

INSTITUTO MEDICINA SOCIAL / UERJ

— BIBLIOTECA —

ORIGEM doce

DATA 02 / 03 / 83

Gay.

CADERNOS DO IMS

VOL II N.1 ABR/MAI

1 9 8 8

VOLUME 2 - NÚMERO 1

Apresentação	4
Nota Introdutória	6
A Reforma Sanitária: das ações integradas de saúde aos sistemas unificados e descentralizados de saúde	
Hesio Cordeiro (organizador da coletânea).....	9
PARTE A - A VIABILIDADE DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	
I - O INAMPS da Nova República	16
II - Assistência Médica na Previdência Social	25
III - Comentários	65
PARTE B - A REFORMA SANITÁRIA	
IV - A Reforma Sanitária (I)	
Bases estratégicas e operacionais para a descentralização e unificação do sistema de saúde	70
V - A Reforma Sanitária (II)	
Saúde e Constituinte; A democratização da saúde; A administração da saúde e o Distrito Sanitário	93
VI - Distrito Sanitário	
Contribuição para um novo tipo de atendimento dos serviços de saúde	114
VII - Comentários	151

CADERNOS DO IMS. Rio de Janeiro: Instituto de
Medicina Social/UERJ, 1988.

Comissão Editorial:

Sérgio Carrara (Coordenador)

Joel Birman

Luis Antonio Castro dos Santos

Maria Lucia Fernandes Penna

Diretor do Instituto de Medicina Social
Maria Andréa Loyola

Cadernos do IMS, V. 2, nº 1 (1988), RJ,
IMS, 1988.

v. ; 31cm

Irregular

1. Medicina Social I. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina
Social.

Capa: Paulo Crown

Diagramação: Regina Marchese

Apoio: UERJ/INAMPS/CEPESC

Apresentação de colaborações e solicitação de exemplares
- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado
do Rio de Janeiro.

Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar - Bloco D

Maracanã - Rio de Janeiro - RJ - 20.550

Telefone: (021) 284.8322 ramal 2572

VOLUME 2 - NÚMERO 1

PARTE C - OS SISTEMAS UNIFICADOS E DESCENTRALIZADOS DE SAÚDE - ATOS JURÍDICOS E NORMATIVOS

VIII - Comentários sobre a institucionalização do SUDS..... 155

Anexos:

Exposição de Motivos do Presidente do INAMPS ao Ministro da Previdência e Assistência Social sobre o Contrato-Padrão para a prestação de serviços de saúde 169

Portaria do Ministro Waldir Pires estabelecendo normas de direito público para reger o contrato-padrão de prestação de serviços de saúde..... 177

Exposição de Motivos do Ministro Raphael de Almeida Magalhães 181

Portaria do Ministro Raphael de Almeida Magalhães aprovando a minuta-parão de contrato de prestação de serviços de saúde..... 186

Portaria do Ministro Raphael de Almeida Magalhães aprovando a minuta-padrão de convênio com entidades filantrópicas..... 188

Exposição de Motivos dos Ministros Raphael de Almeida Magalhães e Roberto Santos, e Decreto do Sr. Presidente da República a criação do SUDS 190

Decreto do Sr. Presidente da República que dispõe sobre o Programa de Desenvolvimento do SUDS na área de competência do MPAS e dá outras providências..... 203

Portaria do Ministro Renato Archer criando grupo de trabalho para promover as medidas necessárias a implantação do SUDS..... 208

VOLUME 2 - NÚMERO 1

Convênio SUDS nº 1/88 com os Estados, Distrito Federal e Territórios	212
Portaria do Ministro Renato Archer ho mologa resoluções do INAMPS e dá ou tras providências.....	230
Portaria do Ministro Renato Archer que aprova normas sobre a elaboração de planos de aplicação e dá outra provi dências.....	237
Texto Constitucional da Saúde (em ela boração).....	242

PARTE D - CONCLUSÕES

IX - Conclusões:

A política de saúde das ações integra das de saúde ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde	246
--	-----

APRESENTAÇÃO

É sabido que a produção intelectual é um processo lento e dispendioso em recursos materiais e humanos, sobretudo em tempo. Entre um projeto de pesquisa ou um texto para discussão e o seu produto final - um livro, ou artigos publicados em revistas ou periódicos especializados - muitos meses ou muitos anos podem decorrer.

O objetivo destes **Cadernos** é o de colocar à disposição do público, ainda que restrito, o produto dessas etapas intermediárias e dos inúmeros passos envolvidos nesse processo mais amplo a que chamamos produção de conhecimento.

Trata-se de um espaço aberto à publicação de textos para discussão, de relatórios de pesquisa, de artigos ou ensaios em fase de elaboração ou que foram publicados em periódicos de língua estrangeira. Incluem-se ainda: resenhas de livros, bibliografias comentadas, projetos de pesquisa, comunicações em conferências ou seminários, etc.

Em outras palavras, pretende-se fazer circular entre os professores e alunos do **IMS** e das instituições congêneres e afins as idéias que estão sendo geradas, de modo a propiciar através do debate amplo e duplamente interdisciplinar - dos leitores e dos assuntos - o enriquecimento e a multiplicação da produção acadêmica na área da Saúde Coletiva.

O número dos **CADERNOS** que o leitor tem em mãos é especialmente dedicado ao tema da Reforma Sanitária. O organizador, prof. Hésio Cordeiro, compilou, ordenou e comentou documentos fundamentais, produzidos no âmbito dos Ministérios de Saúde e Previdência Social, referentes às diversas etapas da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Brasil. Reproduzimos fielmente os documentos escolhidos, salvo algumas correções ortográficas que se fizeram necessárias, citando as fontes originais e, sempre que possível, o momento e as condições em que foram produzidos. Desse modo, além de encontrar aqui reunida uma documentação originalmente dispersa, os profissionais interessados na área de Saúde Coletiva poderão ter acesso, através desse **CADERNO**, às reflexões de quem participou intensamente e em posição-chave do processo político de reformulação do sistema de saúde nacional.

A COMISSÃO EDITORIAL

NOTA INTRODUTÓRIA

Partir da reflexão cuidadosamente elaborada, do debate exaustivo e recorrente de cada novo passo do pensamento, do tempo acadêmico, do esmero do burilar da idéia, da pausada controvérsia para o estonteante suceder de decisões, onde a idéia-estratégia é necessária à associação de aguda intuição, para a consumação dos fatos no instante mesmo de sua geração, para o tempo eternamente escasso onde nada parece caber nas horas, para a controvérsia rápida, onde as palavras são armas de uma batalha sem fim e os golpes rápidos de pincel substituem-se ao paciente buril, não é tarefa fácil. Os textos que se seguem foram escritos neste segundo tempo em que Hésio presidiu a maior agência de prestação de cuidados médicos da América Latina e uma das maiores do mundo.

A argúcia da reflexão reformadora transpos-se para o terreno da prática transformadora: traduzem os textos caminhos que conduziram à abertura de uma das mais profundas reformas administrativas que instituições públicas brasileiras viveram. Reforma, que se postou contra a lógica centralizadora das macroburocracias de nosso país e dos grupos de interesse do setor médico-assistencial cujo movimento não se interrompeu com a saída de Hésio do **INAMPS**. Universalizar, descentralizar, democratizar e humanizar foram os verbos repetidamente conjugados durante a empreitada renovadora de Hésio.

O razoável consenso adquirido pelas forças que se organizaram durante a luta contra o autoritarismo no que dizia respeito à organização dos serviços de saúde, cedo se mostrou insuficiente quando se tratou de gerir esses serviços. A questão chave da unificação não encontrava resposta na simples transferência de um ou mais órgãos da órbita de um Ministério para a de outro. Não se tratava, e não se trata, da mera unificação da gestão de serviços de saúde ao nível do governo federal. Era preciso dar o salto qualitativo que a política das Ações Integradas de Saúde havia amadurecido. As concepções que deram origem aos **Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - os SUDS**, brotaram da sensível reflexão de Hésio.

Alterar estruturas administrativas, descentralizar os centros de tomada de decisões, aprofundar os mecanismos de controle social e político sobre os serviços de saúde são ações insuficientes se não se avança sobre a natureza mesma das prestações assistenciais propostas. Iniciar a elaboração de novos mecanismos de revisão do conteúdo das práticas assistenciais no campo da saúde também foi objeto das inquietações de Hésio: a atualização da idéia de organização de distritos sanitários nos quais deve ser profundamente alterada a relação entre população e serviços de saúde e a incorporação definitiva no âmbito desses serviços da noção de integralidade do cuidado médico.

Finalmente, cabe ressaltar que as reflexões que

se seguem, tiveram forte inspiração e apoio político nas pessoas de três ilustres brasileiros que viabilizaram o trabalho de Hésio e sua equipe e com ele ousaram empreender as mudanças - Waldir Pires, Raphael de Almeida Magalhães e Renato Archer.

José Carvalho Noronha

A REFORMA SANITÁRIA;
DAS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE
AOS SISTEMAS UNIFICADOS
E DESCENTRALIZADOS DE SAÚDE

HÉSIO CORDEIRO

A REFORMA SANITÁRIA: DAS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE AOS SISTEMAS UNIFICADOS E DESCENTRALIZADOS DE SAÚDE

HESIO CORDEIRO *

INTRODUÇÃO

Começar de novo. Mas de um patamar diferente do qual se vislumbram os contornos do sistema único de saúde, inspiração das lutas dos sanitaristas, dos profissionais da saúde, das entidades sindicais e comunitárias. Não é exagero afirmar que há uma nova consciência sanitária no país, que emergiu na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e que tem sustentado os movimentos políticos de apoio aos princípios que queremos ver inscritos na nova Constituição do país.

A transformação do sistema saúde só é possível pela inteligente combinação entre discurso e prática, intenção e gesto, vontade política e ação administrativa. Chegar às entranhas do complexo médico-empresarial, desmontar os anéis burocráticos que ligavam interesses da burocracia estatal aos dos segmentos privados e industriais de saúde e, ao mesmo tempo, ganhar em eficiência nos aparelhos institucionais de saúde - eis o desafio inicial.

* Organizador da coletânea

As propostas relativas à saúde formuladas por instituições universitárias, pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), por comissões de saúde de partidos políticos e por entidades de profissionais de saúde, de trabalhadores urbanos e rurais, por diversas entidades comunitárias foram unânimes em indicar a necessidade de ser alterado o rumo da privatização dependente dos recursos públicos, particularmente os da Previdência Social. Um não sistema de saúde descoordenado, caótico, pouco eficiente, concentrado em regiões mais desenvolvidas do país, sucateado e desvalorizado como serviço público não poderia cumprir os objetivos sociais da universalização do cuidado de saúde, de garantia de saúde como direito de cidadania, de abolir a ignominiosa figura do indigente, peregrino sem nome e sem sobrenome dos ambulatorios e das filas dos serviços sociais.

A "Nova República" que envelheceu tão rapidamente teve o mérito - pelo menos - de recuperar liberdades individuais e coletivas esmagadas durante os anos do regime autoritário. A denominada "dívida social" deveria ser resgatada em curto prazo, em que pese o quadro econômico desfavorável, pela reordenação das instituições formuladoras e executoras das políticas sociais e, mais do que nunca, por uma nova concepção do papel do Estado frente às políticas sociais.

Um dos maiores obstáculos antepostos às políticas sociais do Estado democrático que se pretendia construir de março de 1985 em diante era a própria concepção e funcionamento dessas instituições. A articulação dos interesses privados sobrepostos aos interesses coletivos e particularmente às necessidades sociais dos segmentos mais pobres da população gerou uma máquina estatal de

baixo compromisso com a qualidade do serviço e, particularmente, sem qualquer identidade com o povo, com as classes e grupos sociais subordinados da estrutura de classes da sociedade brasileira.

Ao lado dos interesses materiais e das articulações do poder dos aparelhos estatais entrelaçando as burocracias públicas e privadas, predominavam na máquina pública as práticas do pequeno favor, do atendimento às pessoas pelo "pistolão", pelo pedido "do político". O estrangulamento da demanda, a impessoalidade burocrática do serviço, a ineficiência da máquina pública, aliados à concepção clientelística da prática política e ao patrimonialismo das instituições, substituíram o direito pelo favor, segmentaram as reivindicações de classes ou grupos sociais pelo "jeitinho". O efeito político-ideológico imediato é deslocar os movimentos reivindicatórios de classes para o pedido individual, que cria categorias de cidadania, que dá a aparência de individualidade ou de pessoalidade quando, na realidade, estratifica ao interior de uma mesma classe ou fração de classe por que diferencia a relação desses grupos com os aparelhos de Estado.

As práticas clientelísticas são o sinal externo, na vivência das pessoas, da ineficiência e da impessoalidade dos serviços.

A concepção dominante no seio da burocracia de Estado, de viés liberal-conservador, é a de que tais fatos são inerentes ao serviço público: a ineficiência e o gigantismo burocrático da administração pública não justificam os investimentos sociais em pessoal, em equipamentos ou, mesmo, no gerenciamento dessas instituições. Argumentam que seria preferível transferir às institui

ções privadas as funções de saúde, de educação e outros serviços.

O tema da redução do gasto público para combater o déficit público interno está presente nas políticas sociais do regime autoritário e reaparece com nova roupagem nas medidas econômicas "feijão-com-arroz" da atual administração federal (1988).

No âmbito das políticas de saúde, especialmente no INAMPS, o embate contra tais concepções e práticas marcou e tem demarcado as administrações que se comprometeram com mudanças reais. A Reforma Sanitária e a proposta da reordenação do sistema de saúde a partir de um novo conceito de federação, unificando-se e descentralizando-se as instituições de saúde, representam discursos e práticas radicalmente distintos da visão liberal-conservadora e clientelística das políticas sociais.

Julgo que a coletânea de documentos, ensaios, propostas, às vezes idéias esparsas e preliminares que marcaram a trajetória da implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde facilitará a análise e a crítica dos diversos e, por vezes, conflitantes processos técnico-políticos da Reforma Sanitária. Não é uma prestação de contas. É a sistematização de momentos desse processo de transformações que começou há tão pouco tempo e sofre, desde logo, as ameaças do retrocesso e os desafios diários de sua consolidação.

Este material poderá ser de utilidade para a compreensão dos problemas, dos obstáculos, porém, mais do que tudo, dos êxitos alcançados e dos limites até onde foi possível mudar. Um retrato ou um esboço da coragem de mudar.

Organizei o material em quatro partes. Na primeira, estão os projetos iniciais de trabalho referentes às prioridades de 1985. Na parte seguinte, o material apresentado reflete o resultado dos debates e das propostas operacionais oriundas da VIII Conferência Nacional de Saúde, transformadas em prioridades de ação administrativa no âmbito do INAMPS. Os anexos (Parte C) expressam os atos jurídicos e normativos relativos à implantação dos SUDS e a reformulação de estrutura e das funções do INAMPS. Na última parte, são apresentados os resultados, os limites e os desafios futuros da Reforma Sanitária brasileira no âmbito da construção de um sistema único de saúde.

PARTE A:

A VIABILIDADE DA PREVIDENCIA SOCIAL

I - O INAMPS NA NOVA REPÚBLICA

HESIO CORDEIRO *

A assistência médica instituída no âmbito da Previdência Social é uma conquista e um direito do trabalhador. Este direito deve ser garantido e ampliado pelo Governo da Nova República e estendido, como ocorre nas democracias modernas, à totalidade da população. Trabalhadores e não trabalhadores, empregados e desempregados, populações urbanas e rurais, têm direito à saúde. É inadmissível que se perpetuem os desequilíbrios sociais e regionais relativos ao acesso e à qualidade do atendimento médico-odontológico. Atualmente, o número de consultas per capita nas áreas urbanas é de 2,4 ao ano, enquanto que nas rurais de apenas 0,4.

De forma direta ou indireta, os trabalhadores urbanos e rurais, os trabalhadores sem carteira assinada (ou trabalhadores do setor informal), subempregados e desempregados, contribuem para o sistema previdenciário, e grande parcela deles tem um direito apenas nominal aos serviços de saúde.

Urge, portanto, elevar o nível da saúde da população, garantindo:

- o acesso universal aos serviços de saúde;
- a eliminação progressiva das diferenças entre as áreas urbanas e rurais, quanto à cobertura

* Discurso da posse em 22 de maio de 1985, na antiga Sede do INAMPS, à Rua México nº 98, Rio de Janeiro. Publicação original: CORDEIRO, H. O INAMPS na Nova República - Rio de Janeiro: MPAS/INAMPS, 1985.

médico-odontológica;

- que os cuidados básicos de saúde estejam disponíveis perto do local de moradia e/ou de trabalho;
- a provisão dos medicamentos essenciais, dos exames complementares básicos e dos serviços de pronto-socorro.

Cabe ao INAMPS importante parcela de responsabilidade para que estes objetivos sejam alcançados a médio prazo.

De imediato, é necessário assegurar o acesso ao atendimento da população dos grandes centros urbanos, da periferia, das áreas metropolitanas e das áreas rurais, principalmente as famílias mais pobres, aquelas que vivem nos bolsões de miséria.

Aos trabalhadores urbanos dos ramos da produção e dos serviços, asseguramos que esta política, que busca a equidade do direito à saúde, não comprometerá seu atendimento. É nosso firme propósito elevar sua qualidade e, simultaneamente, ampliar o acesso destes grupos sociais aos serviços de saúde.

O INAMPS é um patrimônio da população. Os serviços públicos e privados são instrumentos através dos quais o Governo garante uma assistência essencial à população.

A valorização do INAMPS e a construção de um novo compromisso social deste órgão são diretrizes que se impõem, de acordo com as palavras de Tancredo Neves:

"Vim para promover mudanças, mudanças políticas, mudanças

econômicas, mudanças sociais, mudanças culturais, mudanças reais, objetivas, corajosas, irreversíveis."

Mudanças imediatas são clamadas pelos trabalhadores, com relação a: demora do atendimento; eliminação das intermináveis filas; pouco tempo disponível para a consulta com o médico; falta de medicamentos; falta de transporte, no caso de emergências; pouco caso com as reclamações dos usuários.

É necessário que a população participe democraticamente, através de suas entidades representativas, de cada pessoa que buscar atendimento, no controle e na fiscalização do serviço prestado. A participação comunitária será um poderoso instrumento para coibir as fraudes e para assegurar que o funcionamento dos postos de atendimento, ambulatórios e hospitais, se volte integralmente para a melhoria da qualidade do atendimento. Os hospitais e ambulatórios do INAMPS são parte inarredável deste patrimônio público. Deverão ser tomadas medidas imediatas que revertam a situação atual de "sucateamento" das instalações e dos equipamentos, revalorizando-se o papel de centros especializados e de excelência técnica.

O plano de saúde do INAMPS será inteiramente inspirado pelas diretrizes e políticas definidas pelos seminários e reuniões, onde se discutiram as propostas para o Governo da Aliança Democrática. As medidas essenciais das extraídas são:

- desenvolvimento e ampliação dos mecanismos de articulação entre os serviços públicos e privados de saúde, visando a eliminar a capacidade ociosa, aumentando assim a eficiência, e a impedir a superposição e o desperdício de recursos;

- descentralização e democratização das estruturas administrativas do INAMPS, com delegação de maior capacidade de decisão e maior responsabilidade das Superintendências Regionais, para que ajustem a política de saúde às características e condições do Estado e do Município, e participação dos usuários nos diversos níveis de administração do Instituto;

- apoio ao reforço das estruturas colegiadas de programação, avaliação e controle das Ações Integradas de Saúde, nos níveis estadual e municipal;

- revisão das formas atuais de convênios e contratos para a prestação de serviços de saúde por instituições públicas e privadas, de tal maneira que se garantam níveis adequados de remuneração, integração na programação das ações de saúde que se prestam à determinada área ou região, bem como maior eficácia no acompanhamento, no controle e na fiscalização destes serviços.

É intenção do INAMPS instituir imediatamente, em consonância com as medidas já tomadas pelo Sr. Ministro Dr. Waldir Pires, comissão que avalie e proponha medidas que orientarão uma nova forma de convivência com o setor privado, que crie condições para um nível adequado de prestação de serviços e coíba efetivamente as fraudes. Desde logo, afirmamos que esta questão é uma questão de política de saúde, antes de ser de polícia. Os fraudadores serão submetidos à investigação e julgados na forma da lei. Julgamos, porém, que o combate mais efetivo às fraudes será travado no campo da mudança das políticas de saúde que geraram uma convivência entre a baixa eficácia

cia dos serviços e a proliferação das fraudes, como instrumento ilegítimo do ganho fácil e da especulação.

Considero que as mudanças institucionais indicadas - de descentralização, participação, maior eficiência, combate ao desperdício de recursos provocado pela ociosidade dos serviços de saúde ou pelas fraudes - encontram seu sentido e sua orientação programática nas Ações Integradas de Saúde. Elas devem ser o instrumento da construção de um sistema de saúde unificado, descentralizado, desburocratizado, eficiente e participativo.

É dentro desta ótica que devem ser redefinidas as relações do INAMPS com o setor privado e com as diversas modalidades de prestação de assistência médica e odontológica.

O reconhecimento da importância do setor privado na prestação dos cuidados de saúde se fundamenta na contribuição efetiva que este setor presta no atendimento à população previdenciária: de cerca de 5.000 hospitais e clínicas existentes no País, 3.951 prestam serviços à clientela do INAMPS.

O custeio integral destes atendimento pela Previdência Social cria um novo conceito de serviço público. Assim, os serviços prestados pelo setor privado configuram também um serviço público. Portanto, devem ser assegurados mecanismos de convivência entre os setores público e privado, baseados num conjunto de normas técnicas, relações econômicas explícitas e responsabilidades jurídicas insofismáveis.

Estas relações devem ser relações transparentes, resultantes da negociação democrática com órgãos de represen-

tação das diversas modalidades assistenciais, dos empresários do setor e dos profissionais de saúde. A democratização e a transparência das relações entre o INAMPS e as entidades de representação mencionadas são imprescindíveis para que se rompam os anéis burocráticos que se estabeleceram nos anos do autoritarismo e que facilitaram o clientelismo, os favores pessoais e a proliferação de iniciativas inescrupulosas, que ameaçam a dignificação dos serviços privados de saúde e aviltam seus profissionais.

Será preciso, portanto, que se reformule o conceito de serviço público, estendendo-o, além do setor próprio, ao serviço ligado às secretarias estaduais e municipais de saúde, ao Ministério da Saúde, e ao serviço público que se organiza em moldes privados, em diferentes modalidades assistenciais. Destarte, o que propomos é uma conceitualização nova de serviço de saúde, como serviço público, isto é, um resgate do sentido de serviço de e para o povo.

Menção especial deve ser feita ao pessoal técnico-administrativo do INAMPS. A trajetória destes quadros no interior da instituição fez parte da própria história da Previdência Social brasileira. A qualificação técnica de elevado nível, a dedicação, a tenacidade são características do quadro previdenciário oriundo das CAPs e dos IAPs. A contribuição destes quadros à administração pública e à modernização do aparelho institucional do Estado brasileiro se faz sentir através da presença e do exemplo de dignidade e competência de pessoas como Celso Barroso Leite, Deçio Pedroso, Carlos Gentile de Mello e Helio Beltrão.

Valorizar e dignificar a Previdência Social, metas tão claramente definidas pelo Ministro Waldir Pires, dependem, em grande parte, da dignificação e valorização do trabalho dos profissionais de saúde, do pessoal administrativo,

de médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos, pessoal auxiliar e administrativo. A conclamação à participação de todos os servidores na construção do INAMPS da Nova República, seguindo as palavras do Ministro Waldir Pires em seu discurso de posse, é a condição necessária a que novos horizontes sejam construídos.

O trabalho dos médicos, dos enfermeiros, dos dentistas, dos técnicos, deve se realizar em sua plenitude, voltado para o paciente; para o usuário dos serviços de saúde.

O novo compromisso de trabalho necessita de condições concretas, para que se realize adequadamente, de justa remuneração, inclusive para o pessoal dos quadros técnico-administrativos de nível médio e auxiliares. É necessário um plano de cargos e salários compatível com a relevância social do INAMPS. É mister assegurar oportunidades de educação continuada, aperfeiçoamento e progressão funcional a todos os servidores.

É igualmente necessária uma nova política de recursos humanos e de interação do INAMPS, principal fator da oferta do mercado de trabalho em saúde, com o sistema de formação de pessoal de saúde, tanto de nível universitário, quanto de nível médio e auxiliar.

Outro elemento importante do trabalho em saúde é a tecnologia médica, entendida como instrumentos materiais dos cuidados de saúde: equipamentos e medicamentos.

O INAMPS não pode deixar de lado a preocupação com o permanente progresso técnico em saúde, com a incorporação de novas e modernas tecnologias eficazes.

O INAMPS ampliará sua interação com a CEME, com o setor

produtivo de equipamentos e medicamentos e com o sistema de C. e T., para assegurar o avanço tecnológico em saúde, sua incorporação racional aos serviços de saúde, o incentivo a substituições de importações, a pesquisa de inovações tecnológicas e, antes de tudo, a utilização eficiente da tecnologia disponível.

Não se justificará o quadro atual em que cerca de 40% dos equipamentos hospitalares estão fora do uso, ociosos, abandonados, por falta de manutenção e de pessoal especializado, instalados de forma inadequada.

Progresso técnico e dignidade em saúde não são opostos: o modismo da atenção primária à saúde dá lugar ao conceito de cuidados básicos e de hierarquização em níveis de complexidade. A extensão do progresso técnico em saúde a todas as camadas da população, sem discriminações regionais ou sociais, é objetivo de médio prazo na política de saúde da Nova República.

Estas propostas, contudo, somente serão levadas adiante, se uma nova política de financiamento do setor saúde for discutida e implementada. O gasto em saúde deve ser racional, deve ser previsível, dentro de certas margens de probabilidade. A nova direção do INAMPS combaterá o desperdício de recursos, a ociosidade das instalações públicas e privadas, a superposição de recursos, a irracionalidade da descoordenação entre os serviços de saúde.

A austeridade começa, portanto, pelo combate ao desperdício, e tem seguimento no combate e na prevenção das fraudes; essas, escoadouro vil dos recursos escassos do contribuinte. A modernização da fiscalização e a utilização dos procedimentos jurídicos para a punição dos fraudadores são compromissos inarredáveis desta administração. No

âmbito da arrecadação, o Ministro Waldir Pires já comunicou medidas destinadas a aumentá-la, impedindo a sonegação e os atrasos.

A médio prazo, quando se iniciar o exame da reforma tributária, será necessário redefinir a participação da União, através de impostos diretos e progressivos, no instrumento e no custeio do setor saúde. A descentralização da distribuição dos recursos oriundos do sistema tributário deverá propiciar as condições econômico-financeiras necessárias e a que os Estados e Municípios ampliem sua participação nos cuidados de saúde.

Levando adiante estas diretrizes e transformando-as em medidas concretas e eficazes, estaremos cumprindo as determinações do Presidente José Sarney, relativas ao programa de prioridades sociais para 1985.

Sob esta ótica, as políticas sociais e econômicas se integram a uma conceituação moderna de políticas públicas: às medidas de estabilização econômica que começam a ser colocadas em prática. Entretanto, não se pode esperar que a resolução dos problemas sociais seja um simples reflexo destas medidas, ainda de resultado pouco previsível.

É necessário que os recursos escassos destinados à área social sejam destinados aos setores tradicionais da ação pública, como os cuidados de saúde.

O INAMPS poderá cumprir um importante papel para o sucesso desta política, ao utilizar seus recursos com maior eficiência, ao corrigir as distorções e ao renovar seu compromisso social com a população brasileira.

II - ASSISTÊNCIA MÉDICA NA PREVIDÊNCIA SOCIAL O INAMPS NA NOVA REPÚBLICA *

JUNHO 1985

1) SITUAÇÃO ATUAL

Do ponto de vista formal, o Sistema de Saúde do país en contra-se regido pela Lei nº 6.229/75, conhecida como Lei do Sistema Nacional de Saúde, que legitimou e insti tucionalizou a pluralidade institucional no setor, ou se ja: definindo em suas grandes linhas as responsabilida des das várias instituições, como a Previdência Social, a cargo da assistência individual e curativa, e o Ministé rio da Saúde, acolitado pelas Secretarias Estaduais e Mu nicipais de Saúde, responsáveis pelos cuidados preveni vos e de alcance coletivo.

Esta divisão artificial, em que ações indivisíveis tecni camente, se separam institucionalmente, trouxe inúmera s distorções. Por outro lado, a crise financeira da Previ dência Social coloca a partir de 1980, claros limites à disponibilidade de recursos para a assistência médica, com a conseqüente contração dos recursos do Fundo de As sistência e Previdência Social, para assistência médica; assim como ausência de uma delimitação precisa da parti cipação do INAMPS nos gastos da Previdência Social.

Esse modelo implantado a partir da década de 70, estimu lou a assistência médica sofisticada, em detrimento das

* Documento programático definindo as prioridades para o INAMPS em 1985. Participaram da elaboração deste Documento Dr. José Gomes Temporão, Secretário de Planejamento do INAMPS, Dr. Miguel Murat, Diretor de Planejamento e técnico da Secretaria de Planejamento. O documento final resultou de um processo interno de discussão em várias instâncias da administração do INAMPS. Publicação original: MPAS/INAMPS, A Assistência Médica na Previdência Social: O INAMPS na Nova República, Rio de Janeiro: INAMPS, 1985.

ações básicas de saúde. Como exemplo, em 1981 o INAMPS gastou Cr\$ 22.000.000.000 (vinte e dois bilhões de cruzeiros) em tratamento de hemodiálise e pontes de safena, enquanto todo o setor público gastou apenas Cr\$..... 20.000.000.000 (vinte bilhões de cruzeiros) nos serviços básicos de saúde e nas atividades de controle de doenças transmissíveis. Por outro lado, em 1984 o INAMPS dispendeu no tratamento no exterior de cerca de 137 pessoas, o equivalente a Cr\$ 28.000.000.000 (vinte e oito bilhões de cruzeiros), ou seja, 15% da totalidade dos recursos repassados às redes das Secretarias de Saúde, para cobertura de 60 milhões de pessoas. A compra de serviços à rede contratada, se caracterizou como a política dominante, com os produtores privados representando os principais agentes prestadores de serviços assistenciais, detendo 75% dos leitos hospitalares. Dos serviços prestados pelo INAMPS a iniciativa privada participa com cerca de 50% das consultas médicas, 70% das consultas odontológicas, 60% dos serviços complementares e 90% das internações, correspondendo a 70% dos gastos da autarquia, em 1984, (Quadros 1, 2 e 3).

No sentido da maior transparência dessa questão trata-se de caracterizar essa rede de serviços privados. Seu componente hospitalar, construído na sua quase totalidade, nos anos 70, com recursos do FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social da Caixa Econômica Federal), se compõe de cerca de 3.500 hospitais, com 350.000 leitos instalados, dos quais 200.000 contratados pelo INAMPS. Utilizando parâmetros tecnicamente aceitáveis, esses 350.000 leitos possuem uma capacidade de produzir 1,8 milhão de internações/mês. Recente Resolução da CIPLAN (Comissão Interministerial composta pelo MPAS, MEC e MS) fixou em 740.000 o limite máximo de internações necessárias ao atendimento da população. De acordo com os mesmos parâ

metros utilizados acima, este teto situa a necessidade de leitos em torno de apenas 150.000. Se considerarmos que um médico é capaz de se responsabilizar por 10 leitos, teríamos necessidade de apenas 15.000 médicos. Entretanto o INAMPS tem cadastrados 75.000 médicos, desenvolvendo suas atividades nesses hospitais. Quer dizer, são 200.000 leitos e 50.000 médicos ociosos e mal distribuídos. Típico caso, do estratagema da privatização do lucro sem risco de socialização do custo e até da fraude. Ressalta também o baixo desempenho da rede própria com elevada capacidade ociosa, assim como desprestígio de maneira geral, dos serviços públicos, junto à população.

