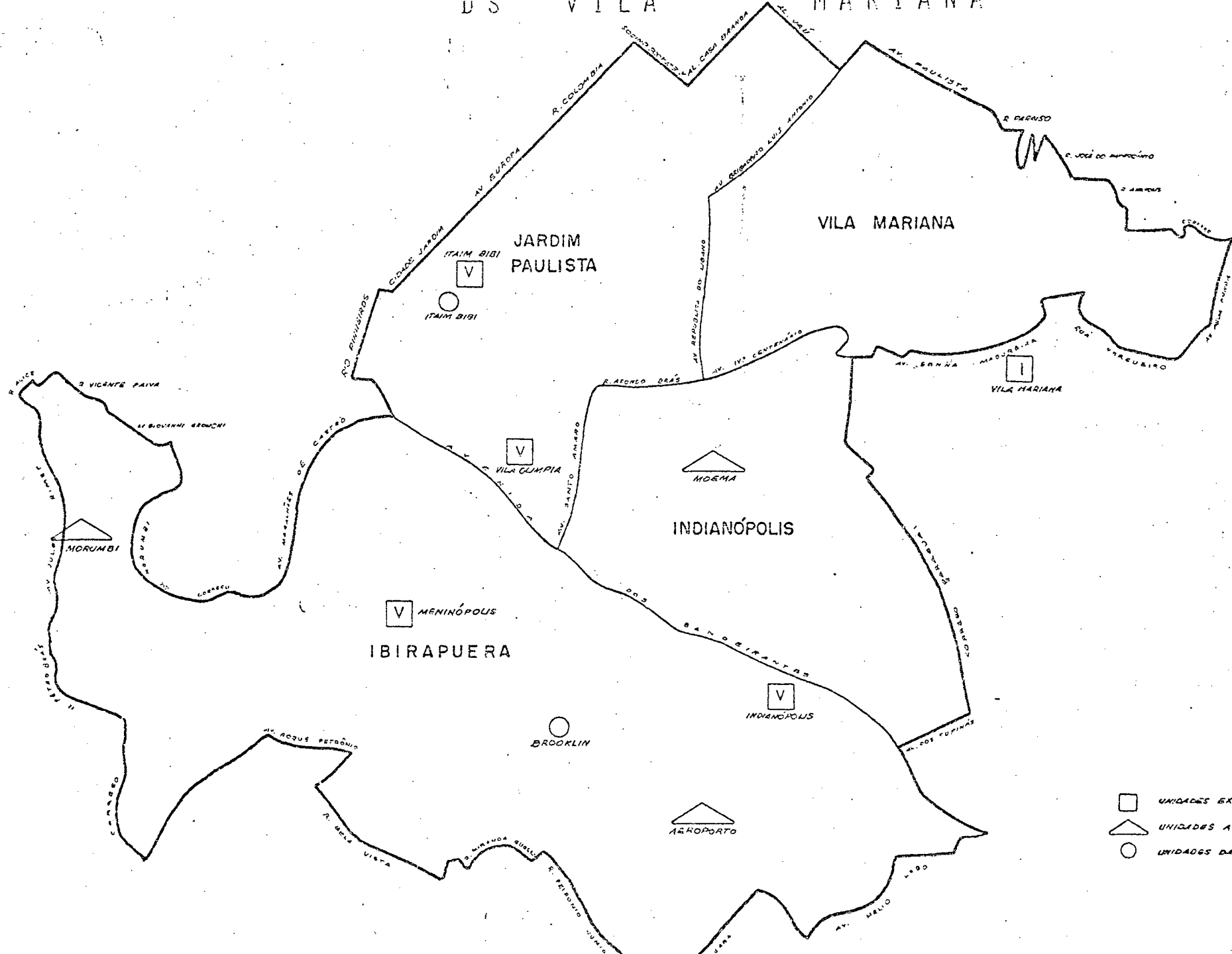


MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

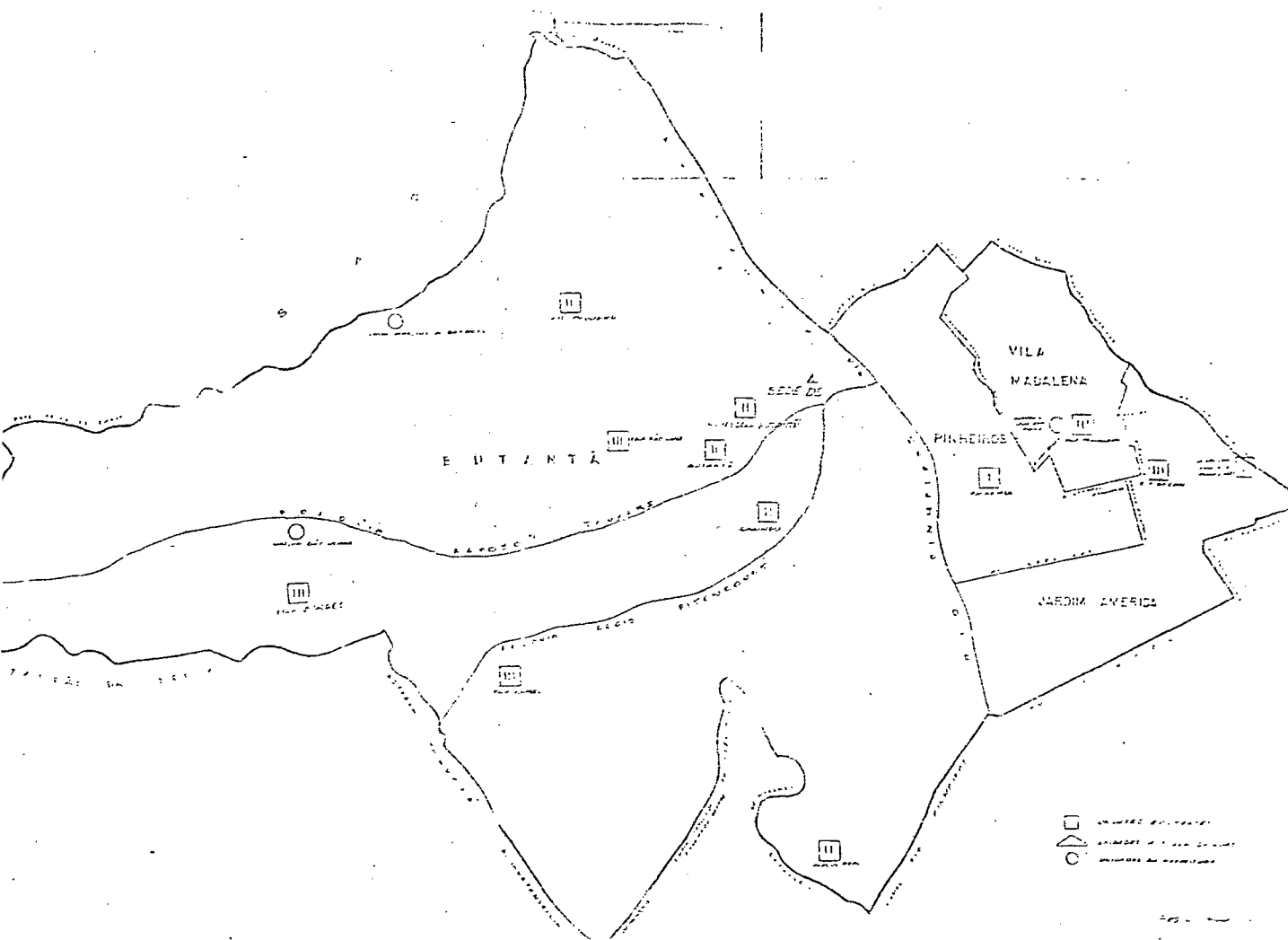




U S V I L A  M A N I A N A

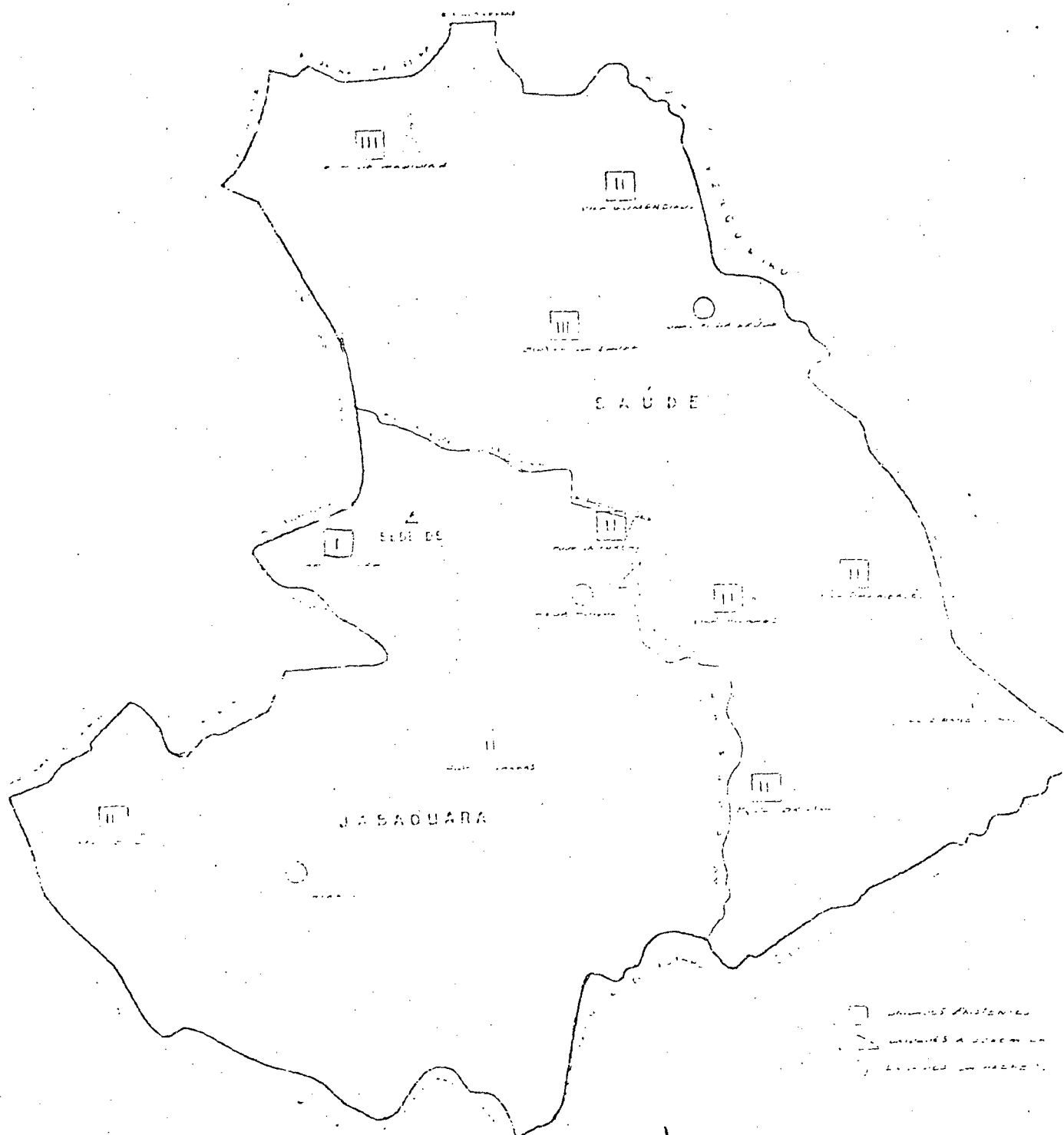


DS BUTANTĂ



D.S. JABAQUARA

201.



ANEXO 4

QUESTIONÁRIO

Q U E S T I O N Á R I O

PARTE A - IDENTIFICAÇÃO

NOME _____

IDADE _____ ESTADO CIVIL _____

SEXO _____ NÚMERO DE FILHOS _____

NÍVEL DE ESCOLARIDADE _____

UNIDADE DE TRABALHO _____

CARGO QUE OCUPA _____

FUNÇÃO QUE OCUPA _____

TEMPO DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL _____

- RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES
- AS RESPOSTAS SERÃO SIGILOSAS

PARTE B - Política de Recursos Humanos

1. Qual o meio de transporte que você usa para ir ao seu trabalho?

- a) vai a pé ()
- b) vai de carro particular ()
- c) outra condução ()

Se respondeu a alternativa a) especifique o tipo de condução usada.

Especifique também quantas conduções você usa para chegar ao seu trabalho.

2. Qual o tempo que normalmente você gasta para se locomover de sua casa ao trabalho?

- a) até 30 minutos ()
- b) até 1 hora ()
- c) mais de 1 hora ()

3. Quantas vezes você chegou atrasado nos últimos três meses?

- a) nenhuma vez ()
- b) de uma a cinco vezes ()
- c) Mais de 5 vezes ()

4. Você sofre alguma consequência habitual quando ocorre o atraso?

- a) Sim () b) Não () c) Não sei ()

Se respondeu a alternativa a) especifique qual a consequência.

5. Há quanto tempo você trabalha no Serviço Público Estadual?

- a) menos de 2 anos ()
- b) mais de 2 anos ()
- c) mais de 5 anos ()

6. Você já adquiriu direitos para usufruir alguma vantagem?

- a) Sim () b) Não () c) Não sei ()

Se respondeu a alternativa a) especifique a vantagem a que tem direito.

7. Você já usufruiu de alguma vantagem a que tem direito?

- a) Sim () b) Não () c) Não sei ()

Se respondeu a alternativa a) especifique a vantagem usufruída.