Se tomarmos a rede própria de serviços do INAMPS, a situação atual é a seguinte:

- No que se refere às consultas ambulatoriais, a capacidade ociosa, a nível Brasil, situa-se em torno de 44%, na hipótese desses serviços funcionarem em 03 turnos de 04 horas, e de 15% em caso de funcionamento em 02 turnos. (Quadro 04)

- Em relação às internações, na hipótese mais otimista, de plena utilização, situa hoje essa ociosidade a nível Brasil em 24,4% e naquele menos otimista em cerca de 43,3%. (Quadro 05)

Os custos crescentes dos serviços médico-hospitalares, em especial no setor privado contratado, decorrentes do acelerado desenvolvimento tecnológico no setor e da intensificação do seu processo interno de acumulação, a inadequação entre estrutura de necessidades e estrutura de serviços, com oferta distorcida, em termos de tipo de distribuição dos serviços, com super-oferta de serviços especializados e hospitalares, assim como concentração geográfica

ca nos centros urbanos em detrimento do atendimento de nível básico e homogeneamente distribuído, são também fatores de importância.

Cabe frisar que os gastos per capita com saúde na Região Nordeste equivalem a menos do que a metade dos gastos per capita nas Regiões Sul e Sudeste. (Quadro 06). Os gastos do INAMPS com assistência do rurícola equivalem a cerca de 1/7 dos gastos com a área urbana, apesar da população rural ser mais de 1/3 da urbana; caracterizando acentuada concentração urbana, em detrimento da área rural e acentuada concentração nas Regiões Sul e Sudeste. (Quadro 07 e 08).

A má distribuição dos Recursos Humanos pelo território nacional, especificamente de médicos, acompanha obviamente a concentração de recursos médico-assistenciais na região Sul/Sudeste. Se analisarmos os serviços próprios do INAMPS, pode-se ver que existe um excesso de 5.152 médicos em relação às necessidades da rede física instalada, enquanto existem déficits (embora de pequena monta) em diversos Estados da União. (Quadro 09).

Por fim outro aspecto característico do modelo assistencial vigente na Previdência Social é a pluralidade de maneiras pelas quais os serviços são oferecidos à população: Várias formas de remuneração dos serviços contratados e conveniados, inúmeros prestadores de serviços, desarticulados, sem padrão comum de atuação, muito centros de decisão política do setor, com ausência de coordenação dos mesmos, caracterizando várias modalidades assistenciais. Essas modalidades assistenciais foram geradas e incorporadas pelo Sistema a partir de casuismos, pressões ou tentativas de se encontrar solução para situações emergentes no campo da Previdência Social.

2) A POLÍTICA PROPOSTA PARA SUPERAR AS DIFICULDADES ENCONTRADAS

2.1 - Projeto Gerencial dos Serviços Próprios

Apresentando um nível de produtividade muito aquém de sua capacidade instalada, os serviços próprios do INAMPS se constituem num desafio e numa prioridade absoluta. Esse projeto engloba linhas de ação prioritárias.

a) Plena Utilização dos Serviços Próprios

A partir de utilização racional dos recursos existentes e da efetivação de medidas que dêem uma melhor estrutura de gerência às nossas unidades pretende-se, de imediato:

- Criação do 3º turno de atendimento a nível dos Ambulatórios (PAM's). Isto aumentaria em 40% a atual produção dos Postos de Assistência Médica. A meta é de aumentar em 20% a produção até dez/85 e em 20% até junho/86.
- Colocação em funcionamento de 1686 leitos hospitalares, sendo que 50% (843 leitos) até dez/85 e os restantes até junho de 1986. (Quadro 10).

b) Humanização do Atendimento

Esta linha de atuação pretende que o paciente que procura um serviço de atendimento médico da Previdência Social, tenha uma atenção que seja eficiente de um ponto de vista técnico e o respeito enquanto cidadão e ser humano em sua singularidade e em sua dor. Propõe-se:

- Eliminar as dificuldades de acesso e utilização

dos serviços, com ampliação do horário de atendimento e eliminação das filas.

- Eliminação de burocracia, colocando em 1º plano as necessidades do paciente.
- Realização, sempre que possível, dos exames diagnósticos nos mesmos locais de atendimento, diminuindo a necessidade de deslocamentos e as despesas com transporte e alimentação.
- Garantia de oferta de serviços de urgência, 24 horas p/dia.
- Criar um sistema de Comunicação Social, que oriente com clareza a população, sobre seus direitos, assim como sobre onde, quando e como ter suas necessidades atendidas pelos serviços de saúde.
- Motivar os funcionários do INAMPS, comprometendo-os com a nova política e modificando sua postura frente à população que atende.

c) Mudança dos Critérios para Contrato de Serviços de Terceiros e Compra de Material de Consumo

Na área de contratos para fornecimento de refeições nos Hospitais e Unidades de urgência, a situação detectada era a da predominância quase que absoluta de três firmas, que sob a forma de cartel, mantinham o fornecimento de alimentação aos hospitais de grande porte por, até então, serem as únicas capacitadas a atender plenamente as condições de capacitação técnica especificada no Edital de licitação, quais sejam, o de ter experiência em fornecimen

to de alimentação a seres humanos doentes. Visando ampliar o campo competitivo e evitar que o mercado fornecedor ficasse restrito à essas firmas, onerando sobretudo o orçamento do INAMPS, foi dada nova redação ao item "B - Capacidade Técnica" do Anexo I do Edital de licitação, que passa a exigir apenas experiência em fornecimento de alimentação a seres humanos, medida em vigor desde 19.07.85.

No que se refere à aquisição de material de consumo, a situação encontrada era de compra centralizada na Direção Geral. Esta centralização trazia problemas ao bom gerenciamento a nível regional, do nível de necessidades de reposição dos estoques, em função do volume de serviços realizados, não permitindo portanto, que as Superintendências Regionais atuassem como avaliados dos limites de estocagem, o que acarretava em determinadas áreas, excesso de material, e, em outras, falta daqueles produtos. Isto trazia transtornos para a Direção Geral, face ao grande volume de material a movimentar para os estados, com o consequente retardamento da distribuição, registro e controle.

Encontra-se em fase final, os trabalhos que vêm sendo desenvolvidos objetivando a descentralização gradativa, para as Superintendências Regionais, da compra de maior número de itens de material de consumo, de grande demanda. Esse posicionamento da atual administração, visa levar o poder decisório o mais próximo possível do local onde as ações estão ocorrendo, mediante um aceleração do processo de descentralização compatível com o melhor uso das dotações, não perdendo de vista as perspectivas de economia de escala. Serão estabelecidos, nesse sentido, graus de execução, embasados em um cuidadoso acompanhamento, avaliação e controle, que permitam a adequada verificação de desempenho das regionais, bem como, da observância dos tetos orçamentários.

Com intuito de melhor conduzir as Superintendências Regionais na aferição dos preços obtidos nas licitações, encontra-se em andamento projeto visando instituir no INAMPS uma TABELA BÁSICA DE PREÇOS, que divulgará os produtos controlados pelo CIP e os tetos máximos permitidos por aquele Conselho, bem como de outros materiais não abrangidos.

**d) Reavaliação de Contratos Firmados de Decor-
rência de Protocolos Financeiros entre
Brasil e França**

Brasil e França firmaram, em 1984, Protocolos Financeiros em que seriam concedidos créditos para aquisição, na França, de equipamentos médico-hospitalares.

Em decorrência de tais protocolos a administração anterior do INAMPS assumiu compromissos contratuais de aquisição de equipamentos, em fins de 1984 e princípios de 1985, no valor total de 435 milhões de francos franceses.

Ante o vulto da operação e as definições governamentais para contenções de despesas, determinou-se estudos preliminares de reavaliação que concluíram pela inadequação quantitativa e qualitativa dos equipamentos a adquirir, bem como de sua distribuição pelas diversas unidades de nossa rede assistencial, a par da inexistência de recursos orçamentários para cobertura das despesas decorrentes dos compromissos assumidos.

Conseqüentemente, encaminharam-se relatos da situação ao Sr. Ministro da Previdência Social, nos quais são também solicitados entendimentos com a SEPLAN, coordenadora de todo o processo, objetivando a consecução de caminhos que permitam redefinições que assegurem as melhores ade

quações técnico-financeiras.

2.2 - Política de Pessoal

A recente greve dos funcionários da Previdência Social, colocou evidente uma contradição fundamental, qual seja, não se pode pretender estruturar uma Previdência Social forte e eficiente, sem que sejam dados aos seus servidores condições dignas de salário e de trabalho. Nesta linha de atuação, ressaltamos:

- Criação de um Plano de cargos e salários, em consonância com os estudos já em elaboração pelo Ministério da Administração;
- Concessão de um adicional de 20%, a partir de 1º de julho, para o servidor de nível médio;
- Formação de pessoal de nível superior (redefinição do papel do INAMPS na formação e especialização de profissionais de saúde);
- Formação de pessoal de nível médio (inclusão do INAMPS no projeto Larga Escala - Acordo MEC/MS/MPAS/OPAS; previsto a organização de 14 Centros de Formação Multi-profissional);
- Racionalização e sistematização de programas de treinamento e reciclagem de pessoal;
- Capacitação de pessoal estratégico: equipes das instituições dos âmbitos federal, estadual e municipal para consolidação das AIS;
- Educação continuada de categorias críticas para

a melhoria dos serviços de saúde, como prioridade para o atendimento ambulatorial.

2.3 - Elaboração do Orçamento do INAMPS para 1986

O orçamento inicial do **INAMPS**, para este ano, foi fixado em 11,8 trilhões de cruzeiros, correspondendo a um reajuste de 135,47% sobre o orçamento final do exercício de 1984. Constatou-se de imediato, a insuficiência desse orçamento inicial. Principalmente pelo grande crescimento das despesas com pessoal, advindas das gratificações concedidas aos servidores, ao final do governo passado.

Da mesma forma, a partir da definição dos índices de reajuste salarial, assim como dos reajustes concedidos aos diversos prestadores de assistência médica a partir de 1º de julho, elaborou-se uma proposta de suplementação orçamentária com valores totais de 20,79 trilhões, o que significava a necessidade de uma suplementação de ordem de 8,89 trilhões sobre o orçamento atual. Após a fixação por parte da área econômica do governo, do índice máximo de reajuste de 210% em relação ao orçamento realizado em 1984, a suplementação concedida ao **INAMPS** ficou em apenas 6 trilhões, o que significa que o orçamento em vigor, a princípio, até o final de 1985 será de ordem de 17,8 trilhões.

Entretanto, se analisarmos em separado o comportamento das despesas de pessoal, verificamos que houve um crescimento de 438%, em relação ao dispendido no ano de 1984, o que recoloca a necessidade de discutirmos a participação da União no custeio da Previdência Social minimamente no que se refere aos encargos de despesas com pessoal.

Para o ano de 1986 e, visando a elaboração de um orçamento que reflita as necessidades reais do Instituto, a metodologia de sua estruturação será modificada, adotando-se a descentralização em sua elaboração, atribuindo-se maior participação às Superintendências Regionais.

Em anexo, quadro comparativo entre o orçamento realizado em 1984 e o aprovado para 1985 (Quadro 11).

2.4 - Reestruturação Funcional do INAMPS

Com o objetivo de adequar a estrutura funcional do INAMPS à Política Institucional, procedeu-se a um processo de discussão sobre a estrutura encontrada, quando se constatu a existência de inúmeras distorções: superposição de atividades e atribuições, dispersões de esforços, inconsistência e até mesmo ausência de lógica na organização de determinados departamentos, etc. A partir daí, elaborou-se uma proposta de estrutura que a compatibilizou à nova política institucional e que contou, esse processo, com a assessoria da Secretaria Geral do MPAS. Nesse momento, está se procedendo à compatibilização das estruturas das Superintendências Regionais ao novo perfil funcional da Direção Geral (Anexo nova estrutura).

2.5 - Nova Forma de Relacionamento com os Prestadores Privados

a) No intuito de superarmos a situação encontrada, investiu-se na estruturação de uma nova base de relacionamento entre a Previdência Social e os prestadores privados, que colocasse como princípios básicos de relacionamento, mudanças de cunho político, econômico e jurídico.

Estabeleceu-se de início que o relacionamento passaria a se dar entre a Presidência do Instituto e as representações dos prestadores, qual seja, a Federação Brasileira de Hospitais, a Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde e a Federação das Misericórdias, estabelecendo-se portanto os níveis decisórios no relacionamento interinstitucional. No momento ultima-se a elaboração de um protocolo de intenções a ser firmado entre o INAMPS e as representações dos prestadores de serviços, que estabelece as metas bases de trabalho, que se pretende, transcenda o relacionamento econômico e se insira dentro de uma perspectiva de política assistencial, mais ampla.

b.) Retomou-se a análise do atual documento de relacionamento jurídico (Contrato-Padrão) entre o INAMPS e os prestadores, que se encontra totalmente defasado e necessita de urgente substituição. A idéia é a de um documento que coloque a rede privada dentro das AIS e dentro do conceito de concessão de serviços.

c) Revisão do Sistema de Controle e Avaliação

A atividade de Controle e Avaliação da assistência médica prestada a população tem sido aquela mais divulgada pela imprensa, em função da sua ineficiência em combater as fraudes. Tais práticas, embora realizadas por uma minoria de administradores corruptos, prestadores de serviços desonestos e servidores omissos ou coniventes, conduziam à desmoralização da instituição, de médicos e de hospitais e aviltavam a imagem da Previdência Social.

Além da Comissão de Alto Nível criada pelo Sr. Ministro do MPAS para desvendar os mecanismos fraudulentos e punir os culpados, e sem prejuízo da ação policial e jurídica, o

INAMPS está implantando uma série de medidas operacionais, previstas na concepção original do Sistema AIH e que foram abandonadas ao longo dos últimos anos, de forma a retomar a gerência e o acompanhamento das internações de previdenciários nos hospitais da rede privada.

Decorridos 03 meses da nova gestão do INAMPS, este conjunto de medidas começa a apresentar resultados práticos, com a implantação de um modelo de formulário AIH cujas séries numéricas são controladas por computador permitindo o rastreamento, caso necessário, de cada documento, a semelhança dos talões de cheques utilizados pela rede bancária. Esta medida impedirá que formulários destinados a um Estado, Município ou mesmo hospital seja faturado por qualquer outro.

Além disso foram eliminados as etiquetas gomadas, que controlavam o quantitativo de faturas cobradas após a internação, mas não permitiam o controle prévio da internação e conduziam a processos judiciais de internações autorizadas e não pagas pelo INAMPS, por parte dos hospitais. O gerenciamento dos formulários AIH propriamente ditos impede esta situação e permite o controle de todos os passos do processo de hospitalização dos pacientes, desde a unidade própria do INAMPS que realizou a consulta, determinou a necessidade de internação e emitiu a AIH. Além disso a DATAPREV passa a digitar a 1ª via da AIH, emitida pelo INAMPS, confrontando-a com a via apresentada para cobrança, permitindo imediata identificação de discrepâncias e adulterações e emitindo relatórios de alarme ágeis e de fácil interpretação, que gerarão as medidas iniciais de controle do hospital como a auditoria pelas Superintendências Regionais e Chefias Locais de Medicina Social.

Foram implantadas, ainda, sistemáticas mais rígidas de

distribuição, guarda a emissão dos formulários, eliminando-se a excessiva quantidade de documentos circulantes em todo o país, e garantindo a identificação, através do número do CPF, do médico que solicitou a internação e daquele que emitiu a AIH.

Este conjunto de medidas busca estimular os dirigentes regionais e locais a assumirem plenamente suas responsabilidades, inclusive com relação aos atos de seus subordinados, quanto a necessária postura administrativa no trato da coisa pública.

Com relação aos serviços e instituições que prestam assistência aos previdenciários através de convênios, inclusive as Ações Integradas de Saúde, onde em alguns casos, também se observa o descompromisso para com a produtividade e a resolutividade dos serviços de saúde, o INAMPS vem buscando aprimorar seus mecanismos de controle e avaliação, desenvolvendo uma programação integrada de todas as ações e acompanhando sua execução e implantando as comissões gestoras das AIS em todos os níveis, avaliando a participação, inclusive financeira, de todas as instituições envolvidas.

A partir destas etapas iniciais o processo deverá se dirigir agora para os mecanismos de controle da atenção ambulatorial, particularmente nos grandes centros urbanos, e para os procedimentos de alto custo, como Hemodiálise, Radioterapia, Quimioterapia e implantação de Órteses e Próteses. Para janeiro de 1986 está sendo estudada a implantação de um sistema integrado de informações da assistência médica do INAMPS, envolvendo todo o conjunto das modalidades assistenciais. A recuperação da credibilidade da instituição depende muito destas medidas, motivo pelo qual estas tem recebido alta prioridade em sua imple

mentação, sendo de se esperar que em médio prazo esteja completamente restaurada a responsabilidade institucional e a postura pública da gerência da assistência médica da Previdência Social, em todos os níveis.

d) Proposta de trabalho para a Procuradoria-Geral do INAMPS

A proposta de trabalho da Procuradoria-Geral do INAMPS, compete:

Treinamento de Pessoal

Pretende-se a realização de 02 cursos de atualização ainda este ano, e a criação da Revista da Procuradoria Geral do INAMPS. Outra prioridade é o enquadramento da DG nos debates e discussões sobre a política de saúde e a futura Constituição.

Fraudes

Procede-se ao levantamento de inquéritos administrativos e policiais, assim como o levantamento dos processos criminais, objetivando-se estabelecer algumas prioridades que permitem a punição dos responsáveis. Nesta linha, procede-se o levantamento das atuais relações com a Justiça Federal, com a Procuradoria Geral da República e com a Polícia Federal, adequando-as à nova política institucional.

Relações com as Procuradorias Regionais

É objetivo estreitar as relações com todas as Procuradorias, priorizando-se o trabalho com São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Pernambuco.

Informatização da Procuradoria Geral e Regionais

Restabelecer a programação de trabalho com a DATAPREV, incluindo:

- treinamento de pessoal
- cadastramento dos processos da Procuradoria-Geral (até 10/09/85)
- cadastramento dos processos da Procuradoria Regional do Rio de Janeiro (início 03/09/85)
- cadastramento dos processos da Procuradoria Regional de São Paulo (início 03/09/85)
- cadastramento dos processos das demais Procuradorias Regionais (início 03/09/85)

2.6 - Universalização do Atendimento e Equiparação do Atendimento às Populações Rurais

A assistência médica instituída no âmbito da Previdência Social é uma conquista e um direito do trabalhador. Esse direito deve ser garantido e ampliado pelo Governo da Nova República e estendido, como ocorre nas democracias modernas, à totalidade da população. Trabalhadores e não trabalhadores, empregados e desempregados, populações urubanas e rurais, têm direito à saúde. É inadmissível que se perpetuem os desequilíbrios sociais e regionais relativos ao acesso e a qualidade do atendimento médico-odontológico. Atualmente, o número de consultas per capita nas áreas urbanas é de 2,3 ao ano, enquanto que nas rurais de apenas 0,6.

De forma direta ou indireta, os trabalhadores urbanos e rurais, os trabalhadores sem carteira assinada (ou trabalhadores do setor informal), subempregados e desempregados, contribuem para o sistema previdenciário, e grande parcela deles tem um direito apenas nominal aos serviços de saúde.

Urge, portanto, elevar o nível da saúde da população, garantindo:

- O acesso universal aos serviços de saúde;
- A eliminação progressiva das diferenças entre as áreas urbanas e rurais, quanto à cobertura médico-odontológica, através das Ações Integradas de Saúde, atualmente o atendimento encontra-se universalizado a nível do setor público, praticamente em todo o País (70% da população). Persistem restrições ao atendimento de não previdenciários nos serviços contratados.

O estudo diagnóstico identificou também importantes segmentos populacionais (região e situação de domicílio) em que a cobertura assistencial oferecida pela Previdência Social não atinge os níveis de 02 consultas médicas habitante/ano de 10 internações/100 habitantes/ano.

Considerando apenas as áreas onde ocorrem insuficiências de cobertura, tem-se as seguintes estimativas de déficits assistencial para 1985:

	ÁREA URBANA	ÁREA RURAL	TOTAL
Internações (mil)	764	1.677	2.441
Consultas médicas(mil)	20.155	52.674	72.829

Considerando uma taxa de crescimento da população de 2,5% ao ano, obtem-se que, em 1989, existiriam déficits de 3.758 mil internações/ano e 82.297 mil consultas médicas/ano.

Em consequência, para atingir a cobertura de 02 consultas médicas/habitante-ano nas áreas carentes, o volume de atendimento ambulatorial deverá ser expandido, de 245.659 mil consultas médicas previsto para 1985, para 308.488 mil consultas em 1989. Esta expansão representa um crescimento de 30,9% no volume de consultas médicas em 04 anos ou um crescimento médio anual de 7,0%.

De igual modo, na assistência hospitalar, o número de internações deverá ser expandido de 12.669 mil em 1985 para 15.110 mil em 1989, envolvendo um crescimento de 19,3% em 04 anos ou um crescimento anual médio de 4,5%.

Em termos de serviços, adotando fatores de ponderação 20 para internações e 01 para consultas médicas, a despesa total deverá crescer, de Cr\$ 17.800 bilhões de cruzeiros previstos para 1985, para Cr\$ 22.813 bilhões de cruzeiros em 1989 (a preços de 1985), envolvendo um crescimento real anual médio de 6,4%.

PROJEÇÃO DE SERVIÇOS E DESPESAS - 1985/1989

ANO	CONSULTAS MÉDICAS(MIL)	INTERNAÇÕES(MIL)	DESPESAS (Cr\$ BILHÕES DE 1985)
1985	235.659	12.669	17.800
1986	252.071	13.240	18.939
1987	269.626	13.836	20.151
1988	288.403	14.459	21.441
1989	308.488	15.110	22.813

ção do CONASP e da atual estrutura de gestão da Previdência Social.

b) Participação nas instâncias gestoras das Ações Integradas de Saúde. É necessário que se redefina a composição das Comissões de nível estadual e local (CIS, CLIS) incorporando representações sindicais, profissionais, dos prestadores de serviços, etc.

c) Participação no processo de controle e acompanhamento do desempenho dos Serviços próprios do INAMPS, através das constituições de Comissões a nível dessas unidades, abertos à participação da população e dos funcionários.

2.9 - Programas Especiais

Dizem respeito a um conjunto de ações, algumas de caráter inovados, que devem ser implementadas nesta atual gestão.

a) Práticas Alternativas

A prestação de Serviços de Saúde no âmbito da Previdência Social tem-se valido exclusivamente dos conhecimentos, procedimentos e recursos das técnicas médicas alopáticas.

Não obstante, estudos mais criteriosos têm demonstrado a validade de outras práticas médicas, como a Homeopatia e a Acupuntura ao lado do reconhecimento do avanço técnico-científico do conhecimento humano acerca do processo saúde/doença. A própria evolução da medicina e o seu destacado papel/função como decorrência do processo social que engendra posições e situações diferentes dentro

dos contextos sociais possíveis, tem aberto espaço para a difusão e aceitação destas técnicas.

Com a Nova República e os propósitos de renovação de métodos e processos, a discussão acerca da possibilidade de incorporação dessas técnicas traduz a presença mesma do sentimento democrático, que pressupõe o pluralismo ao nível da assistência médica prestada pela Previdência Social Brasileira.

Estamos diante da situação de fato do crescimento do número de profissionais dedicados à Acupuntura e à Homeopatia, respondendo à solicitação crescente por parte de camadas expressivas da população. A não intervenção do poder público poderá propiciar não apenas a limitação do acesso, mas até mesmo a exploração econômica dentro da relação de compra e venda dos serviços, bem como o surgimento de práticas pouco éticas.

Dentre as técnicas que deverão ser incorporadas à atenção médica prestada pela Previdência Social, destacam-se: **a Homeopatia, a Acupuntura e a Fitoterapia**, como mais indicadas no momento. A Homeopatia já se encontra em fase de implementação, através do projeto piloto no Rio de Janeiro.

b) Assistência aos idosos

O envelhecimento da população, o aumento das doenças crônico-degenerativo, são as razões da preocupação estratégica com este segmento da população.

As ações relativas ao idoso devem contemplar:

- a imperiosa necessidade de oferecer condições

para a prestação de atendimento médico-social ao idoso mais correta e humanizada.

- garantia à população idosa de acesso a serviços de saúde integrados que atendam às suas necessidades básicas.

Como primeiro passo, foi constituída comissão, no INAMPS, integrada pelos diferentes órgãos afetos à questão, e cuja atribuição é de elaborar propostas de ação que viabilize as diretrizes deste Programa.

c) Pró-Sangue

A Portaria Interministerial nº 07/80 do MS/MPAS, instituiu o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), definindo a Política governamental para o setor.

Com a implantação das Ações Integradas de Saúde, os Hemocentros, Unidades executoras do Pró-Sangue vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde ou às Universidades, devem constituir-se em serviços especializados de nível terciário e/ou quaternário, na organização dos Sistemas Estaduais de Saúde, garantindo a prestação de serviços, a referência e a contra-referência de usuários na área de hemoterapia.

Prevê-se, por parte dos Hemocentros, a prestação direta de serviços a uma clientela universalizada. Prevê-se, também, que seus serviços atendam, por ordem de prioridade, à rede pública, ou seja, Unidades pertencentes ao MS, serviços próprios do INAMPS, Unidades das Secretarias Estaduais e Municipais e Hospitais Universitários.

Cumprindo a Resolução nº 08/84 da CIPLAN, o INAMPS pre

tende influir decisivamente na constituição dos Hemocentros, em todo o país, contribuindo dessa forma para a melhoria de qualidade do produto, e o fim do comércio do sangue.

d) Saúde Ocupacional

Nos últimos anos, ampliou-se a discussão sobre a saúde do trabalhador a partir de estudos sobre a saúde do trabalhador, a partir de estudos sobre o problema de Acidente de Trabalho e da Legislação sobre Higiene e Segurança do Trabalho.

Dentro do INAMPS, a assistência médica ao acidentado de trabalho é desenvolvida como atividade não integrada ao conjunto das demais ações.

No momento em que a política da instituição está consubstanciada nas Ações Integradas de Saúde, urge contemplar a assistência ao trabalhador dentro dessa nova ótica. O envolvimento do conjunto de prestadores (públicos, filantrópicos e privados), do INPS, do Ministério do Trabalho e dos próprios trabalhadores visa garantir a atenção dos serviços de saúde aos riscos advindos do trabalho, favorecendo a introdução progressiva de um novo conceito de Doença Profissional.

2.10 - Programa de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

O INAMPS enquanto responsável pela prestação de serviços médicos do País, é o maior demandante direta ou indiretamente de equipamentos e materiais biomédicos, exercendo, também forte influência na demanda de recursos humanos na área. Nesse sentido a atual administração ao imple

mentar um programa de desenvolvimento científico e tecnológico pretende assegurar o avanço tecnológico em saúde: o incentivo a substituição de importações, a pesquisa de inovações tecnológicas e a interação com o setor produtivo de equipamentos e medicamentos. Este programa teria as seguintes linhas gerais:

**a) Seleção e avaliação de tecnologia
(Procedimentos de alto custo)**

Para iniciar este programa, o INAMPS selecionou os procedimentos de alto custo como prioritários visto serem eles, em grande parcela, responsáveis pelo incremento dos gastos nos serviços médico-hospitalares.

Nesse sentido, pretende reordenar a organização de serviços nesta área com o estabelecimento de Centros de Referência, públicos (hospitais próprios, universitários e filantrópicos) visando a evitar o desperdício de recursos e a duplicidade de esforços.

A nível dos procedimentos simples pretende-se uma maior adequação dos equipamentos as necessidades de saúde da população, abandonando-se a sofisticação tecnológica.

Estas vertentes devem estar integradas, regionalizadas e hierarquizadas, obtendo-se com isso maior utilização dos recursos internos disponíveis resultando em maior independência externa.

b) Integração com órgãos de ciência e tecnologia e instituições de pesquisa

Para o desenvolvimento do programa é fundamental a articulação com o Ministério da Ciência e Tecnologia, com

vistas a promover conjuntamente o desenvolvimento científico e tecnológico. Nesse sentido, o INAMPS estabeleceu Convênio com a FINEP e está implementando o já existente com o CNPq. Estas articulações visam a estabelecer linhas de investigação que ajudem o INAMPS a definir com base em dados reais sua política de normatização de uso de procedimentos, de compras de equipamentos e materiais biomédicos. Por outro lado, as instituições de pesquisa deverão participar ativamente no desenvolvimento dessas investigações. É necessário colocar lado a lado a produção de conhecimento e a prestação de serviços.

c) Centrais de Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares

O incentivo a tecnologia nacional além de contribuir para a autosuficiência traz reflexos consideráveis no custo da assistência médica. O INAMPS pretende ampliar no mais rápido prazo, a experiência desenvolvida no Rio de Janeiro, com a Central de Manutenção do Hospital dos Servidores do Estado. Não se pode admitir que 40% dos equipamentos hospitalares estejam fora de uso por falta de manutenção adequada e instalada de forma inadequados.

A implantação de Centrais Regionais de Manutenção trará maior disponibilidade operacional dos equipamentos, devido a maior facilidade de assistência técnica, implicando em redução dos investimentos e menor custo operacional por unidade de serviço prestado.

d) Relacionamento com o setor produtivo

Em consequência direta do poder de compra da instituição pretende-se estabelecer um relacionamento ativo com o setor produtivo. A utilização ordenada desse poder de

compra ao parque industrial brasileiro pode mobilizar a fabricação nacional (via incremento de escala de produção) de determinados equipamentos e materiais biomédicos. Por outro lado, o estabelecimento de especificações mínimas de desempenho obrigaria a indústria a melhorar a qualidade do seu produto, tornando-a inclusive passível de exportação. Enquanto usuário do parque industrial biomédico, o **INAMPS** deve estar atento a inovação tecnológica, estabelecendo via Centros de Referência a listagem desses produtos.

O **INAMPS** entende, portanto, que progresso técnico e dignidade em saúde não são opostos; o conceito de cuidados básicos e de hierarquização em nível de complexidade é a política da instituição. A extensão do progresso técnico em saúde a todas as camadas da população, sem discriminações regionais ou sociais, é objetivo de médio prazo na política de saúde da **NOVA REPÚBLICA**

QUADRO 1

**PERCENTUAL DE CONSULTAS MÉDICAS POR PRESTADOR
E POR REGIÃO, REALIZADAS PELO INAMPS EM 1985**

REGIÃO	SECTOR PÚBLICO	ENTIDADES FILANTRÓP. E OUTRAS	SINDICATOS	EMPRESAS	CONTRATADOS	TOTAL
NORTE	77,96	1,59	3,63	5,95	10,87	100,00
NORDESTE	59,44	7,01	10,45	3,20	19,90	100,00
SUDESTE	41,74	3,06	6,22	11,23	37,75	100,00
SUL	41,47	2,68	17,17	4,20	34,48	100,00
CENTRO OESTE	70,61	5,61	4,54	0,75	18,49	100,00
BRASIL	47,73	3,86	8,47	7,92	32,02	100,00

Fonte: Secretaria de Planejamento - INAMPS, 1985.

QUADRO 2

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES HOSPITA-
LARES, SEGUNDO TIPO DE PRESTADOR E REGIÕES GEO-
GRÁFICAS. INAMPS, 1984**

REGIÃO	SETOR PÚBLICO	ENTIDADES FILANTRÓP. E OUTRAS	SINDICATOS	EMPRESAS	SERVIÇOS CONTRATADOS	TOTAL
NORTE	49,26	8,17	0,00	4,62	37,95	100,00
NORDESTE	29,84	18,94	0,11	1,20	49,91	100,00
SUDESTE	9,61	12,57	0,10	5,20	72,52	100,00
SUL	5,64	20,01	0,00	0,94	73,41	100,00
CENTRO-OESTE	15,18	16,95	1,03	0,35	66,49	100,00
BRASIL	14,66	15,48	0,14	3,20	66,52	100,00

Fonte: Secretaria de Planejamento - INAMPS, 1985.

QUADRO 3

DISTRIBUIÇÃO DA DESPESA DO INAMPS COM ASSISTÊN CIA MÉDICA SEGUNDO PRESTADORES

PRESTADORES	1981 (%)	1982 (%)	1983 (%)	1984 (%)
PRÓPRIOS	25.36	21.46	25.51	21.39
CONTRATADOS	67.88	62.02	59.29	65.49
ÓRGÃO GOVERNAMENTAL	1.17	5.69	5.31	5.4
HOSP.UNIV./ENS.	0.98	3.10	3.82	3.07
EMPRESAS	0.26	2.03	1.12	1.09
SINDICATOS	0.64	1.87	1.24	1.20
OUTROS	3.71	3.83	3.71	2.36
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00

QUADRO 4

CONSULTAS AMBULATORIAIS

REGIÕES	CONSULTÓRIOS EXISTENTES	CONSULTAS REALIZADAS	CONSULTAS HIPÓTESE I	CONSULTAS HIPÓTESE II	DIFERENÇA (I)	DIFERENÇA (II)	PERDA % I	PERDA % II
NORTE	238	1.994.920	1.827.840	2.741.760	+ 167.080	746.840	-0-	27,2
NORDESTE	1.574	10.589.725	12.088.320	18.132.480	1.498.480	7.542.755	12,4	41,6
SUDESTE	4.420	29.375.697	33.945.600	50.918.400	4.569.903	21.542.703	13,5	42,3
SUL	1.427	7.721.447	10.959.360	16.439.040	3.237.913	8.717.593	29,5	53,0
CENTRO-OESTE	347	2.550.350	2.664.960	3.997.440	114.610	1.447.090	4,3	36,2
TOTAL	8.006	52.232.139	61.486.080	92.229.120	9.253.941	39.996.981	15,1	43,4

Hipótese I - 2 Turnos de 4 horas - 4 consultas/hora - 20 dias/mês

Hipótese II - 3 Turnos de 4 horas - 4 consultas/hora - 20 dias/mês

QUADRO 5

INTERNAÇÕES

SR	Nº LEITOS EXISTENTES	INTERNAÇÕES REALIZADAS	INTERNAÇÕES HIPÓTESE I	INTERNAÇÕES HIPÓTESE II	DIFERENÇA I	DIFERENÇA II	PERDA I %	PERDA II %
BRASIL	9.365	229.447	303.928	404.928	74.249	175.481	24,3	43,3
CO	257	8.818	8.352	11.136	+ 466	2.318	-0-	20,9
RS	239	8.126	7.776	10.368	+ 350	2.242	-0-	21,7
MG	577	19.022	18.720	24.960	+ 302	5.938	-0-	23,8
PE	877	28.479	28.440	37.920	+ 39	9.441	-0-	24,9
PB	366	11.335	11.880	15.840	545	4.505	4,6	28,5
BA	442	11.963	14.328	19.104	2.365	7.141	16,6	37,4
RJ	4.055	96.301	131.400	175.200	35.099	78.899	26,8	45,1
MA	215	4.548	6.984	9.312	2.436	4.764	34,9	51,2
DF	345	6.645	11.196	14.928	4.551	8.283	40,7	55,5
SC	117	2.129	3.816	5.088	1.687	2.959	44,3	58,2
CE	399	6.923	12.960	17.280	6.037	10.357	46,7	60,0
SP	1.476	25.158	47.844	63.792	22.686	38.634	47,5	60,6

Hipótese I - Taxa de ocupação - 90% Tempo Médio de Permanência - 10 dias

Hipótese II - Taxa de ocupação - 90% Tempo Médio de Permanência - 7,5 dias

QUADRO 6

DISTRIBUIÇÃO DA DESPESA DO INAMPS SEGUNDO RE GIÕES NO EXERCÍCIO DE 1984

REGIÕES	DESPESA 1984 CR\$ MILHÕES	% DO TOTAL DESPESA	DESPESA POR HAB (CR\$)
DIREÇÃO GERAL	159.817	3,16	-
NORTE	102.695	2,03	14.517
NORDESTE	799.172	15,82	20.829
SUDESTE	2.906.819	57,55	50.168
SUL	816.494	16,16	40.097
CENTRO-OESTE	266.151	5,27	30.135
TOTAL	5.051.148	100,00	30.135

QUADRO 7

ESTIMATIVA DA COBERTURA AMBULATORIAL, SEGUNDO POPULAÇÃO URBANA E RURAL E REGIÕES GEOGRÁFICAS, PELO INAMPS, EM 1984

REGIÕES	CONSULTA MÉDICA/HABITANTE		TOTAL
	Pop. Urbana	Pop. Rural	
NORTE	1,91	0,12	1,08
NORDESTE	1,82	0,46	1,19
SUDESTE	2,55	0,99	2,34
SUL	2,08	0,77	1,69
CENTRO-OESTE	1,74	0,45	1,39
BRASIL	2,24	0,59	1,78

Fonte: Secretaria de Planejamento, INAMPS, 1985.

QUADRO 8

ESTIMATIVA DE INTERNAÇÕES POR 100 HABITANTES,
EM 1984, SEGUNDO POPULAÇÃO URBANA E RURAL, REA
LIZADAS PELO INAMPS

REGIÕES	INTERNAÇÕES POR 100 HABITANTES		TOTAL
	Pop. Urbana	Pop. Rural	
NORTE	10,98	1,52	6,59
NORDESTE	9,05	3,71	6,58
SUDESTE	10,93	10,01	10,81
SUL	14,53	8,23	12,64
CENTRO-OESTE	10,63	6,60	9,55
BRASIL	11,04	5,76	9,56

Fonte: Secretaria de Planejamento - INAMPS. 1985.

QUADRO 9

DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS - ESTUDO COMPARATIVO

SR	Nº MÉDICOS	NECES. HOSP. (1)	NECES. AMBUL. (2)	TOTAL NECES.	DIFERENÇA
BR	34.684	3.125	23.976	27.101	7.583
AL	407	-	369	369	38
AM	349	-	231	231	118
BA	1.133	148	831	979	154
CE	1.029	133	714	847	182
MS	194	-	255	255	- 61
ES	474	-	552	552	- 78
GO	604	86	252	338	266
MA	607	72	231	303	304
MT	128	-	138	138	- 10
MG	2.247	193	1.935	2.128	119
PA	646	-	459	459	187
PB	784	122	693	815	- 31
PR	986	-	966	966	20
PE	1.720	293	996	1.289	431
PI	255	-	267	267	- 12
RJ	12.636	1.352	6.132	7.484	5.152
RN	365	-	336	336	29
RS	2.591	80	2.490	2.570	21
SC	983	39	825	864	119
SP	5.581	492	4.641	5.133	448
SE	206	-	285	285	- 79
DF	715	115	354	469	246
AC	44	-	24	24	20

(1) Necessidade = 1 médico para cada 3 leitos

(2) Necessidade = 3 médicos para cada consultório

Obs.: Foram autorizadas 832 novas admissões não computadas no Quadro

QUADRO 10

QUANTITATIVO DE SERVIÇOS PRÓPRIOS

ESTADOS	POSTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA	HOSPITAIS	LEITOS	
			EXISTENTES	FUNCIONANDO
Alagoas	11	-	-	-
Amazonas	4	-	-	-
Bahia	35	3	442	220
Ceará	17	2	399	381
Mato Grosso Sul	5	-	-	-
Espírito Santo	12	-	-	-
Goiás	13	1	257	257
Maranhão	9	2	615	215
Mato Grosso	6	-	-	-
Minas Gerais	65	3	621	577
Pará	13	-	-	-
Paraíba	16	3	366	276
Paraná	28	1	22	-
Pernambuco	35	3	877	785
Piauí	8	-	-	-
Rio de Janeiro	76	16	4.055	3.680
Rio G. do Norte	10	-	-	-
Rio G. do Sul	101	1	239	239
Santa Catarina	33	1	117	84
São Paulo	100	5	1.356	982
Sergipe	9	-	-	-
Distrito Federal	7	1	345	329
Acre	-	-	-	-
Rondônia	-	-	-	-
TOTAL	614	42	9.711	8.025

QUADRO 11

INAMPS, SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, DEPARTAMENTO DE ORÇAMENTO-PROGRAMA, EXERCÍCIO DE 1985

CÓDIGOS	ESPECIFICAÇÃO	EM CR\$ MIL							
		(1) ORÇAMENTO REALIZADO 1 9 8 4		(2) ORÇAMENTO-CORRENTE PI/NPAS-3536		(3) PROPOSTA 3ª REFORMULAÇÃO		(4) ORÇAMENTO PROJETADO-3ª REVERSÃO	
		Cr\$	% 2 1	Cr\$	% 3 1	Cr\$	% 4 1	Cr\$	% 4 1
	TOTAL GERAL								
2001	ADMINISTRAÇÃO	5.051.147.661	11.893.743.000	136	17.843.767.498	253	20.792.443.498	312	
2024	SERVIÇOS PRÓPRIOS	206.940.811	613.793.580	197	1.012.380.963	389	1.013.268.963	390	
2026	SERVIÇOS CONTRATADOS	961.790.615	2.753.172.311	186	4.691.885.264	388	4.740.997.264	393	
2027	ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS	2.944.677.196	5.423.974.670	84	7.698.080.320	161	8.995.660.320	205	
2028	HOSPITAIS UNIV. E DE ENSINO	242.874.498	982.267.882	304	1.228.289.480	406	2.106.908.020	767	
2031	REDE DE MEDICAMENTOS	138.095.438	325.196.016	135	716.313.820	419	716.313.820	419	
2032	FILANTRÓPICAS	89.015.112	430.508.810	384	414.386.800	366	414.386.800	366	
2033	SINDICATOS	106.132.399	255.028.435	140	369.194.640	248	700.672.100	560	
2034	EMPRESAS	54.022.615	132.274.080	145	212.605.380	294	212.605.380	294	
2035	REOR.E RACION.DA AS.MÉDICA	48.933.664	112.677.600	130	164.123.600	235	164.123.600	235	
2036	DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA	71.443.644	303.223.707	324	451.613.600	532	842.613.600	1079	
2037	ENCARGOS FINANC. EXTERNO	2.866.835	7.200.000	151	7.810.000	172	7.810.000	172	
2022	INATIVOS E PENSIONISTAS	2.014.009	5.587.740	177	6.717.740	234	6.717.740	234	
2060	PASEP	169.892.950	504.438.169	208	808.182.891	393	808.182.891	393	
		10.447.875	44.400.000	141	62.183.000	237	62.183.000	237	

QUADRO 12

HOSPITAIS PRÓPRIOS DO INAMPS - Nº DE LEITOS POR CLÍNICA - SITUAÇÃO EM JANEIRO - 1985

HOSPITAIS	CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA PEDIÁTRICA	CLÍNICA OBSTÉTRICA	CLÍNICA CIRÚRGICA	CLÍNICA ONCOLOGIA	CLÍNICA TISSIOLOGIA	URGÊNCIA EMERGÊNCIA	UTTI	TOTAL
RIO DE JANEIRO	626	340	478	1815	37	-	106	112	3514
Andaraí	61	39	14	254	-	-	9	16	393
Bonsucesso	128	63	90	332	-	-	23	11	647
Jacarepaguá	74	53	-	114	-	-	-	8	249
Orencio de Freitas	6	-	-	55	-	-	12	4	77
Mat. Nova Friburgo	-	5	39	-	-	-	-	-	44
Servidores	139	69	20	390	-	-	23	18	659
Lagoa	67	26	-	216	-	-	18	15	342
Ipanema	14	-	-	190	-	-	9	10	223
Laranjeiras	43	14	-	-	-	-	-	16	73
Traumo-Ortopedia	-	36	-	115	-	-	-	-	151
Oncologia	-	-	-	72	37	-	-	4	113
Mat. Praça XV	-	-	101	-	-	-	-	-	101
Mat. Carmela Dutra	-	-	118	-	-	-	-	-	118
Alcides Carneiro	59	-	-	9	-	-	-	-	68
Mat. Alexandre Fleming	-	-	66	-	-	-	-	-	66
Nova Iguaçu	35	35	30	68	-	-	12	10	190
PERNAMBUCO	119	62	114	377	73	-	112	15	872
Getulio Vargas	40	27	34	78	73	-	-	4	256
Agamenon Magalhães	24	15	65	114	-	-	17	4	239
Barão de Lucena	55	20	15	185	-	-	95	7	377
PARAÍBA	53	68	100	69	-	-	-	-	290
Alcides Carneiro	53	40	-	59	-	-	-	-	152
Infantil	-	28	-	-	-	-	-	-	28

QUADRO 12

HOSPITAIS PRÓPRIOS DO INAMPS - Nº DE LEITOS POR CLÍNICA - SITUAÇÃO EM JANEIRO - 1985

HOSPITAIS	CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA PEDIÁTRICA	CLÍNICA OBSTÉTRICA	CLÍNICA CIRÚRGICA	CLÍNICA ONCOLOGIA	CLÍNICA FISILOGIA	URGÊNCIA EMERGÊNCIA	UTI	TOTAL
Mat. João Pessoa	-	-	100	10	-	-	-	-	110
SÃO PAULO	462	106	209	413	5	-	50	30	1275
Brigadeiro	88	42	-	109	-	-	5	-	244
Heliópolis	216	-	-	200	5	-	22	14	457
Darcy Vargas	-	64	-	38	-	-	-	10	112
Ipiranga	158	-	34	30	-	-	20	6	248
Mat. Leonor M. Barros	-	-	175	36	-	-	3	-	214
MINAS GERAIS	211	128	114	57	13	62	-	-	585
Alberto Cavalcante	77	-	-	27	7	-	-	-	111
Júlia Kubitschek	134	-	-	18	-	62	-	-	214
Odete Valadares	-	128	114	12	6	-	-	-	260
CEARÁ	130	25	30	169	-	-	24	12	390
Geral Fortaleza	24	25	30	113	-	-	14	5	211
Mecejana	106	-	-	56	-	-	10	7	179
GOIÁS	41	39	45	99	-	-	56	8	288
Geral de Goiânia	41	39	45	99	-	-	56	8	288
MARANHÃO	88	25	-	85	-	-	20	7	225
Presidente Dutra	88	25	-	85	-	-	20	7	225
Materno Infantil	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANTA CATARINA	51	22	-	47	-	-	5	5	130
Florianópolis	51	22	-	47	-	-	5	5	130
RIO GRANDE DO SUL	-	92	40	24	-	-	-	8	164
Presidente Vargas	-	92	40	24	-	-	-	8	164

QUADRO 12

HOSPITAIS PRÓPRIOS DO INAMPS - Nº DE LEITOS POR
CLÍNICA - SITUAÇÃO EM JANEIRO - 1985

HOSPITAIS	CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA PEDIÁTRICA	CLÍNICA OBSTÉTRICA	CLÍNICA CIRÚRGICA	CLÍNICA ONCOLOGIA	CLÍNICA FISIOLÓGIA	URGÊNCIA EMERGÊNCIA	UTI	TOTAL
BAHIA									
Ana Nery	34	55	69	136	-	-	4	8	306
Manuel Vitorino	17	10	36	78	-	-	-	8	149
Centro de I. E Recup.	17	-	33	58	-	-	-	-	108
DISTRITO FEDERAL									
Presidente Medici	-	45	-	-	-	-	4	-	49
	98	38	44	65	10	-	14	7	276
	98	38	44	65	10	-	14	7	276
BRASIL	1913	1000	1243	3356	138	62	391	212	8315

III - COMENTÁRIOS

As diretrizes e prioridades estabelecidas nos dois documentos da Parte A desta coletânea incidiram de forma objetiva na prática institucional do INAMPS no período maio de 1985 a fevereiro de 1988, tendo como inspiração maior os princípios da reconstrução e recuperação da credibilidade da Previdência Social definidas pelo Ministro Waldir Pires. "Previdência Social é viável" foi a resposta à situação caótica encontrada. Ao iniciar-se o governo, o déficit de caixa estimado era da ordem de 7,9 trilhões de cruzeiros, muito além, portanto, dos valores anunciados pelo governo anterior que, ao subestimar os gastos com benefícios previdenciários e assistência médica, fixou o déficit em Cr\$ 1,9 trilhão.

A deterioração da imagem da Previdência Social se agravava com a denúncia das fraudes na concessão de aposentadorias, de auxílios-doença, do superfaturamento de hospitais privados, pagamentos por internações não realizadas, compras de equipamentos e materiais médico-hospitalares por preços acima do aceitável e assim por diante.

Esse quadro sombrio ameaçava a recuperação dos níveis de cobertura de cuidados de saúde e criava limites estreitos para a realização das prioridades de universalização, equidade e expansão do atendimento ambulatorial e hospitalar.

Ao mesmo tempo em que Waldir Pires determinava medidas destinadas a melhorar a arrecadação, associada ao efeito decorrente do crescimento da massa de salários,

saneava-se a máquina administrativa, criavam-se mecanismos de controle gerencial, combatia-se a fraude de forma a restabelecer um equilíbrio receita-despesa que levou a um saldo de caixa da ordem de 6,5 trilhões em dezembro de 1985.¹

Com tais medidas, foi possível assegurar um percentual de 26,36% do orçamento do Fundo da Previdência e Assistência Social para o INAMPS, ainda inferior, entretanto, aos valores alcançados em 1980 (29,37%), mostrando uma efetiva recuperação em relação aos orçamentos de 1982 a 1984 (22,70%, 21,87% e 25,41% respectivamente).²

A universalização e a equalização do atendimento foram iniciadas com a expansão das Ações Integradas de Saúde para cerca de 950 municípios contra 112 conveniados em dezembro de 1984, e o gasto com esse programa, inicialmente previsto para 900 bilhões de cruzeiros, atingiu a 1,6 trilhão de cruzeiros. Ampliaram-se as consultas médicas em 2,7 milhões de atendimentos, sendo significativo o aumento de 4 milhões de consultas na região Nordeste e a redução de 2,9 milhões de consultas, particularmente os atendimentos ambulatoriais de urgência na região Sudeste (sobretudo São Paulo), graças aos mecanismos gerenciais de controle e ao combate às fraudes. Foram prestados cerca de 238 milhões de consultas médicas em todo o país pelos serviços direta ou indiretamente vinculados ao INAMPS.³ É significativo que nesse período tal ampliação se tenha devido ao melhor desempenho dos serviços públicos estaduais e municipais (aumento de 20,67% em relação a 1984) e hospitais universitários (16,08%),

1 MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - A Previdência Social é viável, Brasília, 1986.

2 MPAS/INAMPS - Relatório de atividades, Rio, 1985, 41p.Quadro 7

3 MPAS/INAMPS - Relatório de atividades, Rio, 1985, 41p.Quadro 1

com redução de cerca de 8,6 milhões de consultas nos ser
viços contratados (-11,47%).

A extensão da cobertura e a eqüidade urbano-rural não provocaram uma epidemia de internações em decorrência dos mecanismos de gerenciamento introduzidos no Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). Foram prestadas 12.095 mil internações no ano de 1985 contra 12.669 mil em 1984, em que pese ter sido iniciada nos estados do Sul do país e em alguns es
tados do Nordeste a adoção do SAMHPS (ou sistema AIH), utilizando-se também para as populações rurais proce
dimentos hospitalares destinados exclusivamente às populações urbanas.

Extinguiu-se a figura do indigente com a expansão das AIS, com a revisão do convênio com os hospitais universitários, que passaram a garantir a cobertura de pacientes não-universitários, e a autorização para atendimento nos hospitais e ambulatórios do INAMPS de pacientes não-previdenciários.

Essas mudanças prepararam as condições institucionais para as transformações que ocorreriam a seguir. Ainda que se tivessem introduzidos modificações importantes na rede de serviços de saúde, a integração dos serviços ainda era uma intenção distante. A multiplicidade de vínculos administrativos e, portanto, sua superposição, quando não de competição entre instituições, tornavam difícil a integração efetiva.

A centralização no âmbito federal comprometia a agilidade tanto da máquina administrativa do INAMPS quanto dos órgãos vinculados ao Ministério da Saúde. O debate em torno do projeto de unificação, que se resumia nesse mo

mento à simples transferência do **INAMPS** e do **CEME** para o Ministério da Saúde, indicava que a concepção centralizadora e burocratizante (portanto paralisante) ainda prevalecia, mesmo entre segmentos progressistas que defendiam um sistema único de Saúde. Mas isso é outra história cuja polêmica será estimulada pelo material apresentado na segunda parte desta coletânea.

Cad. IMS; RJ; v. 2; nº 1; p. 69 - 153; abril/maio 1988.

PARTE B:

A REFORMA SANITÁRIA

IV - A REFORMA SANITÁRIA I. BASES ESTRATÉGICAS E OPERACIONAIS PARA A DESCENTRALIZAÇÃO E UNIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE
ABRIL 1986 *

DIRETRIZES PARA UM SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

1. A questão institucional da reestruturação do sistema de saúde tende a polarizar a estratégia da Reforma Sanitária face as controvérsias sobre a definição de um novo órgão federal, formulador e condutor da política de saúde. A solução mais frequentemente apresentada é a de uma nova estrutura, resultante da revisão de funções e organização do Ministério da Saúde e do INAMPS — Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social.

2. Embora haja concordância de que uma nova estrutura para ser realmente inovadora não deve repetir as atuais, com excesso de níveis administrativos (centralização dos processos decisórios, etc.), vão sendo disseminadas posições que podem levar a uma solução não desejada, ou seja: a transferência do INAMPS, pura e simplesmente. Isto só causaria hipertrofia e agravaria a ineficiência dos mecanismos de decisão e de gestão, tão lentos e pensadamente burocráticos. A reação imediata a este risco,

* Documento elaborado por Hesio Cordeiro após as recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em março de 1985. A versão geral final contou com a colaboração do Dr. José Carvalho de Noronha, Secretário de Medicina Social do INAMPS. Publicação original: CORDEIRO, H. A Reforma Sanitária (I). Bases estratégicas e operacionais para a descentralização e unificação do sistema de saúde. Rio de Janeiro. MPAS/INAMPS, 1986.

no âmbito do próprio Governo, poderá ser a rejeição de proposta de mudança e o fortalecimento dos preconceitos ligados à baixa eficiência do setor público na área social.

3. Outro risco é o da solução meramente político-institucional — a transferência do INAMPS — sem levar em conta a complexidade do sistema de financiamento, majoritariamente vinculado à contribuição previdenciária. Portanto, coloca-se uma questão prévia: qual a formulação ou princípio que prevalece no seio do Governo? A contribuição previdenciária, sendo distinta de um imposto, deve gerar recursos apenas para a cobertura médico-assistencial à população previdenciária? Esta é a posição predominante na Comissão da Reforma da Previdência Social. Atualmente os recursos do FPAS — Fundo de Previdência e Assistência Social — são também destinados à política de universalização e equalização da assistência médico-hospitalar, envolvendo as rubricas relativas à remuneração de serviços prestados por hospitais universitários, convênios com Secretarias Estaduais de Saúde, Prefeituras Municipais, entidades filantrópicas e privadas, além do atendimento universalizado na própria rede do INAMPS e das Unidades do Ministério da Saúde. (Recorde-se que os convênios com Prefeituras e Secretarias de Saúde, embora criem condições de ampliação de Serviços para a universalização, se destinam, na sua origem, a remunerar os serviços prestados por tais instituições aos segurados urbanos, e rurais da Previdência Social.) Estas considerações indicam que a Reforma Sanitária não deve traduzir-se por medidas parciais como a transferência de recursos das AIS — Ações Integradas de Saúde para o âmbito do Ministério da Saúde, ou a transferência de um percentual fixo do orçamento do MPAS — Ministério da Previdência e Assistência

Social para o Ministério da Saúde, entre outras.

4. Retornando à questão institucional, para daí recuperarmos as propostas do financiamento, formulam-se as seguintes estratégias:

I) Institucional

- a unificação não se deve dar pela transferência de hospitais e ambulatórios do INAMPS para o Ministério da Saúde ou sucedâneo;
- a unificação descentralizada (ou descentralizadora) deve conduzir a um sistema federalizado, ou seja, de base estadual e municipal, adaptado às peculiaridades regionais e estaduais;
- a estratégia de unificação deve voltar-se para a consolidação dos sistemas estaduais e municipais tendo como unidade menor de análise (e de operação) do sistema o Distrito Sanitário que, entretanto, não é mera unidade administrativa e, sim, um conceito operacional, uma ferramenta para a mudança do conteúdo das práticas de saúde;
- este processo deve iniciar-se pela transferência da gestão das Unidades próprias do INAMPS e do Ministério da Saúde para o âmbito estadual/municipal, excetuando-se hospitais de grande complexidade tecnológica, que servem à pesquisa e/ou unidades de referência em nível nacional.

II) Quadro de Pessoal

- a transferência da gestão não implica na ruptura da vinculação do pessoal do âmbito federal, ou seja, do Ministério da Previdência e Assistência Social ou Ministério da Saúde;
- o pessoal atual manteria o vínculo com a administração federal, na qualidade de cedidos aos governos estaduais/prefeituras, assegurando-se salários e todos os direitos adquiridos, inclusive os reajustes salariais;
- toda e qualquer nova contratação de pessoal para o sistema unificado, assim que concretizada a transferência, se daria a nível estadual e municipal, reduzindo-se progressivamente o quadro de pessoal do nível federal;
- coloca-se como questão central de conflito os planos de carreira e de salários distintos. Cada projeto de unificação e descentralização no âmbito de cada Estado e Município geraria um subprojeto de isonomia de cargos e salários, garantindo-se, durante um certo período, a participação dos órgãos federais na destinação de recursos para sua efetivação.

III) Financiamento

- as estratégias na área do financiamento podem ser delineadas segundo três alternativas:
 - a) a substituição gradual de recursos federais (FPAS — Fundo da Previdência e As

sistência Social, orçamento do Ministério da Saúde, FINSOCIAL, etc.) por recursos dos orçamentos dos Estados e Municípios (5 a 10% ao ano, por hipótese);

- b) a manutenção da atual destinação dos recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social mediante a Programação e Orçamentação Integradas, com distribuição em duodécimos para a rede de serviços.
- c) a constituição do Fundo de Saúde nos níveis federal, estadual e municipal para os quais seriam alocados os recursos oriundos de diferentes fontes.

A primeira alternativa depende da decisão política relativa à reforma tributária, de tal forma que sejam viabilizadas a maior participação e a progressiva substituição por recursos estaduais e municipais.

A segunda alternativa admite duas soluções:

- b1) o repasse dos recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social seria feito para os Governos Estaduais e Municipais, inclusive os destinados às redes ambulatorial e hospitalar contratadas, ou
- b2) a integração seria feita na programação e orçamentação, mantendo-se o fluxo MPAS/LAPAS — Institu

to de Administração Financeira da
Previdência Social e Assistência
Social, prestadores de serviços.

A última alternativa implica em transferir integralmente os recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social, o que contraria o caráter específico da contribuição previdenciária, que deve garantir a cobertura de saúde do trabalhador e seus dependentes.

A constituição dos fundos estaduais e municipais se processaria através dos recursos oriundos do Ministério da Saúde, do FINSOCIAL e outros, destinados aos Estados e Municípios, de acordo com um cronograma de repasses estabelecidos pela programação integrada.

Na realidade, os "fundos únicos" em níveis estadual e municipal podem ser traduzidos pela existência de uma sistemática de gestão financeira única do Governo Estadual (Secretaria de Saúde e da Prefeitura). Esta proposta do fundo único é compatível com as alternativas a e b1, sendo incompatível com a alternativa b2.

Uma proposta para equacionar o fluxo de recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social para o sistema único de saúde é apresentada no item V.

Deve-se ter presente que tais estratégias devem considerar:

- a experiência internacional que indica que re cursos dos diversos regimes da Previdência So cial não são facilmente substituídos e que a expansão do conceito de "seguro" para o de "se guridade" preserva a destinação de parcela da contribuição previdenciária para a assistência médica;
- o poder de pressão do setor saúde, que é ainda reduzido frente a outras áreas de Governo, não podendo, portanto, correr riscos de substitui ções de recursos que possam resultar na redu ção do orçamento de saúde.

IV) Estruturas Gestoras

- o modelo de gestão do sistema unificado toma como base as atuais estruturas do AIS — Ações Integradas de Saúde, definindo-se:
 - . o gestor único em nível estadual — o Se cretário Estadual de Saúde.
 - . o gestor único em nível municipal — o Se cretário Municipal de Saúde ou equivalen te.
 - . o gestor único em nível do Distrito Saní tário.
 - a) no caso do Distrito ser menor que o Município — autoridade local de legada pela CIMS — Comissão Inte rinstitucional Municipal de Saúde;

b) no caso de ser idêntica ao Município — o Secretário Municipal de Saúde ou equivalente;

c) no caso de ser idêntica ao Município — o Secretário Municipal de Saúde ou equivalente;

d) no caso de incluir vários Municípios — autoridade delegada pela CRIS — Comissão Regional Interintitucional de Saúde.

- as comissões de saúde das AIS — Ações Integradas de Saúde manterão composição que represente nos Estados e Municípios o MPAS — Ministério da Previdência e Assistência Social, o MS — Ministério da Saúde, o MEC — Ministério da Educação e Cultura, o MTb — Ministério do Trabalho, que seria incluído, e o poder público estadual/municipal;

- a participação popular será concretizada através dos Conselhos Comunitários de Saúde, autônomos em relação ao poder público, e com poderes assegurados de fiscalização, controle e apresentação de propostas e prioridades;

- as gestões estadual e municipal devem igualmente ser descentralizadas e democratizadas transferindo-se atribuições de planejamento e de execução orçamentária para as Unidades hospitalares, ambulatoriais de maior porte e centros de saúde;

- o modelo de gestão das Unidades federais transferidas e das Unidades estaduais e municipais custeadas com participação de recursos de diversas fontes deverá ser o seguinte:

. Conselho Diretivo da Unidade — representantes do MPAS — Ministério da Previdência e Assistência Social, MS — Ministério da Saúde, SES — Secretaria Estadual de Saúde, SMS — Secretaria Municipal de Saúde, quando for o caso, e dois representantes do corpo clínico e de servidores não-médicos.

. Diretor-executivo da Unidade (e demais níveis de direção), subordinado ao Conselho Diretivo, indicado pela CIMS — Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, CRIS — Comissão Regional Interinstitucional de Saúde, ou CIS — Comissão Interinstitucional de Saúde.

. Conselho Comunitário da Unidade, autônomo em relação ao poder público, gerido pela comunidade.

- deverá ser estabelecido um modelo de autogestão das Unidades a partir do Conselho Diretivo que teria capacidade plena de execução do orçamento, procedimentos de compra de material de consumo e equipamentos até certo nível de complexidade, contratação de serviços, realização de obras, etc;

- a gestão unificada deverá incorporar não só os

cuidados de saúde relativos às pessoas, como as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, de saneamento básico, sobre o meio ambiente e o ambiente de trabalho, etc.

V) Fluxo de recursos do FPAS e reflexos institucionais no MPAS e MS

Dentro desse modelo, como seriam estabelecidas as relações entre o MPAS — Ministério da Previdência e Assistência Social, recursos do FPAS — Fundo de Previdência e Assistência Social para assistência médica e os sistemas unificados? Em primeiro lugar, os recursos destinados pelo FPAS para assistência médico-hospitalar devem adquirir uma nova conceituação: são recursos destinados a cuidados de saúde, portanto, podem ser destinados a ações de saúde nas esferas preventiva e curativa, inclusive a vigilância epidemiológica. Secundariamente, e em certas situações emergenciais, poderiam ser destinados às ações de combate à transmissão de doenças infecto-parasitárias relativas ao meio ambiente e às ações sobre o ambiente de trabalho.