Se respondeu a alternativa b) porque você acha que ainda não usufruiu das vantagens?

8. Caso você precise usar alguns de seus direitos, ou seja, falta abonada, saída para o médico, a quem você recorre?

- a) chefe imediato ()
b) outro funcionário ()
c) falta e não recorre a ninguém ()

Se a resposta for a b) especifique o funcionário

Se a resposta for a c) relate o motivo porque não recorre a ninguém.

9. Você foi treinado para a função que exerce?

- a) Sim () b) Não ()

Se respondeu a alternativa b) você sente necessidade de ser treinado?

10. Você exerce na realidade funções para as quais foi contratado?

- a) Sim () b) Não ()

Se a resposta foi a alternativa b) especifique a função para a qual você foi contratado e o que você faz na realidade.

11. Você considera estável o emprego que possui?

- a) Sim () b) Não ()

Por que?

12. Você sabe o que poderia levar você a perder o emprego?

- a) Sim () b) Não ()

Se respondeu a alternativa a) enumere os motivos.

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

PARTE C - Conflito de Interesses

13. Em sua Unidade de Trabalho existe algum tipo de Profissional que recebe tratamento diferenciado?

a) Sim () b) Não ()

1. Qual a função que exerce? _____

2. Qual o tipo de privilégio? _____

14. Existe preferência individual por parte das chefias entre as categorias profissionais que trabalham em sua Unidade?

a) Sim () b) Não ()

Se a alternativa for a) responda: Que categoria? _____

15. Que cargo ocupa seu chefe imediato? Citar o cargo.

16. De uma maneira geral você considera as chefias de sua Unidade acessíveis?

a) Sim () b) Não ()

Se respondeu a alternativa b) dê a sua opinião do porque não são acessíveis.

17. Especificamente sua chefia é acessível?

a) Sim () b) Não ()

Se respondeu a alternativa b) dê a sua opinião do porque não é acessível.

18. Em seu modo de ver, o Diretor Técnico de sua Unidade Sanitária prioriza a atividade de atendimento em detrimento - aos assuntos administrativos?

a) Sim () b) Não () c) As vezes ()

Se respondeu a alternativa a) o que o leva a agir dessa maneira?

19. Você acha que a Unidade Sanitária deveria ser dirigida por outro profissional que não Médico?

a) Sim () b) Não () c) Não sei ()

Qual? _____ Por que? _____

PARTE D - Necessidade de Treinamento

20. Você tem dúvidas quanto ao desempenho de suas funções?

- a) Sim () b) Não ()

Se respondeu a alternativa a) especifique quais as dúvidas.

Se tem dúvidas a quem você recorre para resolvê-las?

a) chefia imediata ()

b) colegas ()

c) não recorre a ninguém (). Por que? _____

21. Em seu modo de ver para que serve uma Unidade Sanitária?

PARTE E - Atuação Conjunta, Unidade Sanitária e Comunidade

22. Você se sente motivado para trabalhar em contato com a comunidade?

- a) Sim () b) Não ()

Por que?

23. Qual o grau de participação que os funcionários e a comunidade tem nas decisões da Unidade?

- a) Total () b) Parcial () c) Nenhuma ()

Se você respondeu a alternativa c) o que impede essa participação? _____

24. A comunidade gera algum tipo de ajuda no desenvolvimento dos serviços prestados pelas Unidades Sanitárias a essa mesma comunidade?

- a) Sim () b) Não () c) Às vezes ()

Se respondeu as alternativas a) e c) relate o tipo de ajuda desenvolvida pela comunidade.

PARTE F - Trabalho em Equipe

25. O que você entende geralmente por Trabalho em Equipe?

26. Como você descreve o Trabalho em Equipe desenvolvido em sua Unidade Sanitária?

27. Seu chefe interfere favoravelmente ou desfavoravelmente no desempenho do Trabalho em Equipe?

Como e Por que?

28. Ao Diretor Técnico é delegada autoridade suficiente para execução de todas as atividades desenvolvidas em sua Unidade Sanitária?

a) Sim () b) Não ()

Por que?

29. O Distrito Sanitário a que pertence sua Unidade Sanitária, promove reuniões para discutirem os problemas da área em conjunto? Idem no caso de DS com respeito ao Departamento?

a) Sim () b) Não () c) Às vezes ()

Por que?

30. O Distrito é acessível e atende prontamente as solicitações efetuadas pelas Unidades Sanitárias? (Idem no caso de DS com respeito ao Departamento).

a) Sim () b) Não () c) Às vezes ()