As ações dirigidas ao meio ambiente e ao ambiente do trabalho (saneamento básico, controle de poluentes) serão custeadas por recursos oriundos dos orçamentos fiscais da União, Estados e Municípios, em volume necessário para o cumprimento de um plano estratégico de saneamento, controle do meio ambiente e do ambiente de trabalho. Da mesma forma as demais ações de "saúde pública" continuarão custeadas por recursos fiscais.

O repasse de recursos do MPAS — Ministério da Previdência e Assistência Social será feito de acordo com o modelo de co-gestão com o setor público, cujo montante se

rã definido anualmente com base na programação e orçamento integrado. Os recursos mencionados neste item são aqueles vinculados aos órgãos próprios, transferidos para as esferas estadual ou municipal, e recursos destinados atualmente às Secretarias Estaduais e Prefeituras Municipais.

Os recursos destinados aos convênios e contratos com hospitais universitários, hospitais filantrópicos, ambulatórios, hospitais particulares, sindicatos e outros podem ser transferidos para a administração estadual ou municipal em duodécimos. Assim como a autorização de pagamento pode ser feita por órgão da Secretaria de Saúde mediante a apresentação do documento de cobrança. No caso do **SAMHPS** — Sistema de Autorização Médica Hospitalar da Previdência Social, o fluxo poderá se dar entre **IAPAS** (prestador de serviços mediante aprovação e autorização do relatório da **DATAPREV** — Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social), pelo órgão de controle e avaliação da Secretaria Estadual de Saúde, em etapa posterior à consolidação da unificação do setor público.

O **MPAS** — Ministério da Previdência e Assistência Social manterá em cada Estado um órgão de controle e acompanhamento mediante convênio com a Secretaria de Saúde que, institucionalmente, poderá ser uma estrutura simplificada da Superintendência Regional contando apenas com: **Superintendente, Secretaria de Medicina Social e Coordenadoria de Controle e Avaliação**. Ao fim do período previsto para a implantação e consolidação, estes órgãos seriam incorporados à Secretaria de Saúde.

Em nível municipal, as Chefias de Medicina Social serão incorporadas à estrutura do órgão gestor (Secretaria Mu

nicipal de Saúde), extinguindo-se a vinculação administrativa com a esfera federal.

As decisões relativas à realização de convênios ou contratos com entidades filantrópicas, privadas ou médicas isoladas (credenciamentos) ficarão no âmbito da CIMS — Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde e CLIS — Comissão Local Interinstitucional de Saúde, definidas enquanto metas físico-financeiras no processo de programação e orçamentação do qual participa o MPAS — Ministério da Previdência e Assistência Social/FPAS — Fundo de Previdência e Assistência Social

Os reflexos, em nível central, destas mudanças seriam:

a) INAMPS

A direção geral se transformaria num órgão de planejamento e controle dos recursos do FPAS destinados à saúde, reduzindo-se a uma estrutura ágil e pequena que se integraria à Secretaria de Serviços Médicos (ou Secretaria de Serviços de Saúde), transferindo-se para Brasília. Esta estrutura teria funções de planejamento, orçamento, acompanhamento dos repasses de recursos e controle do cumprimento das metas e avaliação do atendimento prestado. Até o processo completar-se, persistiria um órgão de gerenciamento das Unidades médico-hospitalares que não se tenham transferido de imediato para os outros níveis.

b) Ministério da Saúde

As funções de formulação da política de saúde, normativa e de planejamento seriam integralmente assumidas pelo novo Ministério. Persistiriam também as funções rela

cionadas ao combate às grandes endemias, a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, bem como a CEME — Central de Medicamentos e a FIOCRUZ — Fundação Instituto Oswaldo Cruz e algumas unidades médico-assistenciais de referência em nível nacional. Disporia de:

- . Órgão de Planejamento, Orçamento e Controle
- . Órgão de Combate a Endemias (SUCAM — Superintendência das Campanhas de Saúde Pública)
- . Órgão Normativo de Vigilância Sanitária
- . Órgão de gerência das Unidades médico-hospitalares que persistirem no âmbito federal
- . Órgão de Vigilância Epidemiológica
- . CEME
- . FIOCRUZ (sem as Unidades médico-hospitalares).

O INAM — Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição deveria incorporar-se a um futuro Ministério do Desenvolvimento Social que abarcaria as funções de saneamento básico, habitação e nutrição.

Proposta tático-operacional para a constituição do Serviço Nacional de Saúde

1. O processo de unificação descentralizada compreenderá uma redefinição das estruturas e funções do MPAS/INAMPS e do Ministério da Saúde e seus órgãos componentes que se dará à medida em que se desenvolver a unificação em regiões — Estados ou Municípios.

2. A unificação deve iniciar-se pela transferência de Unidades básicas e ambulatórios para a gestão municipal, tendo na CIMS — Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde o colegiado de decisão sobre os planos e estratégias locais, definindo-se um gestor único que, preferencialmente, será o Secretário Municipal de Saúde.

3. A transferência de Unidades tomará como critérios:

- a) a elaboração de projetos de municipalização de serviços, definindo-se o perfil da rede municipal, seus níveis de hierarquia e referência em nível regional, a política de pessoal (regime de trabalho, número de profissionais em tempo integral, principalmente médicos e regime salarial);
- b) transferência de Unidades vinculadas à rede estadual e federal tomando como base o nível de complexidade e a utilização da capacidade instalada. Assim, serão transferidas as Unidades das mais simples às mais complexas (Unidades básicas, ambulatórios e finalmente hospitais de nível municipal) e de acordo com o grau de utilização da capacidade instalada, ou seja, serão transferidas de imediato aquelas Unidades que funcionem em apenas um turno, tenham falta de pessoal, etc.;
- c) após consolidar o funcionamento destes módulos municipais, dependendo das características do Município, transferir-se-á a responsabilidade da gestão dos convênios e contratos com os demais prestadores públicos e privados dentro do nível de complexidade tecnológica

compatível com o Município (população, capacidade gerencial, etc.).

4. Os recursos para viabilizar esta transferência de gestão serão providos pelas instituições a que tais Unidades estão vinculadas, garantindo-se os recursos para custeio, aquisição de equipamentos, reformas, etc., previstos para o exercício.

5. O pessoal permanecerá vinculado ao nível federal ou estadual garantindo-se todos os direitos e vantagens. O tempo integral incluirá o trabalho em um único local reunindo-se os dois vínculos e mais um adicional que represente o patamar salarial para o efetivo exercício de TI (Tempo Integral) + DE (Dedicação Exclusiva) — esta opcional.

6. As novas contratações serão efetivadas pela Prefeitura Municipal, transferindo-se recursos via AIS que se somarão aos recursos municipais e estaduais. A definição da participação das diversas instituições se dará na formulação da POI — Programação Orçamentária Integrada.

7. Nos Municípios onde as condições de municipalização se completarem será incorporada a gestão dos convênios e contratos, transferindo-se o órgão local de medicina social para o âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. O gerenciamento destes convênios/contratos, tanto no aspecto do controle e avaliação quanto na área financeira passam para a SMS — Secretaria Municipal de Saúde. A emissão das GAP's (Guias de Autorização de Pagamento — para pagamento dos prestadores) será atribuída a este órgão, de acordo com o fluxo definido pelo IAPAS — Instituto de Administração da Previdência Social, destinan

do-os à Agência da Previdência Social local. Assim o "caixa" para pagamento a estes setores persistirá no IAPAS — Instituto de Administração da Previdência Social, na qualidade de gestor financeiro do FPAS — Fundo de Previdência e Assistência Social.

8. Caberá à CIMS — Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, a partir dos critérios e parâmetros definidos em níveis estadual (CIS — Comissão Interinstitucional de Saúde) e federal, decidir sobre contratação de hospitais, ambulatorios e credenciamentos de médicos isolados.

9. Os projetos de municipalização conterão as bases de constituição dos DS — Distritos Sanitários, incluindo a integralidade das ações de saúde (sobre os indivíduos, meio ambiente, ambiente de trabalho, etc.), as condições materiais de resolutividade (medicamentos, equipamentos, etc.) e a adscrição/vinculação de grupos de população à equipe de saúde e de indivíduos/famílias ao médico (especialidades básicas).

10. As Unidades mais complexas ambulatoriais e hospitalares (ou quando a situação dos Municípios assim exigir) serão transferidas para a gestão estadual, tendo na CIS — Comissão Interinstitucional de Saúde o colegiado de definição dos planos e estratégias e no Secretário Estadual de Saúde o gestor único do sistema.

11. A gestão em nível estadual deve voltar-se para a redistribuição de recursos entre regiões e Municípios a partir do plano estadual de saúde. Assumirá a prestação de serviços de maior nível de complexidade ações dirigidas ao meio ambiente, etc. que não comporte o nível municipal.

12. A gestão de convênios e contratos com demais pres tadores será relativa a Unidade de caráter regional e estadual (referência para os Distritos Sanitários ou Mu nicípios).

13. As SR-INAMPS (Superintendências Regionais INAMPS) restringirão progressivamente suas estruturas e suas funções que deverão orientar-se para o acompanhamento, controle e avaliação, além da participação na POI — Pro gramação e Orçamentação Integradas. A emissão de GAP's — Guias de Autorização de Pagamento se fará por órgão da Secretaria Estadual de acordo com o fluxo definido pelo IAPAS — Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social, que permanecerá como entidade de gerenciamento do "caixa" vinculado ao FPAS — Fundo de Previdência e Assistência Social.

14. Isto significa que, à medida que avançar o processo de unificação, os órgãos vinculados à administração de Unidades próprias, planejamento, administração de mate rial e finanças, etc. serão extintos, com remanejamento de pessoal.

15. A SR-INAMPS (Secretaria Regional INAMPS) em um esta do com sistema unificado poderá restringir-se a superin tendente, órgão de controle e avaliação, órgão de pes soal (restrito), este último enquanto não se completar a transferência para os níveis estadual e municipal.

16. Os contratos/convênios serão assinados entre presta dor (Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Munici pal de Saúde) — MPAS, cabendo à Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde representar os in teresses do MPAS nas instâncias jurídicas pertinentes.

17. O instrumento de integração programática e orçamentária será a POI — Programação Orçamentária Integradas e o instrumento de acompanhamento, aquele aprovado pela Resolução CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento) 11/86, modificado e ajustado à nova realidade.

18. A nível federal serão redefinidas as funções da DG — Direção Geral/INAMPS e do MS — Ministério da Saúde.

Em nível do MPAS, a DG/INAMPS se fundirá com a Secretaria de Serviços Médicos, transformando-se na Secretaria de Acompanhamento das Ações de Saúde do MPAS, de acordo com o descrito na parte I.

19. Um processo de transformação semelhante ocorrerá no MS, conforme proposto na parte I.

20. Os órgãos federais (MS e MPAS) prepararão os elementos jurídicos e normativos para orientar o processo de unificação.

21. Os Hospitais Universitários permanecerão vinculados às Universidades, integrando-se no sistema único através das CIS — Comissões Interinstitucionais de Saúde e CIMS — Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde. A gestão do Hospital Universitário permanecerá na órbita das Universidades, tendo obrigatoriamente autonomia na gestão financeira, dispondo de orçamento individualizado e definido através da POI.

22. Todas as Unidades da rede unificada servirão como campo de integração do ensino e prestação de serviços para todas as profissões de saúde.

23. As procuradorias regionais do INAMPS voltarão ao

âmbito do IAPAS — Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social, encarregando-se dos aspectos jurídicos do gerenciamento dos recursos do FPAS — Fundo de Previdência e Assistência Social. A Procuradoria Geral poderá incorporar-se à estrutura da Secretaria de Serviços Médicos ou à Consultoria Geral do MPAS.

24. Distritos Sanitários

- Os Distritos serão definidos pelas CIS — Comissões Interinstitucionais de Saúde em cada Estado, podendo coincidir ou não com o território de um Município.
- Como Unidade operacional local, o Distrito Sanitário compreenderá como estruturas gestoras:
 - a) administração pública
 - A CIMS — Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, no caso de coincidir com o Município;
 - A CLIS — Comissão Local Interinstitucional de Saúde, se for parte de um Município;
 - A CRIS — Comissão Regional Interinstitucional de Saúde, se corresponder a um consórcio de Municípios.
 - b) participação comunitária
 - através do Conselho de Saúde do Dis

trito Sanitário, que contará com participação de entidades comunitárias e sindicais, de profissionais de saúde e prestadores de serviço, podendo coincidir com o Conselho Municipal de Saúde, caso o território do DS — Distrito Sanitário seja idêntico ao do Município.

Atribuições dos Distritos Sanitários:

- a) atividades de prescrição referentes ao controle e à vigilância do meio ambiente e do ambiente de trabalho, incluindo inspeção a fábricas, projetos agro-industriais, em locais de trabalho em geral;
- b) atividades de saúde pública vinculadas a higiene dos alimentos, uso de substâncias tóxicas e todos elementos químicos, físicos e biológicos capazes de gerar danos à saúde;
- c) atividades de prevenção ligada aos indivíduos e grupos de indivíduos incluindo a educação em saúde, imunizações, ações para controle de doenças infecto-parasitárias, crônico-degenerativas e saúde mental;
- d) ações de cuidado médico-ambulatorial, hospitalar e odontológico, de nível básico, pelo menos;

- e) vigilância e combate a endemias e epidemias;
- f) vigilância e controle do uso de medicamentos e outras substâncias e materiais de consumo médico-sanitário;
- g) dispensação de medicamentos; assistência farmacêutica.

25. Saúde do Trabalhador — órgão normativo em nível federal.

- Será constituído um novo órgão normativo vinculado ao MS — Ministério da Saúde que reincidirá da política de prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, formação de pessoal especializado, intercâmbio de informações entre instituições de saúde e entidades vinculadas aos trabalhadores e empresários; normas de instalação e funcionamento de equipamentos visando à prevenção dos acidentes de trabalho.
- O pessoal de fiscalização dos assuntos de trabalho, inspeção a fábricas, etc. ficará vinculado aos Distritos Sanitários, incorporando-se à equipe de saúde. Em cada DS será organizado um núcleo de formação da saúde do trabalhador, dependente da administração do DS e com caráter multidisciplinar, assegurando-se a participação dos trabalhadores e empresários através de suas entidades. Estas funções poderão ser exercidas em nível regional (consórcios de Distritos Sanitários) ou estadual.

- Em cada região e dependendo das características estaduais e regionais serão instalados laboratórios de referência para o diagnóstico de doenças profissionais, realização de dosagens e identificação de riscos de exposição a agentes químicos, físicos, radiações ionizantes, etc., subordinados administrativamente a órgão regional (CRIS — Comissão Regional Interinstitucional de Saúde) ou estadual (SES — Secretaria Estadual de Saúde).

- Os Ministérios do Trabalho, Previdência e Assistência Social e Saúde elaborarão um novo instrumento legal em matéria de higiene e segurança do trabalho com a finalidade de prevenir os acidentes de trabalho e doenças profissionais, unificando e atualizando a legislação existente.

26. Instrumentos de informação

- instituir a carteira pessoal de saúde, incluindo dados pessoais, características da história clínica, tratamentos e exposições a risco nas condições de vida e trabalho;

- instituir o registro de dados sobre o meio ambiente e ambiente de trabalho relativo ao território compreendido no Distrito Sanitário ou conjunto de Distritos Sanitários.

27. Assistência farmacêutica

- política de produção, distribuição e comercialização de medicamentos; controle de qualidade

e vigilância sanitária; normatizados em nível central (MS) e implementados de forma descentralizada, de preferência pelas Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

28. Perícia Médica

- Os instrumentos legais definirão possibilidades de convênio entre o INPS — Instituto Nacional da Previdência Social e as entidades estaduais e locais de saúde para a realização de perícia médica vinculada aos benefícios pecuniários de auxílio-doença, auxílio-acidentário e invalidez por acidente (aposentadoria por invalidez), valendo-se das Unidades de cada Distrito Sanitário.

29. Será elaborado anteprojeto de lei a ser submetido à apreciação do Congresso Nacional revogando a Lei nº 6.229/75, e criando-se o Serviço Nacional de Saúde.

30. O MPAS, o MS, o MTb e o MEC

- constituirão em nível da CIPLAN — Comissão Interministerial de Planejamento, comissão ou grupo de trabalho para elaborar os documentos legais de transferência do patrimônio e de pessoal das Instituições Federais aos Governos Estaduais e Prefeituras Municipais (incluindo Consórcios Municipais).

V - A REFORMA SANITÁRIA II. SAÚDE E CONSTITUINTE; A DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE; A ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE E O DISTRITO SANITÁRIO
JUNHO 1987 *

1. SAÚDE E CONSTITUINTE

1.1 A Ordem Social e a Saúde na Constituição Brasileira

No que se refere à ordem social, a questão central para o Constituinte está em definir qual o papel que o Estado deve desempenhar na sociedade brasileira.

A crise atual das políticas sociais decorre, fundamentalmente, de uma concepção política, econômica e técnica do Estado, gestada no período do autoritarismo, e que somente com a nova Carta Constitucional será superada. O processo constituinte em curso representa exatamente o momento por excelência para a discussão e ampla reavaliação do papel do Estado.

Na concepção ainda vigente, a ação do Estado na área social é enfocada sob uma ótica preconceituosa, tendo como tônica a ineficiência do aparelho estatal, a completa incapacidade gerencial do Estado na execução das políticas

* Documento que reúne três trabalhos elaborados por Hesio Cordeiro como contribuição aos debates sobre Saúde na Constituinte e sobre a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde. Na parte referente a Democratização da Saúde participou de forma intensa e criativa o Sr. Sérgio Granja, assessor da Presidência do INAMPS. Na parte referente a administração do Distrito Sanitário, as críticas e contribuições mais significativas foram da Sr^ª Elisa de Souza Almeida, Diretora de Pessoal do INAMPS e do Dr. José Paranaguá Santana, Diretor de Recursos Humanos do INAMPS. Publicação original: CORDEIRO, H. A Reforma Sanitária (II). Saúde e Constituinte; a democratização da saúde; a administração da saúde e o Distrito Sanitário, Rio de Janeiro: MPAS/INAMPS, 1987.

sociais. Em outros termos, cai-se no círculo vicioso de que tudo que é público é ineficiente, funciona mal, e que, portanto, os investimentos sociais não devem constituir uma prioridade governamental. Cabe à Constituinte romper, de uma vez por todas na história das políticas sociais do país, com esses preconceitos, revisando a função social do Estado na sociedade brasileira.

Para levar adiante a mutação da concepção do Estado, é preciso reconceituar sua ação como implementador, executor das políticas sociais enquanto instrumentos efetivos de redistribuição da renda e de realização da democracia social, tomando por base as condições materiais e sociais das diferentes classes da sociedade brasileira e direcionando seletivamente a ação estatal para a promoção das camadas sociais mais carentes.

A exigência desta revisão é coerente com a proposta da VIII Conferência Nacional de Saúde que, acertadamente, define e conceitua a saúde como um processo muito mais amplo do que o simples acesso aos serviços de saúde, envolvendo a política econômica, por ser esta determinante das políticas de emprego, de salários, de renda, de habitação, de saneamento etc, que condicionam a situação geral de saúde da população.

1.2 A Descentralização dos Serviços de Saúde: Municipalização e Estadualização como Estratégias para Unificação. Conceito de Unificação. Co-Gestão como Estratégia de Transição

Entendemos que a descentralização dos serviços de saúde, através de sua municipalização ou estadualização, deva ser uma das estratégias centrais no sentido da extensão

da cobertura, da ampliação do controle social sobre a qualidade do atendimento e da própria possibilidade de aprimoramento dos cuidados de saúde.

É evidente que a velocidade e o ritmo de cada processo, e mesmo a escolha do caminho a ser tomado para a descentralização (municipalização ou estadualização), deverão ser determinados pelas situações regionais específicas.

Assim, em alguns Estados, as Ações Integradas de Saúde (AIS) chegaram a um grau tal de maturação, que torna possível dar um salto qualitativo para um novo modelo, que pode incluir já, no seu limite máximo, a transferência de unidades de gestão federal para a gestão estadual ou municipal. Em outras palavras, promover realmente a unificação do sistema através de uma gestão unificada dos serviços no estado e no município. A característica de maior grau de estadualização ou municipalização variará de acordo com as condições peculiares existentes em cada Estado.

Acreditamos que se possa desenvolver todo o processo de descentralização das instituições de saúde como estratégia para a unificação, ou seja, alcançar a proposta de unificação através da descentralização dos serviços. Não vemos no sistema unificado um grau de eficácia que possa ser sustentado na hipótese da criação de um órgão central, sendo ele próprio o gestor da totalidade da rede pública. Contrapomos à essa idéia centralizadora a idéia da unificação descentralizada, com base na gestão única a nível das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, fortalecendo, portanto, as estruturas estaduais e municipais.

O salto do modelo vigente para o novo modelo pode ter

como mecanismo de transição a co-gestão, ou seja, a montagem de um orçamento em que se defina as várias fontes de financiamento, oriundas da União, da Previdência, dos estados, dos municípios, de recursos para investimentos vinculados ao FAS ou ao FINSOCIAL, e de recursos externos.

A montagem dessa sistemática de co-gestão para a transição supera, a nosso ver, problemas tais como as dificuldades no fluxo de repasses de recursos às prefeituras, em função de entraves de ordem administrativa e burocrática. O mecanismo da co-gestão permite que, a partir da definição de um orçamento e de um sistema de acompanhamento, os repasses sejam feitos de forma automática a cada mês, com avaliação do cumprimento das metas físico-financeiras.

Sabemos que qualquer mecanismo de transição forçosamente atuará de forma diversificada nos estados do Sul, do Sudeste, do Centro-Oeste, do Norte e do Nordeste. Uma de nossas preocupações centrais refere-se à histórica concentração de recursos nas regiões Sul e Sudeste. Valeria a pena, portanto, considerar a vantagem adicional embutida no mecanismo da co-gestão e na definição do orçamento, qual seja a possibilidade de reverter essa por vezes selvagem concentração de recursos nas regiões mais ricas.

No nosso entender, o processo de unificação significa, antes de tudo, uma reaglutinação de forças sociais. Esta dar-se-á a partir da implementação dos projetos concretos de unificação ora em curso, que não precisam esperar pela nova Constituição ou sequer pela nova Lei do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Devem ser acumuladas experiências concretas que envolvam os profissionais de saúde, os órgãos de representação da sociedade

de civil, principalmente dos trabalhadores rurais e urbanos, os partidos políticos e comissões ou grupos de saúde existentes no interior destes partidos. O processo de unificação do sistema de saúde a partir de sua base articulará os apoios sociais e políticos para sua progressiva consolidação.

1.3 O Relacionamento do Poder Público com as Instituições Particulares de Prestação de Assistência Médica

O princípio básico da definição dessas relações reside em seu atrelamento às normas contratuais do direito público, e torna-se fundamental que esse princípio fique plenamente conceituado na nova Constituição, viabilizando assim medidas que, embora já tenham sido colocadas em prática, sofrem eventuais obstáculos jurídicos e legais.

O tipo de contratação de serviço adotado pela Previdência Social, hoje, já se baseia em um modelo inspirado no direito público que contempla, inclusive, o princípio da intervenção. Entretanto, é preciso que o texto da Constituição articule com clareza a adoção das regras do direito público como princípio, para que nas situações de crise possam ser acionados os mecanismos previstos no modelo de contratação de serviços com respaldo constitucional.

Esse relacionamento baseado nos princípios jurídicos do direito administrativo ou público indicaria, digamos, a soberania do poder público no sentido de garantir à coletividade o acesso aos serviços de saúde, sobrepujando-se aos interesses particulares.

Esta questão é sempre bastante polêmica, dado que as

formas de contratação de serviços baseadas no princípio do direito público não têm sido aceitas, ou têm sido bastante questionadas, pelo setor privado de caráter lucrativo.

É necessário também enfatizar a diferença que fazemos entre o setor filantrópico e o setor privado de caráter lucrativo. Entendemos que o instrumento de relacionamento mais adequado com o setor beneficente seja o convênio, para o estabelecimento das regras jurídicas entre o poder público e as instituições filantrópicas, diferenciadas enquanto entidades que não têm finalidade de lucro e que, portanto, se comportam como se instituições públicas fossem, garantida, todavia, a completa autonomia de gestão administrativa, financeira e técnica das referidas instituições.

Assim sendo, o relacionamento do Estado com o setor filantrópico deverá se dar através do instrumento convênio, enquanto o relacionamento com o setor privado de caráter lucrativo deve ser regido por contratos inspirados no direito público, conforme reza o próprio Decreto 2.300, que regula toda a questão de contratação vinculada ao Governo Federal.

1.4 O Financiamento Setorial.

Fundo de Seguridade Social.

Programação e Orçamentação Integradas.

Entendemos ser de primordial importância que se esclareça de forma absoluta na nova Constituição a questão do gasto social. O gasto público em saúde deverá expressar a nova conceituação do Estado que propomos no início desse trabalho. A Constituinte deverá assegurar mecanismos eficazes de ampliação dos gastos públicos.

Entretanto, é necessário cuidado com uma armadilha, uma falácia, da qual devemos fugir, que é a proposta da simples unificação de recursos. Se somarmos, hoje, o orçamento do INAMPS ao orçamento do Ministério da Saúde, e repartirmos esses recursos de forma que contemplem os programas tradicionais de saúde pública e a questão da assistência médico-hospitalar, não resolveremos nem o problema das grandes endemias, nem os problemas assistenciais.

A nova Constituição deve Incorporar os princípios do Relatório da Comissão de Ordem Social da Constituinte relativos ao conceito de Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social) e à base do financiamento de um Fundo de Seguridade Social, que deve ser diversificada, incluindo:

- contribuição dos trabalhadores;
- contribuição incidente sobre a renda das atividades agrícolas;
- contribuição sobre o patrimônio líquido das pessoas físicas;
- contribuição sobre a exploração de concursos de prognósticos;
- adicional sobre os prêmios dos seguros privados;
- outras contribuições instituídas por lei;
- recursos provenientes do orçamento da União;

- contribuição dos empregadores, incidentes sobre a folha de salários, faturamento e sobre o lucro.

A nível dos estados e municípios, as formulações de programas e orçamentos únicos de saúde identificarão os recursos do Fundo de Seguridade Social, oriundos das várias fontes, inclusive aqueles vinculados aos Tesouros dos estados e municípios.

A gestão do programa e orçamento únicos dar-se-á pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tendo na CIPLAN os órgãos colegiados de deliberação e fiscalização. Naturalmente que tais conselhos e comissões deverão ter sua composição ampliada, com a inclusão da representação dos trabalhadores urbanos e rurais, da classe patronal, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços. Nesta formulação o INAMPS não será mais executor direto de serviços, nem gerenciador dos convênios e dos contratos com o setor filantrópico privado, hospitais universitários e outros. Tais atribuições são transferidas, como responsabilidade, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Dentro dessa perspectiva é que propomos que o INAMPS se transforme em uma estrutura de transição, simples e ágil, de acompanhamento e controle da aplicação dos recursos da contribuição previdenciária, naquilo que se dirige ao setor saúde.

Quando pensamos nos direitos a serem assegurados na futura Constituição através dos itens referentes ao financiamento setorial, devemos destacar a consolidação da idéia do direito à saúde, como um direito universal, que não se reparte entre aqueles que trabalham ou não trabalham,

que são vinculados à Previdência ou que não são a ela vinculados. Para tanto é de fundamental importância propor condições práticas para que tal conceito possa se viabilizar e, nesse sentido, alguns tópicos nos parecem indispensáveis de menção com vista à correção das distorções que hoje em dia apresentam.

Uma das preocupações centrais é assegurar a gratuidade dos cuidados à saúde, quando se trata de atender populações onde este atendimento é coberto por alguma fonte pública de financiamento, como é o caso da Previdência Social. Esse tem sido um dos grandes problemas que enfrentamos, o de assegurar concretamente, no dia-a-dia da população, a gratuidade de tais serviços. Entendemos que há que se enfrentar o problema dentro de uma dupla perspectiva: maior controle, maior fiscalização e implementação do contrato-padrão de direito público com o setor contratado, de um lado e, de outro lado, uma política de remuneração mais justa e mais adequada dos serviços contratados e conveniados.

Certamente, outra condição à qual é preciso atender, se refere à ampla recuperação do funcionamento e à expansão da rede pública de serviços, e não apenas os serviços básicos, mas também a garantia de referência aos níveis de hospitalização necessários, inclusive os de maior complexidade tecnológica e, portanto, mais caros. Isto no campo específico da assistência médica, que evidentemente não se resolve em si mesmo. É preciso que se destinem amplos recursos aos programas de combate às doenças endêmicas e epidêmicas, e que se façam investimento na área de produção de insumos, de medicamentos, de tecnologia, de equipamentos e em todos os programas de formação dos profissionais de saúde.

Outro aspecto que é necessário contemplar é a questão da isonomia salarial, levando em conta todos os profissionais de saúde, considerando as hipóteses do tempo integral e do tempo integral com dedicação exclusiva.

Embora o esforço de equiparação tenha avançado muito, a desigualdade de atendimento na área rural ainda é uma questão a ser resolvida. Essa discrepância é alguma coisa marcante, tanto quanto é marcante a baixa cobertura de consultas, por exemplo. A média nacional é de 2,0 consultas por habitante por ano, enquanto na área rural essa média é de 0,5. Em outros países em estágios de desenvolvimento iguais ao nosso, esse índice é da ordem de 4 a 6 consultas por habitante por ano. Também ocorre discrepância na distribuição de recursos entre as diversas regiões do país, com grande concentração nas regiões Sul e Sudeste. Nos últimos dois anos, porém, conseguimos amenizar tal situação, sem de fato revertê-la. Em 1986, o gasto da região Sudeste foi da ordem de 400 cruzados por habitante e na região Nordeste da ordem de 250 cruzados por habitante. Em 1984, a defasagem era da ordem de 5:1.

Assim, tentar reequilibrar a partir de gastos tão ridículos na saúde, ainda que se diminua a discrepância regional ou urbano/rural, faz com que a redução das desigualdades se torne pouco perceptível dado que a carência de acesso aos serviços de saúde continua bastante extensa em todo território nacional.

2. A DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE

A reforma sanitária rege-se por três grandes princípios.

O primeiro, é o da unificação institucional: planejamento e orçamentação integrados, articulação das ações preventivas e curativas hierarquização do atendimento primário, secundário, terciário, racionalização e gestão unificada.

Unificação requer transição. Transição é negociação. O INAMPS desenvolve a estratégia da integração em instâncias consociativas para operar a unificação (CIPLAN, CIS CRIS, CIMS, CLIS), o que não é simples. Há grandes desafios como a questão de custeio, a da isonomia salarial no setor público e a do relacionamento com a rede privada.

O orçamento de saúde também deve ser unificado.

O custeio das ações de saúde hoje, recai majoritariamente sobre a contribuição previdenciária. Esta questão precisa ser equacionada com a ampliação dos gastos do orçamento fiscal em saúde, de modo a que a participação financeira dos recursos previdenciários seja complementar.

A unificação institucional envolve ainda a isonomia salarial no setor público, um plano de cargos e salários para os profissionais de saúde, o regime de tempo integral e dedicação exclusiva que fixa o médico e os profissionais de saúde no distrito sanitário.

Outro aspecto relativo à unificação diz respeito ao relacionamento com a rede privada.

A proteção à saúde é um direito do cidadão que o Estado tem o dever de garantir. As ações de saúde são entendidas como um serviço público essencial. Por isso, deve caber ao poder público o comando da política de saúde. E a relação com a rede privada deve reger-se pelos princípios contratuais do direito público, de acordo, por exemplo, com o modelo de contrato padrão aprovado em dezembro de 1986 pelo Ministro da Previdência.

Na rede privada, há que se distinguir o setor filantrópico do lucrativo. Consultado o interesse público, é admissível que o setor filantrópico seja subsidiado parcialmente com verbas públicas. Mas o mesmo não se pode aplicar ao setor lucrativo. Este deve submeter-se à lógica da livre iniciativa, às leis do mercado e aos riscos da concorrência, sob pena de se estar privatizando lucros financiados pelos orçamentos previdenciários e fiscal.

O segundo princípio é o da descentralização das ações de saúde: estadualização, municipalização, distritalização. O sistema é federativo, com a unificação da gestão nos secretários estaduais e municipais de saúde. E a sua unicidade se dá pela base: o distrito sanitário, que não é uma mera unidade administrativa, mas um conceito operacional, uma ferramenta para a mudança dos conteúdos das práticas de saúde.

A descentralização parte do pressuposto da ingovernabilidade de um sistema centralizado, dado o seu gigantismo. E da exigência de controle social: é mais fácil para a população cobrar providências do Prefeito do que do Presidente da República ou das autoridades federais, no plano imediato da prestação de serviços sociais.

gestão democrática precisa de regras claras, assenta-se na observância de normas escritas, vinculatórias, que regulem os processos decisórios na administração pública.

Neste sentido, a reforma sanitária demanda um esforço extraordinário de normatização. A descentralização das ações de saúde pode degenerar num abusivo clientelismo paroquial, se não houver uma definição de critérios técnicos e uma regulamentação dos processos decisórios.

A transparência da administração pública é uma exigência democrática inquestionável. Público é para opositivo de privado, antônimo de particular e secreto. A democracia é o poder visível, é o poder público em público.

A visibilidade do poder é importante para que o cidadão conheça os atos de quem o exerce, julgue-os e controle-os.

A publicidade dos atos na administração pública é um mecanismo de controle social. Ninguém comete atos escusos em público sem provocar escândalo. A publicidade estabelece a fronteira entre o certo e o errado: o que não pode vir a público tem algo errado.

Se, por um lado, a transparência da administração pública cria as condições para que o poder invisível, escuso, seja debelado, por outro lado, contribui para a legitimação dos atos do poder visível que correspondam ao interesse público.

A gestão democrática tem o desafio de aperfeiçoar os mecanismos tradicionais (obrigatoriedade de publicação dos atos administrativos no Diário Oficial ou no Boletim de Serviços, franquia de acesso às informações para a im

prensa, prestação de contas aos Tribunais e Comissões Parlamentares etc) e de inventar os novos mecanismos capazes de imprimir-lhe maior transparência.

Mas a transparência realiza-se através da divulgação das informações disponíveis. Depende, evidentemente, da qualidade destas informações: sem informações confiáveis, reveladoras e atualizadas (estatísticas, relatórios de controle e avaliação etc.) não há planejamento nem transparência da gestão.

Democracia é participação dos cidadãos no poder. Nas democracias diretas dos antigos, como nas democracias representativas dos modernos. Mas a noção de participação ampliou-se contemporaneamente, atualizando e renovando o conceito democrático.

Desde a conquista do sufrágio universal, o alargamento do processo de democratização mede-se pela extensão da democracia, tradicionalmente confinada à esfera estritamente política, para a esfera social. A prática democrática invade espaços ocupados por organizações de tipo hierárquico ou burocrático.

Não se trata, no entanto, da eleição dos diretores de hospitais. Esta fórmula denota uma confusa mescla de corporativismo e participacionismo.

Ao invés de fórmulas calcadas de modo impróprio na democracia direta, é mais adequado à transição democrática o desenvolvimento de instituições participativas inspiradas no modelo consociativo, que é o de um sistema de garantias mútuas, impedindo que uma pequena maioria exclua uma grande minoria, e obrigando os interessados à negociação.

A gestão democrática incorpora as representações da sociedade civil (inclusive dos servidores) em instâncias participativas. Com funções deliberativas em alguns casos. E com funções consultivas e fiscalizadoras em todos os níveis da administração pública. Neste sentido, os Conselhos Comunitários de Saúde constituem uma experiência a ser avaliada, aprimorada e desenvolvida.

Um formato talvez adequado, a ser considerado, é o da gestão do hospital ou do distrito sanitário por um conselho diretor envolvendo representantes da administração pública, dos servidores (por eleição entre seus pares) e dos usuários (através de representação indicada por associações de moradores e sindicatos). Neste caso, o diretor (agora um Superintendente ou Gerente) subordina-se ao conselho: é um técnico que aciona mecanismos gerenciais para transformar decisões do conselho em atos administrativos.

Finalmente, a gestão democrática implica uma nova relação com o cidadão individual, de promoção da cidadania. O usuário precisa ser esclarecido quanto a seus direitos e dispor dos meios para cobrá-los (telefone 191, outros serviços de orientação e encaminhamento, audiências e outros canais para reclamação e denúncias etc.).

Enfim, a democratização da saúde é o ponto focal de todas as medidas adotadas pelo INAMPS no sentido de implementar um projeto abrangente e articulado de reforma sanitária.

3. A ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE E O DISTRITO SANITÁRIO

O processo de unificação e descentralização do sistema de saúde vem sendo desenvolvido com maior intensidade a partir de convênios firmados com as Secretarias Estaduais de Saúde, todos tendo como imagem/objetivo a unificação de estruturas gerenciais Secretaria Estadual de Saúde/INAMPS, a definição de um novo modelo organizacional das Superintendências Regionais do INAMPS em vista das funções de planejamento, orçamentação, acompanhamento e controle, e progressiva transferência da gerência das unidades próprias para os níveis Estadual e Municipal.

A nova configuração da rede de serviços, unificada e descentralizada, gerida por um gestor único (Secretário Estadual ou Municipal de Saúde), permitirá uma reordenação dos níveis de complexidade de atendimento, maior resolutividade, integralidade das ações de saúde e continuidade no cuidado de saúde.

Contudo, não se trata, apenas, de mudanças institucionais do sistema como um todo. É necessário desenvolver mudanças:

- no conteúdo das práticas de saúde, através dos distritos sanitários, para garantir a integralidade das ações de saúde (prevenção e cura), a resolutividade do cuidado e sua continuidade (relação equipe de saúde e população, médico-paciente etc.);
- no modo de organização do cuidado, ou seja, do processo de trabalho em saúde, tanto em nível

dos distritos sanitários, das unidades básicas ou dos hospitais mais complexos.

No plano dos distritos sanitários e unidades básicas, deve ser criado o regime de trabalho da participação exclusiva nos serviços públicos que compõem um distrito. Os profissionais devem trabalhar em equipe e ter uma dada população adscrita, com responsabilidade sobre a totalidade dos cuidados básicos de saúde. A continuidade do cuidado deve ser garantida até a hospitalização em clínicas básicas do hospital local. O médico deverá exercer sua prática, parte do tempo na unidade básica e parte no hospital onde dará continuidade ao cuidado do paciente. Os profissionais terão assegurado tempo para atividades de educação continuada, realização de estudos e trabalhos científicos, bem como participar de atividades não necessariamente assistenciais, como reuniões com entidades comunitárias, visitas domiciliares e outras.

O Plano de carreira será específico no distrito sanitário, com regime de progressão e ascensão funcional de acordo com as funções e estruturas do distrito sanitário. O plano contemplará a passagem do plano de carreira entre distritos sanitários, através de avaliação de desempenho, qualificação profissional etc, a partir de sistemas de mérito e da progressão por concurso.

A admissão sempre se dará através de distritos localizados em regiões mais carentes. As funções de administração de saúde (de unidade local a gestão do distrito) corresponderão, no plano de carreira, a perfis de qualificação profissional que serão pré-condições para o exercício de cargos e de gestão.

O distrito sanitário terá, portanto, autonomia de ges
tão, reajustado o plano de saúde.

No plano dos hospitais mais complexos (regionais ou de maior nível de especialização), será adotada a gestão autônoma da unidade, tanto no plano orçamentário como das demais funções administrativas. O hospital será ge
rido por um conselho diretor que incluirá representação do poder público, dos servidores e dos usuários e um Su
perintendente ou Gerente.

O órgão de definição da política institucional é, portan
to, o conselho diretor. O executor desta política é o diretor ou superintendente, gerente técnico que ascende ao cargo/função a partir do plano de carreira.

A auto-gestão do hospital complexo ou do distrito sani
tário vincula-se necessariamente aos planos estadual e municipal de saúde e à gestão unificada e descentraliza
da do sistema. A gerência é autônoma nos planos de pes
soal, execução orçamentária, aquisição de material de consumo, medicamentos e equipamentos de pequena ou mé
dia complexidade.

O Plano de Carreira do Sistema Unificado e Descentrali
zado (SUDS) de um determinado Estado ou Município con
templaria, portanto:

- a) planos específicos vinculados aos distritos sanitários ou hospitais complexos;
- b) progressão por mérito, incluindo o concurso no caso da progressão entre planos de distri
tos ou hospitais distintos;

- c) o plano geral de carreira incluiria, assim todas as alternativas, do distrito mais simples ao hospital mais complexo.

A gerência do distrito sanitário dar-se-á através de um gestor único indicado pela Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), podendo ser profissional vinculado a quaisquer das instituições que estão em transferência para o SUDS. Nos hospitais complexos haverá um conselho diretor e uma estrutura administrativa gerenciada por um diretor executivo ou superintendente que operacionaliza as decisões do conselho diretor. Os cargos de direção supõem um estoque de conhecimentos, cursos, experiência etc., adquiridos ao longo da carreira. Haverá um estoque de servidores com qualificação para exercer determinado nível de direção, o que será respeitado para as indicações.

O quadro da entidade que sucederá ao INAMPS na gestão dos recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS) para a saúde será constituído a partir de processo seletivo que ocorrerá após a definição da nova estrutura.

O quadro de pessoal do INAMPS que se integra ao SUDS, incluindo Superintendências Regionais (sem as áreas de controle e acompanhamento das ações de saúde e financeira-orçamentária), será considerado um quadro em transferência para o SUDS. Este pessoal se beneficiará do plano de carreira em elaboração no MPAS, ainda que a gestão do pessoal se dê no SUDS. Transitoriamente, e até que o plano de carreira seja implantado, a re-lotação do pessoal oriundo da DG e das SR nas unidades de atendimento respeitará os níveis salariais e gratificações.

Deve ser examinada a conveniência administrativa de serem distintos dois órgãos:

- a) o sucedâneo do INAMPS com sua nova estrutura, quadro de pessoal e situação jurídica (Instituto de Saúde da Seguridade Social, por exemplo);
- b) o INAMPS em processo de transferência para o Sistema Unificado e Descentralizado e que manteria apenas um Departamento de Pessoal, com funções transitórias de administração de pessoal até que se completasse o processo de constituição do SUDS em todos os Estados.

VI - DISTRITO SANITÁRIO: CONTRIBUIÇÃO PARA
UM NOVO TIPO DE ATENDIMENTO DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE
OUTUBRO 1987 *

TELMA RUTH SILVEIRA E COLABORADORES

1. DIAGNÓSTICO

O modelo atual de assistência à saúde, no que tange ao atendimento direto às pessoas, se caracteriza sumariamente por:

- ausência de relacionamento estável entre a população (pacientes) e as unidades (profissionais);
- ausência de responsabilidade identificada nas atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde;
- falta de definição do papel assistencial de cada unidade, no conjunto da rede, ocasionando a utilização inadequada de recursos humanos, físicos e materiais;

* Este documento foi produto de um grupo de trabalho dirigido pela Dra. Telma Ruth Silveira, Coordenadora da Secretaria de Medicina Social do INAMPS. Fizeram parte do Grupo de Trabalho "Aperfeiçoamento e humanização das ações assistenciais" os seguintes componentes: Antonio Cezar Lemme, Conceição Ferreira Fagundes, Christina L.S. Silva, Dália Renata Rossi, Dilene Raimundo do Nascimento, Felipe Cardoso, Henrique G. Almeida, Iara Moraes Xavier, Julio Campos Ribeiro, Katia Maria R. Lima, Lillian Trotta, Lucia Helena M. Ferreira, Mário Eduardo Zibecchi, Paulo Freire, Raimundo Moreira de Oliveira, Zigmund Leibovici. Os membros do grupo fazem parte da Direção Geral, da Superintendência Regional do Rio de Janeiro e de unidades assistenciais do INAMPS no Rio de Janeiro. O trabalho visou discutir e propor a operacionalização dos distritos sanitários. Publicação original: MPAS/INAMPS. Distrito Sanitário: Contribuição para um novo tipo de atendimento dos serviços de saúde. Relatório final do projeto de trabalho sobre humanização do atendimento. Gerente do Projeto: Telma Ruth Silveira, Rio de Janeiro; INAMPS, 1987

- ausência de definição da porta de entrada no sistema de cuidados às pessoas, ocasionando acesso múltiplo, na dependência do grau de conhecimento e mobilidade dos usuários;
- falta de integração, na prática, entre unidades de complexidade distinta, bem como entre unidades pertencentes a diferentes instituições, dificultando a programação de ações e o maior conforto do paciente no acesso aos serviços de que necessita;
- falta de compatibilização entre ações de caráter individual e coletivo;
- planejamento local das atividades independentes do perfil epidemiológico;
- baixa articulação entre profissionais de uma mesma unidade, configurando ações isoladas, sem preocupação coletiva com as atividades desenvolvidas pela unidade;
- pouco conhecimento das diretrizes institucionais pela equipe profissional;
- gerenciamento local das unidades com fluxos administrativos obsoletos e morosos;

2. MODELO PROPOSTO

O modelo de organização de serviços de saúde proposto busca redimensionar, revalorizar e enfatizar a relação população-serviços de saúde. Essa nova relação que se pretende alcançar está alicerçada na característica de

estabilidade que possibilite aos profissionais e serviços a plena responsabilidade sobre a população a seu cargo, e aos usuários identificarem seus serviços de referência. Para tanto, o modelo tem como pressupostos básicos a vinculação da população aos serviços de saúde e a hierarquização da rede, com clara definição das portas de entrada no sistema de prestação de cuidados à saúde.

O modelo proposto apresenta as seguintes características gerais:

a) Organização da rede

- considera uma base territorial definida geográfica e demograficamente, dispondo de rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas daquela população, configurando-se essa região em um **DISTRITO SANITÁRIO**. A rede de serviços de saúde localizada em um determinado Distrito Sanitário deve ser única, universalizada, incluindo serviços públicos e privados, e hierarquizada. Entende-se que, mesmo pertencendo a instituições distintas, a prestação de serviços pelas diferentes unidades deve estar voltada para as necessidades de cuidados da população daquele distrito, condicionado ao perfil de cada uma das unidades que compõem a rede.
- a hierarquização da rede do Distrito Sanitário deve estar baseada nos princípios de integralidade e efetividade das ações, proporcionando a assistência ambulatorial, a internação nas especialidades básicas e o atendimento de emerg

gência. Conceitualmente, visualiza-se três níveis de assistência, no Distrito Sanitário: o 1º nível, responsável pelas ações de cuidado individual (para adultos e crianças) e coletivo, caracterizando-se como serviços de relação permanente e estável com a população; 2º nível, considerado como atendimento ambulatorial especializado, com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; e o 3º nível que presta atendimento em situações emergenciais e internações;

- considera-se também que a rede apresenta uma organização funcional que permita a implementação das ações assistenciais, mesmo frente a situações de déficit de equipamentos físicos. A configuração da rede com unidades de perfis assistenciais distintos e exclusivos (1º, 2º e 3º níveis), ou a junção funcional de atividades de níveis diferentes em uma única unidade, estará limitada pela disponibilidade atual de capacidade instalada. Nessas situações de insuficiência de recursos físicos, considera-se como solução viável a localização das ações de 2º nível (ambulatório especializado) nos ambulatórios de hospitais. Entretanto, preferencialmente, as unidades de 1º nível deverão estar separadas espacialmente de outros serviços, de forma a garantir a acessibilidade da população e o pleno exercício de uma assistência responsável, permanente e integral, sem a necessidade da intermediação de equipamentos sofisticados. Essa situação deve ser encarada como um momento de transição, enquanto se desenvolvem projetos de investimento para ampliação e recuperação da rede de serviços de saúde. Ain

da como exemplos de integração funcional, considera-se que uma unidade de 1º nível pode apresentar equipes e/ou profissionais que desenvolvam suas atividades fora das instalações físicas da unidade, como mini-equipes avançadas localizadas permanentemente em comunidades de alta densidade demográfica, equipes volantes de assistência; nesses casos, os profissionais estão vinculados técnica e administrativamente a equipes da unidade de referência e submetidos à proposição de atendimento a populações finitas, concretas e identificadas. Caso o Distrito Sanitário apresente médicos credenciados pelo INAMPS para atendimento em consultório, recomenda-se também que esses profissionais estejam articulados às equipes das unidades, obedecendo às mesmas normas técnicas de assistência. Da mesma forma, os serviços de 3º nível (hospital) não se esgotam na sua dimensão física; serviços estratégicos, mesmo não localizados na área de abrangência do Distrito Sanitário, estão funcionalmente ligados à unidade de 3º nível do Distrito, como, por exemplo, hospitais especializados ou de alta tecnologia;

- a unidade de maior relevância na rede consiste naquela que é a "porta de entrada" da população, 1º nível, isto é, aquela com a qual a clientela mantém seu contato diário e permanente. A garantia do cumprimento da vinculação da população aos serviços é dada pela obrigatoriedade de haver uma única unidade "porta-de-entrada" para uma população específica, finita e concreta. A vinculação da população aos ser

viços de saúde "porta-de-entrada" na rede poderá assumir várias modalidades:

- adscrição da população a um determinado serviço em função da área de abrangência do mesmo, sendo indiferenciado que profissional/equipe atenderá à população;
- adscrição da população a um determinado serviço em função da área de abrangência do mesmo, com designação, pelo serviço, de equipes responsáveis pelo atendimento, designação essa que pode estar baseada também no critério de territorialidade. Por exemplo, equipe A — bairros 1, 2, 3; equipe B — bairros 4, 5, 6, etc.
- inscrição voluntária de indivíduos/ famílias a profissionais, mediante a escolha de um único profissional médico (clínico ou pediatra, no caso de adultos e crianças, respectivamente) que representa toda uma equipe assistencial, composta por diferentes profissionais. Nesta opção, é facultada a possibilidade de troca do profissional de referência caso o paciente manifeste desejo dentro de determinada periodicidade, por exemplo, mensal.

Cada uma dessas modalidades apresenta características bastante distintas que influenciarão o grau de aderência e fixação da população aos serviços. Na primeira modalidade, a população é indiferenciada, sendo atendida indistintamente pelos profissionais. Na segunda op

ção, o grau de vinculação é maior, já que cada equipe de saúde da unidade é responsável por uma população finita e identificada, embora a mesma não escolha diretamente seus profissionais de referência. Já a modalidade de inscrição de indivíduos/famílias a profissionais possibilita que a população exerça a liberdade de escolher quem a atenderá, permitindo, com o tempo, maior estreitamento das relações entre pessoas e serviços de saúde.

Em qualquer uma das modalidades, a vinculação de pacientes aos serviços profissionais dar-se-á em função do local de residência ou trabalho dos indivíduos.

- Os demais serviços de saúde e de outros níveis de complexidade tecnológica (ambulatórios especializados — 2º nível — e hospitais — 3º nível) devem assumir o papel de unidades de suporte na retaguarda do sistema, mantendo a característica de assistência temporária, enquanto necessária, e orientando os profissionais de unidade "porta-de-entrada" (1º nível) quanto à conduta adequada ao tratamento e acompanhamento dos pacientes.

- O fluxo dos pacientes deve estar garantido através da perfeita integração entre as unidades da rede do Distrito Sanitário, permitindo o exercício da referência e contra-referência dos mesmos. A referência é vital para assegurar aos pacientes a continuidade da assistência necessária; a contra-referência é um dos mecanismos que mantêm a estabilidade da relação da população com a sua unidade "porta-de-entrada". Esse fluxo pressupõe uma sistemati

ca de agendamento das atividades, onde a solicitação de atendimento realizada diretamente pelo paciente só ocorre na unidade de 1º nível, por intermédio da qual se dão os relacionamentos do paciente com os demais serviços, exceto nos casos de emergência. As unidades de 2º nível (ambulatórios especializados) só marcam consultas solicitadas pelos profissionais do 1º nível ou reconsultas dos profissionais de 2º nível ou contra-referências de 3º nível; a estas unidades não há marcação direta pelo paciente; as unidades de 3º nível (hospital) marcam internações através da solicitação do 1º ou 2º nível (a exceção das emergências); quando o paciente conclui seu atendimento no 2º ou 3º níveis, é efetuada a marcação de consulta na sua unidade de origem, com o profissional responsável pelo atendimento inicial.

b) Atividades

- No 1º nível de assistência, exclusivamente ambulatorial, as ações a serem desenvolvidas devem contemplar:
 - assistência clínica geral a crianças e adultos;
 - atendimento a pequenas emergências;
 - atividades de imunização;
 - assistência odontológica (prevenção e dentisteria);

- coleta de material para exame diagnóstico;
- dispensação de medicamentos;
- atividades em educação e nutrição para saúde;
- notificação compulsória das doenças e vigilância epidemiológica;
- atividades de documentação assistencial;
- visitação domiciliar.

A assistência clínica geral deverá envolver, além de clínicos e pediatras, o tocoginecologista, não apenas pela grande demanda por esse tipo de assistência, como também pelo despreparo técnico de clínicos gerais nesse ramo do conhecimento médico.

A integração das ações de conteúdo individual com as ações de saúde coletiva deve possibilitar à unidade de desenvolver uma verdadeira junção com sua população de abrangência, através de atividades extra-murais. O conhecimento técnico, por parte dos profissionais sobre as doenças em suas manifestações individuais e coletivas é requisito principal para a dinâmica de readequação permanente do sistema.

A aparente simplicidade do perfil tecnológico de unidades que desenvolvem as atividades de 1º nível é contrabalanceada pelo alto investimento em recursos humanos de qualidade, visando assegurar, no limite, a integralidade das ações e a manutenção de relações estáveis en

tre a população e os serviços.

- No 2º nível de assistência, também exclusivamente ambulatorial, as ações a serem desenvolvidas devem contemplar:

- assistência clínica especializada;
- realização de exames diagnósticos em patologia clínica e radiologia;
- realização de procedimentos terapêuticos especializados, como fisioterapia e reabilitação, por exemplo;
- dispensação de medicamentos;
- notificação compulsória de doenças;
- atividades de documentação assistencial;
- orientação técnica das unidades de 1º nível.

A assistência clínica especializada deve envolver todos os profissionais necessários, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e outros, definidos em função das necessidades de cobertura da população.

O grau de tecnologia empregado nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico deverá depender fundamentalmente do perfil de procedimentos a serem realizados conjugado ao conceito de custo/benefício.

Pelo fato das unidades de 2º nível apresentarem um corre

po profissional mais diversificado, entende-se que deverão desenvolver uma função de orientação técnica e consultoria às unidades de 1º nível, potencializando os trabalhos dessas últimas. Pretende-se, dessa forma, garantir o suporte técnico adequado, através de um relacionamento funcional, evitando-se a lotação direta de especialistas (de qualquer perfil profissional) nas unidades de 1º nível. As atividades de orientação e consultoria podem ser específicas para os profissionais, através de seminários e grupos de estudos, por exemplo, e voltadas para assistência direta à população, mediante trabalho em grupos de atendimento ou outras formas julgadas adequadas.

- No 3º nível de assistência, as ações a serem desenvolvidas devem contemplar:

- assistência clínica a pacientes internados incluindo consultas ambulatoriais pré e pós internação imediata;
- atendimento exclusivamente ambulatorial para seguimento clínico de pacientes, ou consulta com especialistas não disponíveis nos outros níveis de atenção;
- atendimento de emergência durante 24 horas;
- atendimento em regime de hospital-dia, quando necessário;
- realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos;

- atendimento odontológico especializado;
- dispensação de medicamentos e promoção do atendimento em enfermaria através da dose única individualizada;
- notificação compulsória de doenças;
- atividades de documentação assistencial;
- atividades de treinamento e reciclagem de recursos humanos.

O ambulatório do hospital deve ser considerado de demanda referida, realizando consultas pré e pós-internação, consultas para acompanhamento clínico, consultas com especialistas não disponíveis no 2º nível e procedimentos terapêuticos que não necessitam de internação mas que, pela tecnologia empregada, situam-se melhor em uma unidade hospitalar.

Os serviços auxiliares de diagnóstico (patologia clínica, radiologia, medicina nuclear) também estão acessíveis à população da área de abrangência da unidade somente através do sistema de referência dos outros níveis.

Os leitos estarão programados para assistência médica geral — clínica médica, pediatria, cirurgia geral e obstetrícia; os leitos disponíveis para internação são utilizados através da referência (exceto no caso de emergências) e sua utilização é definida pela avaliação, na UPE, dos pacientes encaminhados. A decisão sobre a oportunidade da internação é dada no 3º nível e a verificação dos casos que são encaminhados ao hospital mas que não apresentam indicação precisa, é um mecanismo de

avaliação de condutas e desempenho qualitativo dos níveis 1 e 2. Conceitualmente, a pressão hoje existente para internações deverá sofrer redução, tendo em vista o maior grau de qualidade da assistência oferecida nas unidades ambulatoriais. Cabe, entretanto, assinalar que, quando necessário, a rede do Distrito Sanitário deverá dispor de instrumentos para agilizar a utilização de leitos hospitalares, seja através da "alta precoce", com convalescença dos pacientes em unidades de 1º e 2º níveis e até mesmo no domicílio (com seguimento clínico pelas equipes de saúde) ou mediante a transferência para leitos específicos de acompanhamento de doentes crônicos, terminais e outros.

O único setor do hospital com demanda aberta é a emergência; esta deverá atender aos agravos de risco e no período noturno, quando as unidades de 1º nível estão fechadas, atenderá também a situações agudas mesmo de menor complexidade clínica. Nesse último caso, a observância da prática da contra-referência para 1ª linha é imperiosa. Da mesma forma, a observação de casos atendidos na emergência e que não apresentem situação clínica compatível, consistirá de importante instrumento de avaliação dos outros níveis, permitindo o ajuste progressivo das responsabilidades. O atendimento de emergência em um hospital deve estar capacitado para assistência de casos de origem clínica e traumática, dispondo da tecnologia adequada tanto em relação à qualificação de recursos humanos quanto aos instrumentos de apoio.

O grau de tecnologia disponível no hospital, nos seus vários serviços (clínicas de internação, emergência, apoio diagnóstico e terapêutico, unidades especiais de risco — UTI, unidade coronariana, etc) deverá ser definido em função da frequência dos eventos a serem atendidos.

dos, da disponibilidade desses recursos em outros Distritos Sanitários próximos e da relação custo/benefício. Ressalta-se, mais uma vez, a articulação funcional dos serviços de 3º nível de um Distrito Sanitário com os serviços especializados, principalmente aqueles de tecnologia de ponta, de outros Distritos Sanitários. Tal articulação é fundamental para garantir aos pacientes o acesso a serviços não disponíveis no âmbito de um determinado Distrito.

O hospital, pela apropriação permanente de tecnologia, consiste em um dos locais preferenciais para realização de atividades permanentes de treinamento e reciclagem de recursos humanos do conjunto da rede. Essa atividade pode assumir formas pedagógicas diferenciadas (cursos, seminários clínicos, conferências, etc) desenvolvendo-se, inclusive, através do acompanhamento de pacientes internados.

- A atividade de documentação assistencial adquire, nesse modelo, um destaque especial, no conjunto da rede. Considera-se que, para efeito de uma rede única de serviços visando a integralidade da assistência à população, seria ideal também dispor de um sistema único de registro da história clínica do paciente. Nesse sentido, o prontuário único para todos os níveis, com base de arquivamento no 1º nível e mobilização entre níveis através de um sistema de transportes, seria o instrumento mais adequado. É, entretanto, de difícil operacionalização, face ao alto volume da demanda e aos riscos de perdas. A outra possibilidade de garantir o prontuário único seria através do processo de informatização, este,

porém, de alto custo e de operacionalização a longo prazo. Como alternativa, considera-se que todas as unidades devem dispor do instrumento de documentação clínica, mantendo um sistema único, no âmbito do Distrito Sanitário, de registro numérico, atribuído a partir da matrícula do paciente nas unidades de 1º nível. Por ocasião da referência e contra-referência, deverá ser utilizado um resumo da história clínica, o qual será sempre arquivado no prontuário do paciente.

- A nível da gerência do Distrito Sanitário, algumas atividades técnicas também deverão ser desenvolvidas:

- atividades de vigilância epidemiológica e combate a endemias e epidemias;

- atividades de controle e vigilância do meio ambiente e ambiente de trabalho, incluindo a inspeção de fábricas, projetos agro-industriais e locais de trabalho em geral;

- atividades de saúde pública vinculadas à higiene de alimentos, uso de substâncias tóxicas e todos os elementos químicos, físicos e biológicos capazes de gerar dano à saúde.

É indispensável para o êxito das atividades que a gerência do Distrito Sanitário reúna informações sobre a área de abrangência do Distrito. Tais informações sobre, por exemplo, escolas, creches, fábricas, disponibi

lidade de abastecimento de água e rede de esgotos, ôbitos ocorridos em residentes da área, etc, possibilitam um outro grau de abordagem dos problemas de saúde da comunidade. Esse conjunto de informações deve ser repassado às unidades de 1º nível para que a gerência local e as equipes de saúde tenham conhecimento sobre as condições de vida e saúde da população sob sua responsabilidade, orientando o desenvolvimento de ações de saúde coletiva,

Frente a característica de responsabilidade que as unidades de primeiro nível devem assumir, considera-se que a vigilância epidemiológica na área de abrangência de uma determinada unidade deve ter a participação de membros da mesma, juntamente com a equipe de atribuição específica.

- Considera-se que o conteúdo específico das ações e a normatização de programas devam ser objeto de definição, no âmbito do Distrito Sa nitário, em função do perfil epidemiológico da população, dos critérios de risco e das prioridades estabelecidas pela administração municipal e estadual.

c) Recursos Humanos

- A definição do perfil profissional dos recursos humanos deve estar baseada nas atividades a serem desenvolvidas em cada nível assistencial. No 1º nível, cujas atividades visam o máximo de entrosamento entre a unidade e sua população de abrangência, considera-se como necessários os seguintes profissionais:

- médico pediatra, clínico geral e tocogi
necologista;
- enfermeiro;
- odontólogo;
- auxiliar de enfermagem;
- técnico de higiene bucal;
- farmacêutico ou oficial de farmácia;
- administrativo;
- assistente social.

Quanto às unidades dos demais níveis, face à diversida
de de serviços oferecidos, torna-se produtivo listar de
forma completa todos os profissionais que devem compor
a equipe de saúde. Deve-se, também, considerar os re
cursos humanos que atuarão diretamente na gerência do
Distrito Sanitário, como epidemiologistas, técnicos em
planejamento de saúde, administração e outros.

- A instituição do regime de trabalho em tempo
integral consiste em pré-requisito fundamen
tal, possibilitando o exercício das ativida
des em um único local e principalmente nas
unidades de 1º nível, a execução de ativida
des extramurais.
- A adoção do modelo de inscrição de pacientes
a profissionais requer uma nova forma de orga
nização do trabalho nas unidades do 1º nível.

Nessas unidades, face à abrangência das ações assistenciais a serem desenvolvidas, tanto na esfera do cuidado individual quanto coletivo, não basta apenas vincular o indivíduo a um médico. É imprescindível que na base dessa vinculação esteja uma equipe responsável por populações identificadas, finitas e concretas. Considera-se como equipe básica de assistência aos adultos, os seguintes profissionais: clínico geral, tocoginecologista, odontólogo, enfermeiro e auxiliar de enfermagem; para assistência a crianças a equipe é a mesma, excetuando-se a presença do ginecologista, face à baixa demanda dessa especialidade. A equipe tem como população — alvo para ações individuais e coletivas aos pacientes inscritos na lista do clínico ou pediatra. Esta população, conforme já se disse, é finita, concreta e identificada. Portanto, não há inscrição dos pacientes diretamente no ginecologista ou odontólogo, e sim ambos estão vinculados a um determinado clínico (pediatra) dando cobertura assistencial a seus pacientes. A referência dos pacientes ao odontólogo pode se dar de dois modos: primeiramente, tomando-se por base o conceito de integralidade e responsabilidade que os clínicos e pediatras devem assumir e que prevê o encaminhamento dos seus pacientes àquele profissional; em segundo, flexibilizando essa relação, ao entender que o paciente pode dirigir-se ao odontólogo da equipe, independentemente de consulta prévia com o clínico ou pediatra. No caso do relacionamento paciente/ginecologista, entende-se como necessária a intermediação do clínico. Ao

final do tratamento com esses especialistas da equipe, os pacientes são orientados para voltar aos seus clínicos ou pediatras de origem.

O número de profissionais que integrará cada equipe vai depender da carga horária desses profissionais, do número de turnos em funcionamento na unidade, das ações de assistência direta ao paciente e das atividades extramurais. Quanto à carga horária de trabalho, acreditamos que somente a atividade em tempo integral possibilita o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, com cumprimento da noção de responsabilidade da equipe por populações identificadas.

Definindo-se que o tempo de funcionamento da unidade é de 12 horas (7 às 19 h) tem-se dois turnos de trabalho - 7 às 13 h e 13 às 19 h, cada turno com suas equipes específicas dedicadas a ações dentro da unidade, tanto de assistência individual a pacientes, como de atividades em grupos terapêuticos (grupos de pacientes crônicos, de mães, de adolescentes, etc); o período restante é dedicado à realização de visitas domiciliares (para pacientes crônicos acamados, controle de convalescença, idosos, vigilância epidemiológica), visitas à comunidade (escolas, fábricas, creches), reciclagem profissional e assistência ao paciente internado, no caso do médico.

A fim de que seja assegurada uma assistência de qualidade, de acordo com o parâmetro desejado da prática clínica (exames clínicos bem realizados, conhecimento das particularidades do paciente), se torna necessário sobrelotar

a agenda do profissional. Para tanto, deve-se prever um teto máximo de pacientes por cada profissional, pelos quais este estará integralmente responsável. Estima-se que, com cerca de 800 a 1000 pacientes por médico, é possível assegurar o padrão de qualidade desejado, o que, considerando a média mínima e máxima de consultas/habitantes/ano, daria:

1000 pacientes x 3 consultas/ano = 3000 cons./ano e 13 consultas/dia.
1000 pacientes x 6 consultas/ano = 6000 cons./ano e 25 consultas/dia.

ou

800 pacientes x 3 consultas/ano = 2400 cons./ano e 10 consultas/dia.
800 pacientes x 6 consultas/ano = 4800 cons./ano e 20 consultas/dia.

A partir dessas considerações, é possível, como primeira tentativa, definir os quantitativos mínimos de uma equipe proposta como:

- para assistência a adultos:

Profissional	nº	pop.alvo
clínico	2	1000 cada
ginecologista	1	2000
odontólogo	1	2000
enfermeiro	1	2000
auxiliar de enfermagem	2	2000

Assim, um ginecologista, odontólogo e enfermeiro dão cobertura, no máximo, a 2000 pessoas, as quais são aqueles 1000 pacientes inscritos com cada um dos clínicos.

- para assistência à criança:

Profissional	nº	pop.alvo
pediatra	2	1000 cada
odontólogo	1	2000
enfermeiro	1	2000
auxiliar de enfermagem	2	2000

Essa é uma proposta inicial à qual devem ser aplicados instrumentos técnicos que possibilitem estabelecer os quantitativos adequados. Quando do estabelecimento desses quantitativos, é necessário atentar para os períodos regulamentares de férias dos profissionais das equipes, garantindo-se que, pelo menos durante 9 meses, a equipe de atendimento esteja completa. Caso contrário, será difícil estabelecer o relacionamento permanente com a equipe estável. Não é demais acentuar que, durante os períodos de ausência de componentes da equipe os pacientes devem estar preparados para tal evento, garantindo-se o atendimento necessário através de uma outra equipe de cobertura.

Além da equipe básica de assistência, considera-se necessária a presença do profissional de Serviço Social, que, em número adequado, daria respaldo técnico às atividades extramurais do conjunto das equipes do 1º turno, por um lado, e do 2º turno por outro. O fundamento da atividade do Serviço Social deverá ser a inter-relação da unidade com a comunidade, viabilizando programas de ações coletivas, principalmente na área de educação em saúde.

Considera-se também os demais profissionais necessários

como auxiliares de enfermagem para o setor de coleta de exames, auxiliares de odontologia, oficiais de farmácia, agentes administrativos para recepção e marcação de consultas, arquivo de prontuários e área administrativa em geral.

A definição do número de profissionais merece um trabalho de planejamento específico, devendo estar baseado na estimativa de pessoas vinculadas à unidade e o número de equipes profissionais necessárias.

- É fundamental a necessidade de qualificar adequadamente os profissionais da rede. Destaca-se, em particular, a reciclagem permanente dos profissionais das unidades de 1º nível, tendo em vista que a capacidade técnica dos recursos humanos consiste num dos requisitos para a garantia da fixação e aderência da população. No caso do médico, especificamente, além da qualificação que o torne independente, até um limite máximo, do especialista, considera-se a possibilidade de parte do seu tempo de trabalho ser dedicado à assistência a seus pacientes internados, o que funcionaria como importante elemento de reciclagem. No anexo 1 apresenta-se uma proposta metodológica de treinamento que procura romper com as posturas tradicionais de passividade, saber dominante e reciclagem individual.

- A isonomia salarial e um plano de cargos e salários consistem em elementos para garantir a aderência dos profissionais à proposta.

- Considera-se que os dispositivos legais sobre

os mecanismos de recrutamento e seleção, atualmente em vigência, deverão ser revistos, possibilitando a regionalização do processo seletivo e, em particular, buscando a exigência de residência dos candidatos na área do Distrito Sanitário.

d) Sistema de Informações

- Consiste num dos principais instrumentos para o exercício pleno da gerência tanto a nível local quanto da rede. Nesse sentido, sua conformação deve permitir o acompanhamento do desempenho de cada unidade, da rede como um todo, bem como o impacto das ações desenvolvidas;
- Genericamente, o sistema de informações deve compor-se de 3 grandes grupos: informações sobre a população alvo; informações sobre a produção de serviços; e informações sobre o custo das ações de saúde;
- As informações sobre a população alvo devem permitir a análise dos padrões de saúde/doença, reunindo indicadores sobre mortalidade, morbidade, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas, além de informações de caráter demográfico e social. As informações devem estar desagregadas tanto em função da população de referência de cada unidade de 1º nível, quanto agregadas para toda a área do Distrito Sanitário;
- As informações sobre produção de serviços devem propiciar tanto a análise de desempenho

de cada unidade que compõe a rede, quanto desta última.

Destacam-se, em particular, informações que possibilitem avaliar o grau de interação entre os diferentes serviços desenvolvidos. São exemplos dessa abordagem, indicadores como a percentagem de pessoas atendidas nos serviços de emergência do Distrito Sanitário sem apresentar quadros clínicos compatíveis; motivos mais frequentes para referenciamento; percentagem de evasão de pacientes por ocasião da contra-referência, etc.

A adoção do modelo de inscrição de pacientes e profissionais permite a elaboração de alguns indicadores atualmente não utilizados, como, por exemplo:

Taxa de demanda clínica e pediatria = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas consultantes na clínica}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas inscritas na clínica}} \times 1000$

Concentração de consultas clínica e pediatria = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas realizadas na clínica}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas consultantes na clínica}}$

Razão ou n° de consultas clínica/pediatra por 100 pessoas inscritas = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de consultas clínicas/pediatria}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas inscritas clínicas/ped.}} \times 100$

Da mesma forma, a disponibilidade de indicadores sobre a inscrição e cancelamento de inscrição de pacientes a profissionais permitirá avaliar o grau de adesão e evasão e, portanto, a fixação de pacientes, constituindo-se em elemento valioso para a auditoria permanente do sistema.

- as informações sobre o custo das ações de saúde devem estar baseadas num sistema de apuração de custos, tanto para a área ambulatorial

quanto hospitalar. Além dos indicadores clássicos, por exemplo, custo médio unitário da consulta simples, daquela com agregados diagnósticos e terapêuticos, do egresso hospitalar, etc, é viável passar a dispor de outros indicadores como custo médio unitário por pessoa inscrita, custo médio unitário por pessoa consultante, etc.

e) Gerenciamento

- As unidades devem ter autonomia gerencial que permita administrar o cotidiano e decidir taticamente com vistas à resolução de seus problemas, dentro da perspectiva política e estratégica da rede. A gerência das unidades deve ser exercida de forma coletiva e participativa, através de um colegiado formado por representantes das equipes de saúde (atividade fim), da área administrativa (atividade meio) e dos usuários vinculados à unidade. Esse colegiado é responsável pelo planejamento, acompanhamento e controle das atividades assistenciais desenvolvidas a nível local. A avaliação do desempenho da unidade se dará, fundamentalmente, através dos elementos fornecidos pelo Sistema de Informações, em função da população coberta, da organização interna da unidade e do seu entrosamento com as unidades de referência e contra-referência. A gerência cotidiana deve ser exercida por um gestor executivo (diretor), também membro do referido colegiado;
- A gerência do Distrito Sanitário consiste em

elemento estratégico, tanto para provisão de recursos e insumos, quanto para articulação dos níveis e das unidades entre si. A rede de serviços de saúde do Distrito Sanitário deverá dispor de um gestor executivo, responsável pela execução financeira, provisão de insumos específicos, implementação do processo de planejamento integrado da rede e controle da execução de ações técnicas desenvolvidas pela equipe de nível central do Distrito Sanitário. Junto ao gestor executivo atuará o Conselho de Saúde do Distrito Sanitário, constituído pelos diretores de unidades da rede e por representantes da população, com funções de planejamento incluindo inversões de recursos, acompanhamento e avaliação do desempenho da rede. Na dependência do grau de implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e do processo de descentralização, também poderão compor o Conselho representantes do poder público (federal, estadual ou municipal) indicados pela CIMS ou CIS.

- Deverá ser instituída no setor público a carreira de gerente ou administrador em saúde, de nível superior e com formação específica em administração e planejamento de serviços de saúde. É através do quadro de gerentes que serão preenchidos os cargos de direção tanto a nível local (unidade) quanto da rede (Distrito Sanitário).

f) Custeio de serviços

- Num modelo que entende a rede de serviços como única e plenamente integrada entre seus vários níveis assistenciais, admite-se que formas distintas e incompatíveis de custeio tendam a influenciar o desempenho assistencial dessa mesma rede. Por exemplo, na hipótese dos serviços de 1º nível cobertos financeiramente através de orçamento, e as unidades de 2º e 3º níveis através do pagamento por produção, não é inviável supor algum grau de comprometimento na contra-referência de 2º e 3º níveis para a unidade de relação estável com o paciente. A tendência será das unidades pagas por produção (independentemente de sua natureza jurídica) reterem os pacientes, tendo em vista que os mesmos representam um determinado valor pecuniário. Quando se atribui a diferentes patologias valores de pagamento também diferentes (mesmo que o custo não seja o mesmo), tende-se a contribuir para que o faturamento se apoie naqueles eventos que possibilitem auferir maior ganho ou lucro possível. Nesse caso, não há modelo algum de informações sobre morbidade, por exemplo, que apresente algum grau de confiabilidade. O mesmo ocorre quando a retribuição é feita por cada ato isolado, onde domina a regra — maior produção, maior volume de recursos financeiros. Embora o pagamento por parte minimize tais distorções, permanece ainda a questão da disputa, entre serviços, pela clientela, essa fonte inesgotável de recursos assegurados.

- Conceitualmente, é inviável em qualquer dimensão o convívio do pagamento por produto e qualquer outra forma de custeio. São incompatíveis unidades por produção x unidades orçamentadas, unidades por produção x unidades capitadas, unidades de produção x etc. Assim sendo, o eixo da incompatibilidade está dado pela instituições pagas por produção já que, inevitavelmente, a população será mais canalizada para esse tipo de unidade prestadora de serviços. A proposta de novas formas de custeio da rede de serviços, harmônicas entre si e baseadas na programação orçamentária ou cobertura populacional, visa permitir a previsibilidade de gastos, a estabilidade dos mesmos e a eliminação da disputa de clientela entre diversos serviços.

- O instrumento de pagamento por orçamento não apresenta dificuldades técnicas de elaboração, sendo prática corrente na administração pública. Enfatiza-se que o orçamento deve ser originado de um plano anual de trabalho que contemple o conjunto das ações que a unidade deve prestar, sem a tradicional contenção da proposta de trabalho a orçamentos previamente calculados. Aponta-se a necessidade de elaborar instrumentos específicos que permitam acompanhar, de forma conjunta, o cumprimento de metas fixadas e o desempenho orçamentário. Embora o sistema de apuração de custos seja um instrumento valioso, deve-se dispor de outros que permitam principalmente a projeção e previsibilidade de recursos, em função das atividades desenvolvidas.

- Quanto à sistemática de pagamento por cobertura (per capita), embora seja simples, considerando a base de cálculo, apresenta-se com algum grau de complexidade conjuntural, face à inexperiência da aplicação desse modelo no País. A lógica do pagamento baseia-se na relação "valor da capita" e "número de pessoas capacitadas", sendo, portanto, função do processo de inscrição da população nos serviços de 1º nível. Para os demais níveis assistenciais, nos quais não há inscrição direta de pessoas, a população sob cobertura de cada unidade de 2º e 3º níveis consiste nas pessoas inscritas na unidade de 1º nível que referencia de modo fixo seus pacientes para um determinado Distrito Sanitário, dispõe-se de 8 unidades de 1ª linha, com 200.000 pessoas inscritas ao todo; 4 dessas unidades referenciam seus 90.000 inscritos para os serviços A, de 2º nível, que tem assim como população a ser coberta (adscrita) por ele, 90.000 pessoas; as 4 outras unidades de 1º nível, com 110.000 inscritos, referenciam seus pacientes para a unidade B (de 2º nível), a qual cobre, portanto, 110.000 pessoas. Se ambas as unidades A e B, de 2º nível, fossem pagas por capitação, a unidade A receberia o valor correspondente ao produto do valor da capita pelo número de pessoas que cobre (90.000 pessoas) e a unidade B, o valor obtido da multiplicação do valor da capita por 110.000 pessoas.

Na sistemática de pagamento por cobertura (ou capitação), considera-se a totalidade das ações e serviços que devem ser prestados pela unidade. Ou seja, não há paga

mento isolado para nenhum tipo de procedimento ou serviço. O valor da capita de 2ª linha inclui não apenas o atendimento de referência do 1º nível para o 2º nível, como também o atendimento de contra-referência do 3º nível para o 2º nível. No caso dos serviços de SADT, os exames e procedimentos realizados pelo serviço de 2º nível e seu respectivo financiamento incluem a cobertura diagnóstica da assistência de 1ª, 2ª e eventualmente 3ª linhas, quando este último não dispuser. Da mesma forma, o valor da capita para 3º nível inclui: atendimento a pacientes internados (incluindo consultas ambulatoriais pré e pós internação, CTI quando necessário, SADT, etc) atendimento exclusivamente ambulatorial (incluindo SADT), atendimento de emergência, atendimento em regime de hospital-dia.

Para o cálculo inicial do valor da capita, as estimativas devem originar-se dos gastos e custos atualmente vigentes, isto é, da experiência com o pagamento por produção. A forma de cálculo dos primeiros valores da capita para os distintos serviços será a combinação de um conjunto de estimativas sobre a probabilidade de um determinado número de pessoas chegar a necessitar de tais serviços, e a estimativa do valor médio pago atualmente por unidade de produção do serviço (egresso, consulta, exame). A partir dessas duas grandes estimativas, calcula-se para um determinado período de tempo o número de unidades de produtos que ocorrerão, multiplicando-se pelo valor médio do custo dessa mesma unidade de produto. O resultado é o valor total que será pago, nesse período de tempo, para o atendimento a uma dada população. Esse valor global do gasto a ser efetuado (por exemplo, 1 ano) é dividido pelos períodos de pagamento (por exemplo, meses) e dividido pelo número de pessoas que formam o conjunto populacional considerado, cujo resultado

consiste no valor da capita. Esse valor não será fixo, mas sim reajustado periodicamente em função de indicadores econômicos gerais e específicos para o setor saúde, bem como considerado o ritmo da produção.

Ao contrário da tendência do pagamento por produção, que é incrementar real ou artificialmente as prestações com intuito de auferir maior volume de recursos, no modelo de pagamento por capitação a tendência será a insuficiência do atendimento e baixa produção. Dessa forma, deve-se buscar novas formas de supervisão e controle que permitam observar essa tendência. Nesse sentido, considera-se que a população é uma aliada fundamental, à medida que é mais fácil para leigos apontarem a falta de atendimento do que perceber os possíveis excessos de procedimentos realizados.

3. LINHAS PARA APROFUNDAMENTO

Considera-se que algumas questões devam ser objeto de reflexão específica que permita o aprofundamento do problema, a detecção de estratégias e instrumentos necessários. Entre elas, destacam-se:

a) Instrumentos para vinculação da população a serviços

Tendo-se definido a modalidade de adscrição da população a unidades ou de inscrição voluntária de indivíduos a profissionais, torna-se necessário construir os instrumentos que permitam tal vinculação. No caso de adscrição em função de área geográfica, sem identificação da população segundo segmentos territoriais internos, os mecanismos são menos complexos, bastando apenas definir os limites geográficos da área de abrangência da unidade.

Na opção de adscrição da população a serviços, com designação de equipes responsáveis por distintos segmentos da população, torna-se necessário definir os critérios de conformação de grupos de indivíduos, através de um levantamento geográfico e/ou censitário.

Na modalidade de inscrição voluntária de indivíduos a profissionais, deve-se desenhar toda uma sistemática que compreenda:

- cadastramento dos profissionais médicos — clínicos e pediatras — com a respectiva equipe assistencial;
- conformação de listas atualizadas de pacientes segundo os profissionais escolhidos;
- mecanismos de exclusão voluntária da lista de um determinado profissional e inclusão em lista de outro, objeto de nova escolha; ou de simples exclusão, no caso de óbito ou de mudança da área do Distrito Sanitário.

Em todas as modalidades prevê-se a utilização de instrumentos que possibilitem o esclarecimento do público quanto ao tipo de oferta de serviços.

b) Sistema de Informações

A elaboração de um sistema de coleta e análise de informações deve contemplar:

- o fornecimento de informação trabalhada e diferenciada para os distintos níveis de decisão da rede de serviços que permita, com simplicidade

dade, a apropriação adequada à realidade, por parte dos gerentes;

- dentro dessa simplicidade, será um dos requisitos fundamentais que os gerentes sejam alimentados com indicadores que associem ou relacionem situações, movimentos e circunstâncias concernentes ao desempenho assistencial. Neste sentido, o sistema de informações deve ter como saídas indicadores construídos com base nas relações entre população/serviços, atividades dentro dos serviços e gastos de recursos com atividades desenvolvidas. São exemplos de tipos de indicadores: taxas, razões, concentrações, médias, medianas, etc.

Além dessa vertente alimentadora do aparelho decisório, o sistema, na perspectiva operacional, deverá facilitar o fluxo de pacientes dentro e entre serviços, através de instrumentos que permitam o agendamento, a referência e contra-referência nos serviços da rede, etc.

c) Gerenciamento

A grande questão aqui colocada para reflexão é como viabilizar legalmente o papel do gestor único do Distrito Sanitário. Essa questão ainda se coloca hoje, apesar dos processos de constituição dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados, tendo em vista a pluralidade de fontes institucionais de recursos, cada qual restrita por normas, atos jurídicos e fluxos financeiros diferenciados.

Trata-se, fundamentalmente, de identificar quais os mecanismos que se tornam obstáculos à gestão única da rede

de serviços de saúde do Distrito Sanitário, quanto aos aspectos de gerência de recursos humanos, insumos em geral e execução financeira, visando formular alternativas que permitam, a curto e médio prazos, superar tais restrições.

A construção do sistema gerencial do Distrito Sanitário deve facilitar e dar poder ao gestor único da rede sem, entretanto, restringir o exercício da tomada de decisões por parte dos gestores das unidades, dentro da política estabelecida para a região. Da mesma forma, deve possibilitar, nas distintas instâncias gerenciais, a participação das pessoas que serão assistidas, isto é, a comunidade, a população.

d) Custeio de serviços

O aprofundamento desse aspecto administrativo deve buscar aprimorar os instrumentos que facilitem a programação orçamentária, a nível das unidades e da rede, orçamentos este referido a ações concretamente programadas e adequadas a uma realidade.

Por outro lado, deverão ser criados os instrumentos que possibilitem fixar valores iniciais para o pagamento por cobertura populacional, bem como os mecanismos de avaliação e reajustes periódicos desses valores iniciais.

ANEXO 1

Capacitação e reciclagem de recursos humanos

O repensar das ações de saúde coletiva trouxe à tona a discussão da dicotomia preventivo x curativo, que durante anos orientou a organização dos serviços. A proposta das Ações Integradas de Saúde nasce também a partir da constatação da ineficiência dos serviços e da reflexão sobre tal dicotomia.

Há necessidade de repensarmos a prática de atendimento exercida pelos profissionais de saúde, que é feita de maneira técnica, distante e impessoal, aliada a concepções de saber, tarefas e papéis valorizados de formas desiguais. Essa prática contribui significativamente para a baixa resolutividade desses serviços.

Para que se modifique a relação entre profissional de saúde e clientela é necessário reavaliar o enfoque de supervalorização dos aspectos técnicos dos treinamentos, onde são desconsideradas todas as outras questões importantes envolvidas no atendimento à saúde. É necessário que haja um processo de estimulação e sensibilização dos profissionais de saúde, levando-os à conquista de seu espaço em seus locais de trabalho, promovendo o debate e a reflexão, levando-se a acreditar naquilo que fazem.

A capacitação de recursos humanos, entendida como esforço de adequação contínua do processo de trabalho às necessidades básicas de saúde, tem um relevante papel a desempenhar na elevação da capacidade resolutiva. E isso, especialmente no que se refere ao pessoal de nível superior, cuja maioria engajou-se nos serviços sem estar preparada para a organização e manejo de tecnologias pró

prias a uma rede hierarquizada e que deve canalizar re cursos através de ações prioritárias.

As Instituições formadoras de recursos humanos para a saúde, tradicionalmente, tratam as questões do corpo dentro de uma perspectiva biológica e segmentada, como se fosse um objeto industrial, constituído de peças soltas. É absolutamente necessário considerar o corpo como uma totalidade e cuidar dele enquanto tal, inserido num con texto social e cultural, se nos propomos a trabalhar de maneira integral. Da mesma forma, a metodologia usada é, comprovadamente, ineficaz. O momento pede práticas alternativas.

Há necessidade de uma metodologia nova, que seja mais abrangente e possibilite a participação de todos os pro fissionais envolvidos, levando a um novo tipo de relação não só com a clientela, como também com a própria equipe de saúde.

Deve ser incentivado e privilegiado o trabalho em grupo, que através da troca de experiências, leva a um aprendi zado coletivo e à incorporação de atitudes críticas, im plicando numa constante avaliação e afastando a postura autoritária centrada na existência de apenas um "dono do saber".

Devemos usar uma metodologia participativa, com várias técnicas e abordagens que permitam uma reflexão conjunta, como por exemplo: discussão em pequenos grupos, dramati zação, exercícios corporais, modelagem com argila, cola gem, desenhos, além de vídeo-tapes, áudio-visuais, etc.

Nesse trabalho, **OFICINAS DE PRÁTICAS EDUCATIVAS**, devemos procurar:

- identificar as necessidades de treinamentos dos profissionais, de acordo com as atividades a serem ampliadas, melhoradas ou implantadas.
- repensar as posturas tradicionais na relação profissional de saúde/clientela, visando transformar as ações de saúde num processo dinâmico de participação crítica.
- questionar a estrutura hierárquica de poder, visando o rendimento dos papéis profissionais na integração da equipe de saúde.
- introduzir um processo contínuo de avaliação que incorpore o vivido, transformando as posturas e práticas no atendimento à saúde.*

* Este documento se baseou nas seguintes fontes:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases de Ação Programática. Brasília - Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

MELONI, Elizabeth e BARBOSA, Regina. Oficinas de Práticas Educativas na Atenção à Saúde da Mulher. INSTITUTO DE SAÚDE. Secretaria Estadual de Saúde. S.P. Mimeografado.

GRUPO MARIA MULHER. Proposta de um trabalho de Educação e Saúde na Atenção à Saúde da Mulher. Mimeografado. Niterói. 1987.

VII - COMENTÁRIOS

A formulação de uma estratégia de construção do Sistema Único de Saúde a partir de uma profunda modificação da estrutura de poder das instituições de saúde, principalmente do INAMPS, foi um caminho heterodoxo para o objetivo a ser alcançado. Redistribuir poder, até então concentrado nos vários níveis da hierarquia institucional do INAMPS, significou contrariar interesses clientelísticos ligados à política cartorial dos segmentos tradicionais dos partidos políticos e modificar antigas alianças entre o aparato estatal e o setor médico-empresarial.

Ao deslocar os pólos institucionais de decisão para as Secretarias Estaduais de Saúde e Comissões Interinstitucionais de Saúde, bem como para os Municípios, novos atores vieram participar dos processos decisórios e de execução de políticas de saúde. A programação e a orçamentação integradas permitiram abrir a caixa-preta do orçamento das diversas instituições federais, estaduais e municipais relativas à saúde. Programar em conjunto significou garantir maior transparência institucional, combater ao desperdício de recursos, integralidade das ações de saúde para romper a tradicional dicotomia prevenção x cura.

Colocou-se um novo problema: seria uma estratégia maquiavélica para impedir a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde? A proposta foi clara — seria necessário impedir a conformação de um monstro burocrático, centralizado, emperrado, que reproduziria as ideolo

gias dominantes da burocracia estatal. Os argumentos falaciosos contra a descentralização concentram-se no preconceito contra a administração municipal e na suspeição de que os recursos serviriam apenas para alimentar o caixa dos governos estaduais.

A universalização do acesso à saúde, princípio que incorpora a nova Constituição garantindo o direito à saúde como direito de cidadania entra em choque com a visão tradicional ligada às origens da Previdência Social no País. A exclusão do desempregado, do trabalhador do setor informal, do não contribuinte da Previdência Social não é mais aceitável em uma sociedade democrática.

O conceito de Seguridade Social, abrangente, moderno, modula as propostas e as medidas concretas destinadas a ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Mas não basta isso. É necessário desenvolver mecanismos de controle social e comunitário através de órgãos colegiados, de conselhos de saúde autônomos em relação ao aparelho do Estado para levantar prioridades, fiscalizar ações e uso de recursos financeiros, pleitear a elevação da qualidade do atendimento, denunciar irregularidades ou incúria administrativa.

Descentralizar e criar um sistema único de saúde envolvem, também, uma profunda revisão nos planos de carreira e de valorização do trabalhador de saúde. Nesse tema, não basta a incessante reivindicação da isonomia salarial. É necessário enfrentar os sentimentos mais arraigados nas corporações de saúde para estabelecer a dedicação exclusiva ao serviço público, eliminando a "dupla militância" a que Carlos Gentile de Melo com tanta insistência e tamanha paciência se referia.

Vamos além. As mudanças institucionais não valem por si só, caso não impliquem, ao mesmo tempo, resultados para a população. O conceito de distrito sanitário está embebido do compromisso mais profundo e mais difícil - o de mudar o conteúdo das práticas de saúde. O Distrito Sanitário não é um outro nível burocrático-administrativo. É o locus por excelência, onde se estabelece a operacionalidade das instituições visando:

- a) à integralidade das ações de saúde, superando-se em definitivo a dicotomia prevenção x cura;
- b) à acessibilidade dos serviços, que devem estar no bairro, próximos aos locais de trabalho, residência ou escola;
- c) à continuidade do cuidado da saúde, rompendo com a fragmentação, a impessoalidade e a anomia do cenário em que se dá o cuidado da saúde;
- d) à resolubilidade das ações de saúde, que devem atingir 80% dos problemas que as pessoas levam a um serviço básico de saúde, garantindo-se a referência ao ambulatório especializado ou ao hospital nos casos necessários.

É no Distrito Sanitário que se restabelece o compromisso social dirigido a elevar o nível de saúde e a atender às demandas individuais pelo cuidado à saúde. Aí se opera de forma mais direta a participação popular e comunitária no controle dos serviços.

São rumos possíveis na reorganização da saúde que conduza ao Sistema Único de Saúde, e à Reforma Sanitária brasileira.

Cad. IMS; RJ; v. 2; nº 1; p. 154 - 244; abril/maio 1988.

PARTE C:
OS SISTEMAS UNIFICADOS
E DESCENTRALIZADOS DE SAÚDE
ASPECTOS JURÍDICOS E NORMATIVOS

VIII - COMENTÁRIOS SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUDS

FRANCISCO COSTA NETTO *

I - DIREITO - NECESSIDADE OBJETIVA

Considerados no seu conjunto, os serviços de saúde no Brasil estavam a exigir uma transformação, não cosmética como a Lei nº 6.229, de 17.07.75 (Lei do Sistema Nacional de Saúde), porém profunda, que modificasse desde as raízes a arcaica estrutura existente. Tanto é assim que, não obstante a boa vontade e o esforço de seus elaboradores, a Lei nº 6.229/75 não chegou a ser regulamentada em sua totalidade, mas tão somente em aspectos parciais. Suas ambigüidades e incoerências inviabilizaram, na prática, sua operacionalização.¹

O SUDS é o caminho e o instrumento para essa transformação profunda, a maior reforma do setor saúde na história brasileira, já comprovados na prática federativa, e cujos princípios fundamentais estão assumindo hierarquia constitucional, como se pode ver pelo texto aprovado no primeiro turno de votação da Assembléia Nacional Constituinte.

Mudança alguma, deixa de ter repercussão no mundo jurídico, ainda mais mudanças estruturais. Na teia das relações jurídicas, formalmente, expressam-se as transforma

(*) Advogado, Procurador Geral do INAMPS e ex-presidente da OAB/RJ.

(1) TEIXEIRA, S. M. F., (IN) *Previdência Social*. Petrópolis: Vozes Ed., 1985, pag. 256

ções traduzidas em normas que podem acelerar seu avanço e contribuir para sua irreversibilidade, ou produzir efeitos opostos.

Não se pode esquecer que o Direito corresponde a uma necessidade objetiva, que nem sempre é levada em conta pelos políticos e administradores. Para concretizar-se, exige forma e instrumento jurídico. Notável jurista e cientista político francês, Georges Burdeau escreve: "Para grande número dos nossos contemporâneos, e nomeadamente para a classe dirigente, o Direito é objeto de suspeita, até de desprezo (...)"¹

É indispensável superar essa suspeita e esse desprezo.

No trato das questões jurídicas no INAMPS, dois momentos foram da maior importância na gestão Hésio Cordeiro. Primeiramente, a discussão do contrato-padrão para regular a prestação de serviços médico-hospitalares pela rede privada, que envolvia a modificação de sua natureza jurídica, para passar de contrato, marcadamente, de direito privado, para contrato, indubitavelmente de direito público. A segunda discussão, mais recente, dizia respeito ao trabalho conjunto para normatizar o SUDS através, primeiro, de um grupo do setor jurídico (MPAS e INAMPS) e, depois, de um grupo ampliado.

A seguir, inverteremos a ordem cronológica, desses dois momentos, para privilegiar o SUDS, neste trabalho, que é mera **introdução** aos documentos em anexo.

II - SOBRE O SUDS

O SUDS é, reconhecidamente, uma continuação das Ações Integradas de Saúde - AIS, porém num patamar muito mais

(1) "Archive de Philosophie du Droit". Paris, 1963 tomo VIII pg. 40.

elevado, e com uma abrangência muito maior. Comparativamente, um inquestionável salto qualitativo. Do ponto de vista jurídico, três documentos (exceto o Convênio-padrão) são considerados básicos para a implantação, implementação e irreversibilidade do SUDS, a saber:

- 1º - A Exposição de Motivos nº 031, de 10.07.87, dos Ministros Roberto Santos, da Saúde, e Raphael de Almeida Magalhães, da Previdência e Assistência Social, que traça as diretrizes e o programa de desenvolvimento do SUDS. Aprovada pelo Presidente da República, constitui ela a Carta do SUDS.
- 2º - O Decreto nº 94.657, de 20.07.87, que criou o SUDS, "com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde". Com apoio nesse Decreto, o MPAS, na gestão Raphael de Almeida Magalhães, e o INAMPS implantaram o SUDS em quase todos os Estados através de convênios diversos. Foi um inegável êxito político. Vislumbraram-se, aqui, os primeiros sinais de irreversibilidade do SUDS.
- 3º - O Decreto nº 95.861, de 22.03.88, com base na rica experiência dos convênios SUDS/87, disciplinou juridicamente o convênio-SUDS e normatizou as questões mais significativas, fornecendo, na gestão Ministro Renato Archer um vigoroso instrumento para a implementação do SUDS em todo o país. Desse Decreto, beneficiou-se o Convênio-padrão-SUDS/88, antecedido por um Termo Aditivo-padrão, que complementara algumas cláusulas dos convênios SUDS/87.

III - DECRETO Nº 95.861/88

Originado de proposta do MPAS e ampliado no curso das discussões com representantes do Gabinete Civil da Presidência da República e de outros Ministérios, esse decreto merece destaque. Resolveu ele, objetivamente, algumas questões fundamentais para a implementação do SUDS, quando autorizou, explicitamente, que as regulasse o Convênio.

Essas questões fundamentais são as seguintes:

Primeira, a da transferência da gestão de unidades assistenciais (hospitais, PAMs, etc.), integrantes da estrutura organizacional do INAMPS, para os Estados, Distrito Federal, Territórios e, inclusive, Municípios.

Segunda, a cessão de uso de bens da autarquia: móveis, equipamentos e imóveis, sendo a destes na forma do Decreto-Lei nº 178 de 16 de fevereiro de 1967. A cessão de uso de bens móveis e equipamentos será precedida de inventário, elaborado pelo INAMPS. Esse inventário fará parte do termo de cessão, cuja minuta-padrão já foi aprovada pelo Ministro da Previdência e Assistência Social. Os móveis e equipamentos cedidos, considerados **inservíveis**, poderão, com a concordância do INAMPS, ser vendidos mediante licitação, revertendo o produto da venda ao orçamento do INAMPS, para integrar os recursos destinados ao SUDS.

Terceira, a transferência de recursos financeiros destinados ao orçamento do INAMPS - dentro dos limites das dotações previstas - para aplicação nos serviços de saúde, tanto para o custeio dos serviços como para investimentos nas unidades assistenciais cedidas pela autarquia,

nas redes de saúde estadual ou municipal e para o pagamento de prestação de serviços médico-hospitalares, contratados com entidades privadas de fins lucrativos, conveniados com entidades filantrópicas ou beneficentes, sem fins lucrativos, e, ainda, credenciados: pessoa física (por exemplo, médico) ou pessoa jurídica (por exemplo, laboratório).

Quanto a essa questão, embora fruto de demorada discussão, o Decreto nº 94.657/87 incidiu em grave lapso. Ao invés da simples republicação, preferiu-se um novo Decreto para se evitar qualquer dúvida quanto à amplitude da transferência dos recursos financeiros do INAMPS. O lapso criava uma contradição entre a finalidade abrangente do Decreto e a limitação ostensiva de seu artigo 3º, que restringia a transferência de recursos financeiros somente para as unidades assistenciais cedidas pelo INAMPS. Bastaria o exercício de uma interpretação literal para interromper o fluxo de aplicação de recursos do INAMPS para as redes estaduais e municipais e tornar impraticável o pagamento dos serviços médico-hospitalares prestados por terceiros (contratados, conveniados e credenciados).

O novo Decreto substituiu a expressão "unidades assistenciais cedidas" por "unidades assistenciais objeto dos convênios". E, com isso, retornou-se à sua abrangência finalística, correspondente à realidade que se buscava normatizar. Vedou a aplicação dos recursos financeiros em quaisquer atividades estranhas às finalidades dos convênios. Nisso fez bem, mas o mesmo não se pode dizer da vedação de sua aplicação no **mercado financeiro**. Isto se efetivou por insistência do setor econômico do Governo. A pretexto de coibir abusos, preferiu-se a brutal erosão inflacionária da moeda ao controle da aplicação

dos rendimentos. A situação é tão absurda, em face da realidade econômica-financeira, que já se está procurando uma solução para esse ponto.

Quarta, a questão do pessoal, atualmente a mais tormentosa. O Decreto regulou a situação do pessoal efetivo pertencente ao Quadro ou Tabela Permanente do INAMPS, não só daquele lotado nas unidades assistenciais cedidas (hospitais, PAMs, etc.), mas também do pessoal lotado em outras unidades, permitindo ao INAMPS cedê-lo também às entidades gestoras (estaduais ou municipais), considerada a necessidade dos serviços abrangidos pelos convênios.

Submeteu todo o pessoal efetivo cedido à administração das entidades gestoras (estaduais ou municipais), mas assegurou-lhe, além dos direitos e deveres decorrentes das normas federais, a remuneração pelo INAMPS. Vedou-lhe, porém, "a percepção de vantagens, a qualquer título, não previstas nas normas federais". Com isso, fulminou a chamada **isonomia salarial** prevista na Exposição de Motivos nº 031 e nos convênios SUDS/87, e não reproduzida, por isso mesmo, no Convênio-padrão-SUDS/88. Tornou sem efeito a aplicação do princípio isonômico inscrito na Exposição de Motivos nº 031. Ainda continuam como atribuição do INAMPS, tanto a expedição dos atos de vacância de cargos ou empregos, como a concessão de vantagens federais ao pessoal cedido. Os cargos e empregos, que se vagarem, serão extintos.

Deixou, porém, o Decreto sem solução um grave problema transitório, que é o do pessoal ocupante de cargos em comissão e funções de confiança nas unidades assistenciais cedidas. Enquanto o Estado não contar com quadro correspondente, a provisão dele continuará sendo feita

na forma da legislação federal, escapando à competência do governo estadual ou municipal. Prevê o Decreto que essa transição se opere até fins de 1988 — limite para a proposta do MPAS sobre a estrutura organizacional do INAMPS e a reclassificação dos respectivos cargos em comissão e funções de confiança. Nada impede que se opere antes e que o Estado faça o seu caminho, obtendo sua solução.

Quinta, a prestação de contas. Essa matéria, tratada nos convênios SUDS/1987 e regulada com maior rigor no Termo Aditivo-padrão SUDS, mereceu cuidado especial do Decreto, que, em suas linhas gerais, enfatizou — dando-lhe a máxima hierarquia administrativa — o que já constava no Termo Aditivo-padrão.

Assim, dispôs, em seu artigo 5º, que os recursos financeiros transferidos às entidades gestoras serão objeto de prestação de contas, a ser elaborada de conformidade com as normas baixadas pela Administração Federal.

Por sua vez, o art. 6º e seu parágrafo único cuidam do processo de prestação de contas. Dele constará os relatórios e pareceres periódicos do INAMPS sobre o acompanhamento, por este, da execução dos projetos e atividades do SUDS e, também, parecer conclusivo (anual) do INAMPS, quanto à eficiência e economicidade das ações de saúde realizadas e quanto à aplicação dos recursos dispendidos.

Instituído o processo, será ele remetido ao órgão de auditoria do MPAS para exame e certificação, e, a seguir, submetido ao pronunciamento ministerial, para final encaminhamento ao Tribunal de Contas da União.

IV - CONVÊNIO-PADRÃO SUDS/88

A natureza deste trabalho impede a análise das principais cláusulas do Convênio-padrão/88, que constitui uma espécie de **regulamento consensual** do SUDS. Por isso, recomenda-se sua leitura atenta. É um documento, tanto quanto possível, claro e didático, com remissão a todo dispositivo legal pertinente, quando a matéria clausulada o permite.

A forma jurídica de **convênio** está fundamentada no Parágrafo 3º do artigo 13 da Constituição ainda vigente, nos parágrafos 1º, 5º e 6º do art. 10 do Decreto-Lei nº 200, de 25.02.67 - Reforma Administrativa -, e, em particular, no art. 1º e seu parágrafo único, do Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988. Quanto ao **conteúdo**, apoia-se no Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, que criou o SUDS, conjugado com a Exposição de Motivos nº 031, que lhe traçou as **diretrizes** e o **programa de desenvolvimento**.

Quanto ao aspecto financeiro, orçamentário e prestação de contas, funda-se no Decreto nº 93.872, de 23 de dezembro de 1986, nas Instruções Normativas nº 10 e 12, de 27 de maio e 08 de julho de 1987, da Secretaria do Tesouro Nacional, e, ainda, nas instruções aprovadas pelo Tribunal de Contas da União em sua sessão plenária de 14 de abril de 1988¹.

V - CONSTITUCIONALIDADE E LEGALIDADE DO SUDS

Não procedem algumas críticas envergonhadas à legalidade e, muito menos, à constitucionalidade do SUDS.

(1) in DOU, de 05.05.88, p. 7879/7883.

Sua criação, por decreto, não ofendeu a Lei nº 6.439, de 01 de setembro de 1977 (Lei do SINPAS), porque "dispor sobre a estruturação, atribuições e funcionamento dos órgãos da administração federal" (art. 81, V. CF) constitui competência privativa do Presidente da República. O decreto em referência limitou-se a englobar, num só programa, abrangente e descentralizado - o SUDS, os diversos programas de assistência médica previstos no art. 6º da Lei, delegando a atribuição de sua execução, por via do Decreto nº 94.657/87 e Convênios-SUDS, aos Estados, Distrito Federal, Territórios ou Municípios.

Outro ponto, alvo de crítica há muito tempo, é o da universalização do atendimento médico-hospitalar gratuito. Esta é a seara preferida dos que defendem a pureza do seguro social em correspondência perfeita com a contribuição triplíce. Já se publicou, em 1983, sem qualquer êxito, um trabalho sobre as inconstitucionalidades que daí decorrem¹. Isto porque a realidade é outra. O sistema brasileiro já não é mais o de seguro social, porém misto, "compreendendo simultaneamente formas de "seguro social", de "assistência social" (serviços sociais) e de "serviços públicos" (regimes universais)".²

Registre-se que uma representação de inconstitucionalidade, suscitada pela Federação Brasileira de Hospitais, foi ingloriamente, neste ano, na Procuradoria Geral da República.

VI - DOCUMENTOS ELABORADOS E EM ELABORAÇÃO

Diante da complexidade dos problemas surgidos no curso dos primeiros meses de implantação do SUDS; o Ministro

(1) ABRANCHES, F.F. *A Crise Institucional da Previdência Social*. Brasília, Dom Quixote Ed., 1983.

(2) OLIVEIRA, M. V. C. de. *Previdência Social nº 897*. Rio: Freitas Bastos Ed., 1987.

Renato Archer se viu na contingência de rever normas técnicas e jurídicas. Por isso, criou imediatamente, para os aspectos jurídicos, um grupo de trabalho, que foi ampliado três meses depois.

Da atividade desses dois grupos - fora o Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988 e o Convênio-padrão SUDS/88, já apreciados - resultaram os seguintes documentos:

- a) **Termo Aditivo-padrão** ao primeiro Convênio SUDS/87, para substituir o Termo Aditivo anterior e complementar cláusulas do Convênio-SUDS/87;
- b) **Novo Termo Aditivo-padrão**, acoplado ao Convênio-padrão SUDS/88, este com vigência máxima de um ano ou menos, e aquele com a vigência de dois anos;
- c) **Termo de cessão de uso** (Portaria nº 4.203, MPAS, de 06.04.88);
- d) **Normas para a prestação de contas ao INAMPS pelos Estados, Distrito Federal e Territórios** (Portaria nº 4.236, MPAS, de 12.05.88); e
- e) **Estrutura provisória do INAMPS** (Portaria nº 4.235, MPAS, de 11 de maio de 1988).

Em cumprimento aos objetivos da Portaria nº 4.221, MPAS de 11 de abril de 1988, encontram-se ainda em estudo e elaboração vários documentos, tais como: o Regimento Interno do INAMPS (competências e atribuições); normas ministeriais sobre o contrato-padrão e o convênio-padrão para prestação de serviços médico-hospitalares, respectivamente, pela rede privada e pelas entidades filantrópicas e beneficentes; sobre o credenciamento de pessoa física

sica (por exemplo, médico) e pessoa jurídica (por exemplo, laboratório); sobre pessoal ocupante de cargos em comissão e funções de confiança; e diversos outros, inclusive sobre a municipalização e também o distrito sanitário.

VII - O OUTRO MOMENTO: A DISCUSSÃO DO CONTRATO-PADRÃO

Iniciou-se na gestão Waldir Pires, no MPAS, e foi encerrada na gestão Raphael de Almeida Magalhães, com a aprovação da Portaria nº 3.893, MPAS, de 11 de dezembro de 1986.

A controvérsia se situava muito mais nas questões jurídicas que nas questões técnicas (médicas e hospitalares), isto porque o INAMPS entendia que o contrato-padrão deveria assumir as características de contrato administrativo ou de direito público.

Essa discussão, muitas vezes acirrada, está espelhada em três documentos: o **primeiro**, uma exposição do Presidente do INAMPS ao Ministro Waldir Pires, datada de 13 de janeiro de 1986, com a minuta-padrão de contrato, assinando, porém, os pontos divergentes ou de conflito principalmente entre o INAMPS e a rede privada de hospitais; o **segundo**, uma Portaria ministerial (PT nº 3.680 MPAS, de 13.02.86, in DOU de 14.02.86) determinando ao INAMPS que assegurasse ao contrato-padrão sua "natureza essencial de contrato administrativo, submetido ao regime jurídico de direito público", com as normas e regras que dele deveriam constar; o **terceiro**, uma nota do Ministro Raphael de Almeida Magalhães relatando o prosseguimento da discussão durante mais de dez meses de sua gestão e justificando a Portaria ministerial que aprovou o contra

to-padrão, no qual se dispunha que o contrato se regulava "pelas suas disposições, pelos preceitos de direito público e, supletivamente, pelos princípios de direito privado".

Essa discussão teve larga repercussão. Chegou a refletir-se nas conclusões da VIII Conferência Nacional da Saúde (Brasília, 1986) e no texto constitucional em elaboração na Assembléia Nacional Constituinte.

Hoje, com o advento do Decreto-Lei nº 2.300, de 21 de novembro de 1986 e suas alterações, a discussão seria muito mais fácil, porque esse diploma legal instituiu o estatuto jurídico dos contratos administrativos, entre os quais se inclui, inequivocamente, o contrato para prestação, pela rede privada, de serviços médico-hospitalares (conforme artigos 44 a 74).

Conforme a Nota do Ministro Raphael de Almeida Magalhães, a Portaria foi baixada quando a divergência se resumia em dois pontos, ambos relevantes para evitar "distorções" ou irregularidades e fraudes. O **primeiro** se referia ao Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda, que vedava ao hospital contratado efetuar cobranças ou autorizar que terceiros cobrassem dos beneficiários preços acima ou fora da tabela, salvo no caso específico de opção por melhores acomodações (quarto privativo ao invés de enfermaria) e obrigava o Contratado a entregar ao beneficiário, no ato da internação ou prestação de serviços, aviso de que essa internação ou prestação de serviços seria feita sem qualquer ônus para o beneficiário.

O **segundo** ponto tornou-se um cavalo de batalha. Serviu de pretexto para acentuar a campanha de acusação ao INAMPS por uma pretensa estatização. Ora, o INAMPS sem

pre considerou a "intervenção" na execução do contrato como um poder implícito nas prerrogativas de controle do contrato administrativo exercidas pela Administração e que, em face do ranço do direito privado na interpretação desses contratos, seria necessária sua explicitação no contrato-padrão, para evitar desnecessárias lides judiciais.

Mas que tipo de intervenção preconizava o INAMPS?

Não a prevista na Lei do SINPAS (Lei nº 6.439/77), artigo 25 e parágrafo único), reproduzida na CPLS/84 (Decreto nº 89.312/84, art. 196 e parágrafo único), e que constitui competência exclusiva do Poder Executivo, portanto, do Presidente da República, - salvo delegação de poder -, restrita aos casos (comprovados) de **calamidade pública, perigo público iminente ou ameaça de paralisação de atividade de interesse da população a cargo de entidade do SINPAS** (no caso, do INAMPS).

A intervenção preconizada era aquela decorrente do poder de controle do contrato administrativo, visando assegurar a continuidade da execução do contrato. Não envolvia o direito de propriedade, mas se restringia à **intervenção na execução do contrato**, para assegurar sua continuidade - como já disse -, e evitar a rescisão contratual ou desapropriação, principalmente no caso daquelas unidades médico-hospitalares localizadas em região populosa desprovida de outro hospital. Ela se faria por intermédio de uma comissão de administração, indicada pelo INAMPS, por prazo não superior a 180 dias.

Aquela intervenção não carecia de estar explicitada no contrato, porque já constava de texto de lei. Esta última, sim, para evitar dúvidas e vacilações na aplicação

da medida e na interpretação judicial, se fosse o caso.

A discussão sobre o contrato-padrão foi extremamente rica e, certamente, sua experiência será utilizada na elaboração das normas ministeriais e dos textos contratuais a serem firmados nos Estados e Municípios, pelas suas Secretarias de Saúde.

Era o que nos cabia dizer como **introdução** aos documentos que se publicam em anexo.¹

(1) Registre-se o seguinte:
O Presidente da República em 19/06/88 firmou, como partícipe, o Convênio SUDS/88 com o Governo de São Paulo; e o poder executivo editou o Decreto nº 96.186, de 21/06/88, sobre o SUDS, na área de competência do Ministério da Saúde.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DO PRESIDENTE DO INAMPS AO MINISTRO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL SOBRE O CONTRATO-PADRÃO PARA A PRESTAÇÃO DE SER VIÇOS DE SAÚDE



EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS (*)

Tenho a honra de apresentar a Vossa Excelência o projeto do INAMPS para a nova minuta-padrão do contrato a ser celebrado com os Hospitais da rede privada e, também, de expor os motivos que ensejaram a introdução de alterações, algumas bastante profundas, na abordagem de tópicos que, em instrumentos anteriores, haviam recebido tratamento diverso do que atualmente se pretende adotar.

É imperioso que seja dada solução rápida ao problema, considerando que a maioria dos contratos mantidos pelo INAMPS data de 1976, com prorrogações automáticas sucessivas desde então. Duas minutas-padrão foram aprovadas por Portarias Ministeriais nesse intervalo (PT nº MPAS/SSM - 264/83 e PT nº MPAS/SSM - 278/84), porém ambas não puderam ser adotadas devido a dificuldades técnicas insuperáveis.

Assim, na atual gestão, procurou-se sanar esses empecilhos e, além disso, elaborar um instrumento que enfocasse o relacionamento INAMPS/Hospital, não mais do ponto de vista civilista como o haviam feito as minutas antes

(*) A Exposição de Motivos foi assinada pelo Presidente do INAMPS, Hesio de Albuquerque Cordeiro em 13 de Janeiro de 1986.

riores, mas de uma perspectiva publicista, mais adequada aos serviços públicos de saúde que são prestados por esta Autarquia à população. Essa abordagem do contrato de prestação de serviços médico-hospitalares, que é um dos mais típicos contratos administrativos, sem dúvida é o ponto fundamental de toda a questão.

Na nova minuta, que acompanha este expediente, a Administração nem sempre se coloca em igual posição junto aos Contratados, porque seu dever primordial é o de resguardar o interesse público, o que faz com que ela possa impor certas cláusulas contratuais exorbitantes do direito comum e tomar, se necessário, resoluções unilaterais, obedidos sempre a Lei e os princípios do Direito Público.

Como consequência imediata desse posicionamento da Autarquia, foi abolida a concessão, feita pela PT nº MPAS/SSM 278/84, de direitos a quaisquer Federações ou outras entidades privadas, cujo objetivo seja a defesa dos interesses dos Hospitais. Prevaleceu o entendimento de que qualquer ato da Autarquia, que viesse a fortalecer interesses privados ou corporativos em detrimento do bem comum, seria ilegítimo e arbitrário. As medidas tomadas pelo Poder Público não são anti-democráticas porque restringem prerrogativas de alguns; são, ao contrário, profundamente democráticas porque garantem os direitos da vasta maioria, no caso presente os direitos dos segurados e beneficiários da Previdência Social. A prática democrática, porque revigora em sua plenitude o direito de petição e ampla defesa, dispensa o paternalismo institucional próprio dos regimes autoritários.

Uma importante inovação, quicá a mais relevante de todas, foi a abolição do exercício do direito de defesa previamente à decisão da Administração Pública. É preciso não

esquecer que se está cogitando de infrações meramente contratuais e da aplicação de penalidades contratuais, às quais, portanto, são inaplicáveis os ritos do Direito Disciplinar e do Direito Penal. Considerando que, no Direito Administrativo comum, o contraditório só se estabelece depois que a Administração Pública, desembaraçada dos interesses isolados de particulares, já houver tomado a decisão que melhor tiver servido ao interesse coletivo, foi estatuído, no novo instrumento, que a defesa seria exercida por meio dos recursos administrativos cabíveis. Com isso, não ficou menos amplo o exercício da defesa, só que ele se inicia em outro momento, isto é, no momento próprio, depois que a decisão já houver sido tomada.

Aliás, se fossem estabelecidos ritos processuais precedentes à decisão administrativa, uma simples falha em qualquer desses ritos poderia ocasionar a impossibilidade de ser, em caso de culpa do contratado, rescindido o contrato. Isso significaria que, em certos casos, o Poder Público poderia ficar reduzido à condição de espectador impotente de fraudes e de serviços públicos de saúde prestados de modo nocivo à população e ficar, até mesmo, obrigado a garantir, pela manutenção do contrato, a continuidade das fraudes e do mau atendimento.

A decorrer, ainda, da abordagem publicista do contrato, são propostas as medidas administrativas de declaração de inidoneidade e, principalmente, de intervenção na execução do contrato sempre que o rompimento do vínculo contratual for prejudicial à população. Foi restabelecida, em sua plenitude, a fé pública dos agentes fiscalizadores do Instituto, que havia sido desnaturada a ponto de se considerar imprescindível a instauração de Sindicâncias e Inquéritos Administrativos, depois de já colhidas

todas as provas necessárias à penalização dos contratados, através das auditorias e fiscalizações pertinentes, olvidando-se que os procedimentos administrativos disciplinares visam primordialmente a investigação de ilícitos cometidos por servidores. E muitos outros dispositivos foram inseridos no instrumento, decorrentes dos princípios de Direito Público, tais como a proibição da denúncia do contrato a qualquer tempo pelo Contratado, garantindo assim a continuidade do serviço público; o não estabelecimento de multas e indenizações para o Poder Público em caso de rescisão; e outras tantas.

Muitas cláusulas da antiga minuta, aprovada pela PT nº MPAS/SSM-278/84, tiveram que ser inteiramente reformuladas, seja porque haviam incorporado a redação de normas efêmeras, suscetíveis de serem modificadas a qualquer momento; seja porque delas decorriam para o INAMPS compromissos cujo cumprimento cabe a terceiros (o MPAS, o IAPAS, a DATAPREV) e pelos quais o Instituto jamais poderia se obrigar.

O antigo instrumento consignava, ainda, a exclusiva e indelegável responsabilidade do Diretor que assinasse as contas hospitalares, bem como a responsabilidade solidária de várias pessoas com o Contratado, em caso de inadimplência contratual deste. Ora, a solidariedade decorre da lei, quer a dos co-responsáveis, quer a dos Diretores e órgãos técnicos que tenham agido em desacordo com suas obrigações - só que normalmente deveria ser acionado em primeiro lugar o Contratado, ao passo que a fixação da "indelegável responsabilidade" dos Diretores tornaria necessário que o INAMPS acionasse inicialmente a estes, para só então agir contra o Contratado. Se o Contratado, como pessoa jurídica, tivesse deixado de existir, a Autarquia perderia tempo precioso com os tu

multos processuais que acabo de descrever e, já inexistindo quicá patrimônio da Sociedade que pudesse garantir a dívida, só viria a ser desfechada uma ação contra os sócios quando estes provavelmente também já não disporiam de meios para saldar o débito. Por isso, a nova cláusula relativa à responsabilidade civil contempla, como devedor, somente a figura do Contratado. Afinal, é com ele que o INAMPS se relaciona no contrato, devendo abster-se de estabelecer normas para os prepostos. Quem fará seus prepostos cumprir as normas do INAMPS será o próprio Contratado.

Abreviando a presente exposição, é preciso dizer ainda que uma das mais relevantes preocupações na elaboração do projeto foi com o problema da prevenção de fraudes e que, por isso, tentou-se, por exemplo, impedir a prática habitual da apresentação de contas fora de prazo, que podia favorecer a fraude. Com tal objetivo, criaram-se prazos exequíveis, porém fatais.

O novo posicionamento do INAMPS não poderia, obviamente, deixar de suscitar incompreensão por parte dos prestadores de serviços que, a partir do texto das Portarias 264/83 e 278/84, já foram sendo habituados a uma expectativa de poderem relacionar-se com o Poder Público em nível de absoluta igualdade, como se de contrato privado se tratasse. Assim, por maior tempo que possam durar os debates que se desenvolvem atualmente com os representantes das entidades interessadas, sempre hão de persistir, provavelmente, alguns pontos de difícil ou impossível consenso, em virtude da diferença de enfoque das partes: os hospitais pretendendo um contrato de natureza privada e o INAMPS no dever impostergável de manter uma relação contratual regida pelo Direito Administrativo, de modo a assegurar o primado do interesse público.

Após reuniões com os representantes dos interessados e com os dirigentes do Instituto mais diretamente envolvidos com o assunto, após serem levadas em consideração várias minutas e sugestões e críticas apresentadas por entidades interessadas e por servidores da Autarquia, chegou-se à redação que ora submeto à apreciação de Vossa Excelência.

Em atendimento às solicitações, algumas cláusulas foram extirpadas da proposta inicial, mesmo porque cláusulas havia que só tinham sido inseridas no instrumento para alerta dos Contratados, informando meramente o conteúdo de dispositivo legal, cuja inobservância havia começado a ser considerada uma simples "distorção". O exagero nessa conceituação iria provocar o surgimento - de começo, subreptício; depois, proclamado em documentos - da doutrina da distorção, em que as fraudes, por mais graves, se reduziam a meras distorções. Mas, por aí não seria o melhor caminho para o combate a essa tendência perniciosa. Por isso, sendo tais cláusulas nada mais que a transcrição da Lei ou, ainda, sendo elas apenas exemplos especiais de hipóteses já abrangidas por outras cláusulas, sua supressão não alterou significativamente os objetivos visados, dando apenas nova forma ao texto. Foram feitas, ainda, reformulações de cláusulas para tornar menos contundente e, ao mesmo tempo, mais explicitada a sua redação.

E foram também efetuadas algumas poucas modificações de mérito nas disposições do contrato, durante essa evolução da proposta inicial até a sua forma atual. As mencionadas alterações dizem respeito a uma certa suavização das medidas punitivas. É que o texto inicial era peremptório quanto a algumas infrações, que, uma vez perpetradas, ensejariam sempre e imediatamente a imposição

da penalidade de rescisão contratual. Agora, já existe uma elasticidade maior que pode permitir, na aplicação das penalidades, o eventual favorecimento de um Hospital, desde que imprescindível para atender certos casos ou situações excepcionais, como o dos Hospitais infratores localizados em área na qual a rescisão contratual deixasse a população sem qualquer possibilidade de obter socorro médico e onde fosse difícil a designação de um interventor. A pena de multa também foi suavizada, limitando o seu grau máximo àquele que já foi considerado o ideal pela Portaria Ministerial nº 278/84 e readotando a modalidade de multa-dia.

Nem todas as objeções levantadas contra o projeto inicial pelas entidades interessadas poderiam ser consideradas procedentes. Para ilustrar o problema, exemplifico a impossibilidade de atender à sugestão de que o INAMPS passasse a depender de decisão judicial que autorizasse a imposição das penalidades, quando, na verdade, seus atos são auto-executórios. Não poderia tampouco o Instituto aquiescer com a cobrança de quantias adicionais, diretamente feitas aos seus beneficiários, como tem acontecido, por exemplo, com anesthesiologistas. Teria, também, o Instituto que garantir aos seus beneficiários que fossem respeitados - na cobrança do sobrepreço àqueles que houvessem optado por alojamento em quarto particular - os cálculos determinados pela norma ministerial vigente. Estes são apenas alguns poucos tópicos que poderiam retardar a adoção da nova minuta-padrão, se o INAMPS se visse obrigado, nessa altura dos estudos e discussões, a prosseguir em negociações, que se revelarão estéreis, servindo tão-somente para inviabilizar a adoção da necessária e esperada minuta-padrão ainda na gestão de Vossa Excelência.

Para finalizar a presente exposição, devo ainda ressaltar a questão da extensão, ou não, do novo contrato aos beneficiários rurais. Não obstante a implantação de recente plano-piloto no sul do País, ainda existe impedimento legal para a generalização e oficialização da medida. Para que isso pudesse ocorrer, seria necessária a superveniência de uma norma legal de hierarquia igual ou superior à do Decreto nº 73.617/74, que aprovou o Regulamento do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural. Este, em seu artigo 29, enuncia todos os Hospitais que estão autorizados a atender os beneficiários rurais da Previdência Social, todos tendo como característica comum a ausência de fins lucrativos. Com isso está, pois, implicitamente vedada a prestação de assistência aos rurícolas pelos nosocômios que tenham como finalidade o lucro. E o artigo 30 desse mesmo Decreto proíbe expressamente que se adote sistema de pagamento diverso do subsídio fixo. Dirijo, pois, meu apelo a Vossa Excelência para que se unam os esforços no sentido de conquistar para os rurais tão importante e justa medida, que é a possibilidade legal de receberem eles a mais ampla assistência à saúde.

Espero ter assim historiado a evolução do relacionamento do INAMPS com os Hospitais da rede privada, bem como a evolução dos estudos e debates que precederam a elaboração da nova minuta-padrão para o respectivo contrato e as razões que levaram o Instituto a adotar o texto final que agora tenho a honra de apresentar.

Nesta oportunidade, volto a manifestar diante de Vossa Excelência meu elevado apreço, meu respeito e minha especial consideração.

PORTARIA DO MINISTRO WALDIR PIRES ESTABELECENDO
NORMAS DE DIREITO PÚBLICO PARA REGER O CONTRATO
PADRÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE *

O MINISTRO DE ESTADO DA PREVIDÊNCIA E AS
SISTÊNCIA SOCIAL, no uso de suas atribuições,

CONSIDERANDO que a assistência médica, inscrita no texto constitucional como dever do poder público, tende, progressivamente, a universalizar-se, de modo a abranger, igualmente, a toda a população, como está ocorrendo em relação aos rurais;

CONSIDERANDO que a assistência médica, inclusive odontológica e hospitalar, em qualquer modalidade de que for prestada, mediante contrato ou convênio com o INAMPS, manterá sempre sua natureza de serviço público, embora não exclusivo do Estado;

CONSIDERANDO que os contratos com o INAMPS obedecem, ainda, aos termos da minuta-padrão de abril de 1976, aliás, distanciada de algumas normas fundamentais do direito público, e que vêm sendo mantidos por sucessivas prorrogações automáticas, sem que, visando à adequação necessária, pudessem ser implementadas duas posteriores minutas de contrato-padrão (Portaria nº MPAS/SSM-264, de 19-12-83, e Portaria nº MPAS/SSM-278, de 21-2-84);

(*) Portaria nº MPAS-3.680, de 13 de fevereiro de 1986 assinada pelo Ministro Waldir Pires, in DOU nº 30, de 14.02.86 (Seção I), páginas nas 2.478/9, com retificações no de nº 35, de 21.02.86, página 2.801.

CONSIDERANDO a necessidade imediata de dar ao **INAMPS** os meios adequados e os instrumentos eficazes para controle e a fiscalização efetiva da execução dos contratos;

CONSIDERANDO a necessidade do estabelecimento de bases jurídicas adequadas, que regulem o relacionamento entre o **INAMPS** e os prestadores de serviços contratados,

R E S O L V E:

Determinar ao **INAMPS** que assegure ao contrato-padrão para a prestação de serviços médico-hospitalares sua natureza essencial de contrato administrativo, submetido ao regime jurídico de direito público.

Do contrato-padrão deverão constar, além das cláusulas essenciais - objeto, prazo de duração, preço, forma de pagamento, condições de reajuste de preço, vigência e foro do contrato - as seguintes normas e regras:

Compromisso do (a) contratado (a) de aceitar, cumprir e fazer cumprir as normas técnicas e administrativas emanadas do **MPAS** e do **INAMPS**, pertinentes aos serviços contratados.

Para assegurar a continuidade do serviço público:

O **INAMPS** poderá, por inadimplência do (a) contratado (a) ou por interesse público na execução do contrato, baseado em **justo motivo**, rescindir, unilateralmente, o contrato, cabendo ao (ã) contratado (a) o direi

to ao ressarcimento dos prejuízos comprovados;

A exceção do contrato não cumprido somente poderá ser arguída pelo **INAMPS**; para o (a) contratado (a), a exceção é substituída pela subsequente indenização de seus prejuízos comprovados, ou pela rescisão por culpa do **INAMPS**;

Poderá o **INAMPS**, ao invés da rescisão, optar pela intervenção na execução do contrato, sem prejuízo da aplicação de outras sanções previstas no subitem 2.5, e da satisfação de eventuais perdas e danos.

A fiscalização exercida pelo **INAMPS** sobre os serviços contratados será plena, devendo contar com a integral colaboração do (a) contratado (a), sem prejuízo da plena responsabilidade deste (a) perante o **INAMPS** ou para com terceiros.

Ao descumprimento do contrato, pelo (a) contratado (a), corresponderão sanções contratuais, medidas auto-executórias, aplicáveis pelo **INAMPS**, após a comprovação do fato punível: 2.5.1 - Advertência; 2.5.2 Multa; 2.5.3 - Suspensão temporária das internações; e 2.5.4 - Rescisão do contrato, sem exclusão de multa, se for o caso.

Além da intervenção na execução do contrato (2.2.3), poderá o **INAMPS**, no caso de má-fé aplicar a medida administrativa de declaração de inidoneidade.

Da decisão da autoridade regional que houver aplicado sanção contratual, caberá pedido de reconsideração, no prazo de 15 (quinze) dias e, se indeferido, recursos administrativos, sucessivamente às autori

dades da Direção-Geral do **INAMPS** (Secretário de Medicina Social e Presidente), no prazo de 30 (trinta) dias, sem efeito suspensivo da penalidade aplicada.

Vedação ao (à) contratado (a) de efetuar ou permitir que terceiros efetuem cobranças aos beneficiários do **INAMPS**, de quaisquer recursos - materiais ou humanos - utilizados em seu atendimento, salvo em caso de opção, por escrito, do beneficiário por acomodações de padrão superior ao comum ajustado.

Não será permitida cláusula de multa ou indenização contra o **INAMPS**, em caso de rescisão contratual.

O contrato terá a duração de um ano, com prorrogações por igual prazo, sempre mediante termo aditivo.

Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DO MINISTRO RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES

A Portaria ora assinada aprova a Minuta de Contrato Padrão de prestação de serviços médico-hospitalares (Anexo I), acompanhado também de mais três anexos: II - Ficha Cadastral de Hospital (FCH); III - Ficha Cadastral de Terceiros (FCT); e IV - Termo de Opção.

Havia e há uma indisfarçável necessidade de reformular o relacionamento entre o INAMPS e os hospitais privados, regulado até hoje, praticamente, pela Minuta de Contrato Padrão aprovada pela Portaria MTPS/SAMES nº 42, de 29 de março de 1973, por força de prorrogações automáticas e sucessivas. Em fins de 1983, mais precisamente dezembro, houve uma tentativa de adoção de nova Minuta, através da Portaria MPAS/SSM Nº 264/83. Em fevereiro de 1984, a Minuta anterior era substituída por outra, baixada com a Portaria MPAS/SSM Nº 278/84, que, embora adotada num ou noutro caso, em verdade não foi implementada quer por vício jurídico insanável, quer pela sua inconveniência para a Administração em face do tratamento concedido ao interesse privado. Por isso mesmo, permaneceram as relações dos hospitais particulares com o INAMPS reguladas pelo Contrato-Padrão de 1973, superado tanto pelo avanço técnico e tecnológico, e ampliação nacional dos serviços médico-hospitalares, como pelas exigências de modernização jurídica que lhe possibilitasse, respeitados os direitos dos hospitais contratados, um mecanismo mais ágil e flexível, inclusive para combater a fraude que tomara um ímpeto particular a partir de 1984.

É bom acentuar que a Administração não estava obrigada, literalmente, a discutir os termos do contrato de prestação de serviços médico-hospitalares. Ainda agora, no recente Decreto-Lei nº 2.300, de 21 de novembro de 1986, que constitui a reclamada "legislação orgânica sobre os contratos públicos em geral" (Hely Lopes Meirelles, "Licitação e Contrato Administrativo", 6ª ed., 1985, p.183), o contrato público é elaborado pela Administração, que o fornece ao interessado (cf. art. 31 IX; art. 50; art. 52; § 1º, e art. 53).

No entanto, com o advento da Nova República, entendeu o então Ministro Waldir Pires, que havia soado a hora de ouvir-se, aberta e amplamente, os interessados nos negócios públicos, tanto os empresários como também os usuários. Para o fim de assegurar o princípio da participação democrática na Administração, criou um forum especial para discutir os problemas agudos da assistência médica no plano nacional, atribuição específica do INAMPS e deu-se-lhe o nome expressivo, porém discutível, de Comissão de Alto Nível.

O primeiro projeto de Minuta, elaborado à luz da experiência do INAMPS e das conhecidas reivindicações de interesse dos médicos e dos hospitais, foi submetido a essa Comissão em sua reunião de 13 de novembro de 1985, em Brasília.

Dois meses depois, o Presidente do INAMPS encaminhava ao Senhor Ministro a Minuta de Contrato, nos termos em que se chegara na discussão, ainda com inúmeros pontos divergentes, acompanhada de uma breve exposição de motivos, o que o levou, ao término de sua gestão, a baixar a Portaria, dirigida ao INAMPS, para assegurar que o referido Contrato Padrão fosse regido pelo direito público.

Empenhamo-nos, para que as discussões fossem conclusivas. Constituiu-se uma Subcomissão específica, que passou a reunir-se, no Rio de Janeiro, no sistema de trabalho concentrado. Por fim, foi fixada a data de 20 de julho de 1986, para a reunião final da Comissão de Alto Nível, realizada também no Rio de Janeiro, sob a presidência do Secretário de Serviços Médicos do MPAS.

Embora tenha havido consenso principalmente sobre a parte técnica ou prática médico-hospitalar, a Comissão constatou divergência sobre cerca de duas dezenas de pontos, quase todos de natureza jurídica, decorrentes da adoção de um contrato marcadamente de direito público.

Em razão disso, as entidades particulares interessadas foram novamente ouvidas, restando tão somente, dois pontos divergentes, não resolvidos por consenso, diante da recusa, clara e categórica, das entidades representativas dos hospitais privados.

Esses dois pontos envolvem o Parágrafo segundo da cláusula Segunda (Matéria de relevância ética indiscutível para dificultar as fraudes e irregularidades) e a Cláusula Décima Quinta, que trata da figura da intervenção no hospital, por prazo determinado, para assegurar a continuidade do serviço público, restrito a um número reduzido de unidades médico-hospitalares, cuja rescisão contratual se torna inconveniente por motivos sociais.

A primeira questão divergente se refere à proibição de cobranças, pelo Contratado ou por terceiros, aos beneficiários da Previdência Social, porque a internação em enfermarias, paga pelo INAMPS, é inteiramente gratuita para o paciente. Aqui está um ponto altamente propício

para a proliferação de irregularidades e fraudes. A redação primitiva do Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda dispunha a vedação ao Contratado de "efetuar cobranças ou permitir que terceiros cobrem dos beneficiários do INAMPS, relativamente aos recursos utilizados em seu atendimento, exceção feita à hipótese prevista na Cláusula Sexta" (escolha de acomodação de padrão superior).

A redação final, substituiu o vocábulo permitir por autorizar, consubstanciando também a obrigação do hospital contratado, "entregar ao beneficiário, no ato da internação ou prestação de serviços, e sob recibo, aviso de que essa internação ou prestação de serviços se fez sem qualquer ônus para os beneficiários".

A segunda questão divergente está na aplicação, por via contratual, da figura da intervenção na unidade médica, por prazo determinado (no máximo, 180 dias), somente nos casos em que não convier ao INAMPS a rescisão contratual por negligência do contratado, e com a finalidade única de assegurar a continuidade do serviço público. É medida temporária, menos drástica que a rescisão contratual unilateral. Se a Administração pode o mais (a rescisão), pode obviamente o menos (a intervenção temporária). Ela está prevista no art. 25 da Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, e no art. 197 da CLPS/84. Medida mais drástica, porque aplicada após a rescisão, está prevista no recente Decreto-Lei nº 2.300/86.

É dever indeclinável deixar registrado que a intransigência não esteve do lado do MPAS. Diante do impasse criado pelos dois pontos divergentes, cabe à Administração assumir a sua prerrogativa de defender o interesse público, dirimindo a controvérsia que não se teria criado se não fosse o propósito, que continuará sendo perse-

guido, de inaugurar, após mais de duas décadas de autoritarismo, o processo democrático de participação, e nele perseverar.

Assinale-se, ainda, que não obstante receber a herança de uma Previdência Social deficitária, corroída pela fraude (inclusive num grande número de hospitais) e com uma assistência médico-hospitalar mal remunerada, a Nova República desenvolveu, nas circunstâncias, um esforço inaudito, traduzido objetivamente em três aumentos reais, isto é, acima do índice inflacionário: em julho de 1985 e janeiro de 1986, num total de 22% (vinte e dois por cento); e, em julho de 1986, de 20% (vinte por cento), de uma só vez.

Devo observar, ainda, que a Minuta de Contrato Padrão, atende as disposições da legislação orgânica dos contratos públicos em geral, que acaba de ser consagrada em nosso país (Decreto-Lei nº 2.300, de 21 de novembro de 1986).

Estas são as breves considerações que julgo indispensáveis expor sobre a Minuta de Contrato Padrão que em redação final, foi aprovada.

PORTARIA DO MINISTRO RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES APROVANDO A MINUTA-PADRÃO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE *

O Ministro de Estado da PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, no uso de suas atribuições, tendo em vista a necessidade de revisão do Contrato-Padrão para a Prestação de Serviços Médico-Hospitalares,

R E S O L V E :

Aprovar a minuta de Contrato-Padrão para a Prestação de Serviços Médico-Hospitalares, que se regula pelas suas disposições, pelos preceitos de direito público e, supletivamente, pelos princípios de direito privado - (Anexo I).

Publicar, como Anexos II, III e IV, respectivamente, a Ficha Cadastral do Hospital (FCH), mencionada no Parágrafo Primeiro da Cláusula Primeira, a Ficha Cadastral de Terceiros (FCT), referida na alínea "f" da Cláusula Sétima e o Termo de Opção aludido na Cláusula Sexta, todas do Contrato-Padrão.

Ordenar se proceda a imediata atualização das normas reguladoras da documentação necessária ao estabelecimento do vínculo contratual de prestação de ser

(*) Portaria nº MPAS 3.893, de 11 de dezembro de 1986, assinada pelo Ministro Raphael de Almeida Magalhães. Foram excluídos quatro anexos que a portaria originalmente comportava e que apresentavam respectivamente: minuta-padrão de contrato de prestação de serviços de saúde; Ficha Cadastral do Hospital (FCH); Ficha Cadastral de Terceiros (FCT); Termo de Opção.

viços médico-hospitalares com o **INAMPS**, inclusive para a assinatura do Termo Aditivo de sua prorrogação.

Determinar a denúncia dos Contratos de Prestação de Serviços Médico-Hospitalares, em vigor, na época contratual própria, mediante notificação prévia, ressalvadas as hipóteses de interesse público ou conveniência administrativa e de acordo mútuo, para sua substituição pelo Contrato-Padrão ora aprovado.

Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogada a Portaria MPAS/SSM/Nº 278, de 21 de fevereiro de 1984.

PORTARIA DO MINISTRO RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES APROVANDO A MINUTA-PADRÃO DE CONVÊNIO COM ENTIDADES FILANTRÓPICAS *

O MINISTRO DE ESTADO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, no uso de suas atribuições, e tendo em vista os estudos efetuados pela Secretaria de Serviços Médicos do MPAS e pela Direção Geral do INAMPS relativos a (o)

Relevante papel na assistência integral à Saúde que desempenham as Santas Casas de Misericórdia e demais entidades filantrópicas e beneficentes;

Progressiva incorporação destas entidades às Ações Integradas de Saúde;

Universalização e equalização do atendimento à população e a efetiva prioridade das redes própria, pública, universitária e filantrópica na organização dos sistemas Estaduais e Municipais de Saúde;

Instrução Normativa nº MPAS/CISET 005, de 18 de agosto de 1983, que define que o relacionamento entre órgãos públicos e entidades sem fins lucrativos deve reger-se sob a forma de Convênio, resolve:

(*) Portaria nº 3728 de 23 de abril de 1986, assinada pelo Ministro Raphael de Almeida Magalhães e publicada in DOU, 25 de abril de 1986. As cláusulas 2ª, 3ª, 5ª, 6ª, 10ª, 11ª e 15ª da minuta-padrão aprovada por esta Portaria foram alteradas pela Portaria nº MPAS-3.816, de 23 de julho de 1986, in DOU, 25 de julho de 1986. Excluiu-se um anexo que a portaria originalmente comportava e que apresentava a Minuta-padrão de Convênio com as entidades filantrópicas e beneficentes.

1. Aprovar a Minuta-padrão de Convênio entre o INAMPS e as entidades filantrópicas e beneficentes para prestação de serviços de assistência integral à saúde, com universalização da clientela, na forma do Anexo I desta Portaria.

2. Estabelecer Índice de Valorização de Desempenho para os hospitais filantrópicos e beneficentes, que variará de 1,00 à 1,80.

3. As tabelas de valores de remuneração dos serviços prestados serão estabelecidos em ato próprio da Secretaria de Serviços Médicos.

4. As normas de operacionalização desta Minuta-padrão, inclusive os critérios de classificação para fins de aplicação do Índice de Valorização de Desempenho e o cronograma de implantação dos Convênios serão estabelecidos em atos próprios do INAMPS, em articulação com a Confederação das Misericórdias do Brasil. a) Raphael de Almeida Magalhães.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DOS MINISTROS RAPHAEL DE
ALMEIDA MAGALHÃES E ROBERTO SANTOS, E DECRETO
DO SR. PRESIDENTE DA REPÚBLICA REFERENTE A
CRIAÇÃO DO SUDS

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS (*)

Temos a honra de submeter à elevada consideração de Vos sa Excelência esta Exposição de Motivos que estabelece diretrizes para que, através da criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados, se consolide e desenvolvam qualitativamente as Ações Integradas de Saúde (AIS).

A Reforma Sanitária propugna a reformulação do atual Sistema Nacional de Saúde através da institucionalização de um Sistema Unificado de Saúde.

Há de se reconhecer que tal processo de mudança, além de demorado, tem seu foro próprio e legítimo que é o Congresso. Mesmo porque a consolidação da Reforma Sanitária se dará por intermédio de novos postulados constitucionais que reconheçam a saúde como direito de cidadania e como dever do Estado e estabeleçam as diretrizes gerais que, num segundo momento, levarão à reformulação da Lei do Sistema Nacional de Saúde e à adequação de toda a legislação ordinária dela derivada.

(*) Exposição de Motivos nº 031, de 10 de julho de 1987. (em conjunto com o Ministério da Saúde). "De acordo. Em 13.07.87". Publicado in Diário Oficial da União, 21.07.87. A Exposição de Motivos foi assinada pelos Ministros Raphael de Almeida Magalhães e Roberto Santos.

Entretanto, dados os compromissos públicos da Nova República de resgate da dívida social, entendem os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social que é necessário estabelecer as bases de uma política comum, de curto prazo, que seja coerente com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e que procure implementar medidas factíveis e viáveis que expressem os elementos de consenso já obtidos na sociedade brasileira e aprofundem as experiências de integração alcançadas nas Ações Integradas de Saúde.

Resulta daí, uma imprescindível vontade política de consolidação das Ações Integradas de Saúde como o elemento tático mais significativo, neste momento, dentro da estratégia da reforma.

As - AIS - constituem, hoje, um marco político indiscutível, além de terem atingido uma amplitude considerável, cobrindo 2.500 municípios e 90% da população brasileira. Apesar disso, elas devem ser reconceitualizadas numa outra perspectiva qualitativa que transcenda sua proposta como instrumento de racionalização ou de transferência e integração de recursos, mediante convênios entre instituições públicas.

As Ações Integradas de Saúde devem passar a significar um movimento de reorganização setorial, no sentido da Reforma Sanitária que permita caminhar, gradativamente, para a superação da atual organização sanitária, centralizada e desordenada, em busca de novas formas de organização descentralizada, integrada e democratizada, com uma gestão colegiada, que atinja todas as instituições, direta ou indiretamente, relacionadas com o setor público, com todos os seus recursos e com todas as suas atividades, no sentido de darem respostas às necessidades

da população, definidas na Política Nacional de Saúde, segundo critérios epidemiológico-sociais.

Em consequência, essa reconcepção teórica e operativa das AIS deverá induzir a uma unificação com descentralização, o que conduzirá à recolocação de um novo entendimento da Federação, fundado na cooperação e na integração e não na competição, na dispersão e na compartimentação das responsabilidades. Pretende-se que as AIS expressem, nos seus conteúdos, essa visão de uma federação solidarista e de complementariedade.

Para isso propõe-se:

I - Uma clara redefinição das atribuições dos três níveis federativos, dentro dos princípios de solidariedade e de complementariedade e da necessária redistribuição regional da renda no país, o que exigirá uma precisa delimitação dos papéis da União, paralelamente a um processo de estadualização e, através deste, de municipalização das ações de saúde.

Dessa forma competirá:

I.I - À União

- Gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Nacional de Saúde, em nível nacional;
- Elaboração do Plano Nacional de Saúde;
- Execução direta de serviços, de pesquisa e de cooperação técnica, de abrangência nacional;
- Regulamentação das relações entre o setor públi

co e privado na prestação de serviços de saúde;

- **Normatização nacional de assistência integral à saúde, da vigilância epidemiológica, da vigilância racional e alimentar, da vigilância sanitária, do controle das condições de trabalho, do saneamento, do meio ambiente, da informação em saúde, da pesquisa e desenvolvimento tecnológico e da produção, distribuição e controle de insumos críticos;**
- **Garantia da redistribuição espacial dos recursos do Sistema Nacional de Saúde;**
- **Implementação dos Planos Nacionais de Recursos Humanos, de Informação em Saúde, de Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde e de Produção e Distribuição de Insumos Críticos (equipamentos, medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados).**

I.2 - Aos Estados

- **Gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Estadual de Saúde;**
- **Adaptação das normas e diretrizes federais ao Sistema Estadual de Saúde;**
- **Execução direta de serviços de saúde de abrangência estadual ou micro-regional;**
- **Participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas;**

- Elaboração e coordenação do Plano Estadual de Saúde;
- Implementação dos Planos Estaduais de Recursos Humanos, informação em saúde, desenvolvimento científico e tecnológico e de produção e distribuição de insumos críticos.

I.3 - Aos Municípios

- Gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde;
- Execução direta dos serviços de saúde de abrangência municipal, especialmente os de atenção básica, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde ocupacional e de controle de endemias;
- Participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas;
- Elaboração e coordenação do Plano Municipal de Saúde;
- Implementação dos Planos Municipais de recursos humanos, informação e saúde e de distribuição de insumos críticos.

Dessa forma, o Ministério da Saúde será o órgão técnico-normativo das ações de saúde e da proposição da política nacional de saúde. Permanecerão subordinadas ao Ministério aquelas instituições altamente especializadas, de referência nacional, e voltadas à pesquisa.

É óbvio, que será necessário repensar as funções da **CEME**, **SUCAM**, **INAM**, **FSESP**, **Fundação das Pioneiras Sociais**, e **Fundação Oswaldo Cruz**, de acordo com as diretrizes de descentralização.

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - **INAMPS** sofrerá uma redução em sua estrutura, de maneira a adaptá-lo às funções específicas de planejamento, orçamentação e acompanhamento.

Para tanto, a Direção Geral será transferida do Rio de Janeiro para Brasília, reduzindo-se, drasticamente, o atual quadro de pessoal. Em nível estadual, as Superintendências Regionais, progressivamente e na medida em que se complete o processo de transferência de unidades, recursos humanos e financeiros, atribuições de gestão direta e convênios e contratos, serão reestruturadas para atender às funções de planejamento, orçamentação e acompanhamento.

Os recursos oriundos da contribuição previdenciária (**FPAS**) destinados à assistência médico-hospitalar, odontológica e farmacêutica, permanecerão administrados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e aplicados segundo o orçamento unificado. O **INAMPS** será o órgão do **MPAS** responsável por: participar do planejamento e orçamentação integrados em níveis federal, estadual e municipal, visando à definição dos recursos plurianuais do **FPAS** a serem destinados aos orçamentos de saúde nos três níveis; acompanhar a execução físico-financeira dos planos de saúde, com vistas à adequada utilização dos recursos do **FPAS**; participar da elaboração de normas técnicas, administrativas e jurídicas, a serem aprovadas pela **CIPLAN** e implementadas pelos gestores do Sistema Nacional de Saúde.

O pessoal, atualmente vinculado à administração federal, permanecerá enquadrado nos planos de carreira e remunerados pelo Governo Federal, garantindo-se todos os direitos e as vantagens. A admissão de pessoal novo, à exceção daquele necessário ao desempenho das funções típicas do nível federal, passará a se dar pelos governos estaduais ou municipais, mediante concurso público. Será implantado, progressivamente, o tempo integral e a dedicação exclusiva dos profissionais de saúde, a partir da reunião dos vínculos com os serviços públicos em uma única instituição e em um único local. Buscar-se-á o estabelecimento de um patamar isonômico de remuneração, variando-se os níveis superiores em função das disponibilidades orçamentárias estaduais e municipais, do local de trabalho, espaço social, etc.

Haverá de se dar ênfase ao treinamento gerencial, tanto nas atividades - meios de planejamento e coordenação, quanto para o desempenho terminal na administração direta dos serviços, nos seus vários níveis de complexidade.

O processo de programação-orçamentação integrado deverá ser aperfeiçoado no sentido de conter o conjunto de recursos das instituições, de se constituir no instrumento básico de gestão colegiada, de ser um elemento de compatibilização entre necessidades expressas epidemiologicamente e os recursos disponíveis para satisfazê-las e, finalmente, ter como seu objeto programático o distrito sanitário para, a partir daí, ir-se consolidando em planos municipais e/ou micro-regionais, estaduais e nacionais.

Reforço das instâncias colegiadas das AIS:

- Na área federal da CIPLAN, que deverá criar mecanismos de articulação com a área econômica e ir

integrando, organicamente, as funções de planejamento das diversas instituições federais.

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - **CONASS** - teria uma função, além da participação orgânica do seu presidente, de conselho consultivo, ao qual seria submetido os assuntos mais importantes antes da deliberação.

À **CIPLAN** caberia coordenar a formulação do Plano Nacional de Saúde e do orçamento unificado de saúde, consolidando os orçamentos federais, estaduais e municipais e acompanhando suas execuções.

- Na área estadual, as Comissões Interinstitucionais de Saúde, ampliando-se sua representatividade e dando à elas o papel de coordenar sua execução.
- Nas áreas micro-regionais ou municipais, as Comissões Regionais de Saúde ou Comissões Municipais de Saúde, responsáveis pela coordenação da formulação dos planos regionais ou municipais de Saúde e pelo acompanhamento de suas execuções.

Os recursos federais destinados à atenção à saúde serão integrados em orçamento comum, segundo mecanismos que assegurem unidade de planejamento e complementariedade entre as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A execução será descentralizada, cabendo aos Estados e Municípios, mediante convênio, o papel de gestores dos respectivos sistemas estaduais e municipais de saúde, conforme o grau de complexidade dos serviços e as peculiaridades locais.

Deverão ser gradualmente incluídos na sistemática do

planejamento único e orçamento unificado, as ações e os recursos pertinentes aos órgãos e orçamentos estaduais e municipais.

O aperfeiçoamento da programação-orçamentação integradas permitirá que se modifiquem as atuais relações entre organismos públicos de pagamento por produção por mecanismos de orçamentos integrados.

Uma grande prioridade deve ser dada à inserção das instituições filantrópicas nas redes integradas de serviços de saúde, o que é possível a partir da adesão ao novo convênio padrão. Esse conjunto de medidas vai permitir que se redirecione e se aprofunde o processo das Ações Integradas de Saúde.

Há de se ter cuidado para que essas mudanças, mais uma vez, não se esterilizem num mecanismo de mera reformulação administrativa. Para tal, tem-se que ter claro que objetivo fundamental da Reforma Sanitária é a prestação de serviços de Saúde que influenciem, positivamente, os níveis sanitários de nossa população. Por isso, mais do que uma reforma administrativa, vai-se buscar uma reforma assistencial que modifique a natureza e a qualidade dos serviços de saúde, tornando-os mais eficazes, eficientes e igualitários. O que remete, necessariamente, à questão essencial da reformulação e implantação de modelos assistenciais.

A pluralização se justifica pelo fato de que, num país continental como o Brasil, não se poderá pensar num modelo assistencial único, mas, ao contrário, nos diferentes modos organizacionais, referidos por uma concepção nacional global, porém adaptados às respectivas realidades regionais.

Torna-se urgente trabalhar, aproveitando-se os espaços jurídicos, políticos e institucionais da transição democrática no sentido da construção, de baixo para cima, de modelos assistenciais que incorporem, gradativamente, os princípios da Reforma Sanitária.

O objetivo principal desses modelos assistenciais passa a ser a criação de uma identidade recíproca entre os serviços e a população, onde haja uma mútua transparência, resgatando-se as pessoas como sujeitos dos serviços a ela oferecidos, e não como simples objetos. De tal forma, que a população reconheça nos serviços os "seus" serviços e, os serviços, na população, a "sua" população, criando-se, assim, uma identificação que de um lado permitirá a abordagem epidemiológica e de outro, o controle social dos serviços.

Dáí colocar-se, como a base da organização espacial e funcional do novo sistema, o distrito sanitário, entendido como o módulo, determinado geograficamente, de composição institucional plural e em algum grau de autonomia decisória, onde se desenvolverão o conjunto de ações básicas de saúde coerentes com um determinado espaço - população.

A organização distrital será norteada pelos seguintes pressupostos:

- que sejam coerentes com as particularidades geopolíticas e sanitárias de determinada área;
- que sejam compostas de um conjunto de unidades ordenadas, segundo graus de complexidade, dados pela tecnologia que utilizam e pela natureza dos procedimentos médico-sanitários que executem,

compatíveis com as necessidades da população sob sua responsabilidade;

- que guardem, entre si, uma relação de complementariedade técnica e funcional, através dos mecanismos eficazes de referência e contra-referência,
- que haja uma definição clara de responsabilidade de uma autoridade sanitária quanto à administração da questão saúde em relação a uma determinada população, localizada em certa área geográfica.

A implantação dos distritos sanitários não significa a prescrição de um modelo rígido de organização de serviços. Ao contrário, parte da definição de um conjunto de princípios gerais, definidos pela Reforma Sanitária - integralidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, territorialidade, descentralização das ações de saúde, continuidade da atenção, interinstitucionalidade, intersetorialidade e controle social dos sistemas que deverão ser adaptados às peculiaridades de um determinado espaço-população.

A União deverá destinar recursos orçamentários e extra-orçamentários prioritariamente aos projetos inseridos nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, inclusive com relação aos de programas sociais como o FAS, o FINSOCIAL e o FINAME.

A criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) está sendo proposta à Vossa Excelência, através de Projeto de Decreto.

Tais idéias, já maduramente refletidas, estão a exigir uma firme decisão política de implementá-las, sendo essa a disposição dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, traduzida neste trabalho.

Pelo exposto, submetemos à elavada consideração de Vossa Excelência, para apreciação e aprovação, o programa consubstanciado nesta Exposição de Motivos e que define uma política de atuação e estabelece as diretrizes básicas que serão seguidas para que se consolide e desenvolvam as Ações Integradas de Saúde (AIS).

Renovamos a Vossa Excelência os nossos protestos da mais alta estima e profundo respeito.

DECRETO DO SR. PRESIDENTE DA REPÚBLICA *

Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o dispositivo no art. 10, do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1987,

D E C R E T A:

Art. 1º Fica criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de

* Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, assinado pelo Sr. Presidente da República, pelos Ministros Roberto Figueira Santos e Raphael de Almeida Magalhães e publicado in DOU, 21.07.87.

Saúde nos Estados (SUDS), com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde.

Parágrafo único. O Programa será implantado e executado segundo diretrizes aprovadas pelo Presidente da República.

Art. 2º Os Ministros de Estado da Saúde e da Previdência e Assistência Social baixarão as instruções necessárias à execução do disposto neste Decreto, fazendo-o em ato conjunto, quando a matéria envolver interesse de ambos os Ministérios.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 20 de julho de 1987; 166º da Independência e 99º da República.

DECRETO DO SR. PRESIDENTE DA REPÚBLICA QUE DISPÕE SOBRE O PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SUDS NA ÁREA DE COMPETÊNCIA DO MPAS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS *

DECRETO DO SR. PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Dispõe sobre o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS, na área de competência do Ministério da Previdência e Assistência Social, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 81, itens III e V, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 10 § 1º, letra "b", do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967.

D E C R E T A :

Art. 1º A implementação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS, instituído pelo Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, na área de competência do Ministério da Previdência e Assistência Social, será objeto de convênios celebrados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS com os Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios, mediante autorização do Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social.

(*) Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988, assinado pelo Sr. Presidente da República, in DOU, de 23.03.88.

Parágrafo único. Os convênios de que tra
ta este artigo poderão prever:

a) a transferência da gestão de unidades assistenciais da estrutura organizacional do INAMPS;

b) a cessão de uso de bens, inclusive imó
veis, na forma do Decreto-lei nº 178, de 16 de fevereiro de 1967;

c) a transferência de recursos financeiros alocados ao orçamento do INAMPS, para aplicação nos ser
viços de saúde; e

d) a prestação de serviços pelos servido
res efetivos pertencentes ao Quadro ou Tabela Permanentes do INAMPS, lotados nas unidades a que se refere a letra "a" deste parágrafo, observado o disposto no art. 4º deste Decreto.

Art. 2º A cessão de bens móveis e equipamentos, na forma da letra "b" do parágrafo único do artigo anterior, será precedida de inventário, elaborado pelo INAMPS, que fará parte integrante do termo de cessão.

§ 1º Na periodicidade que for estabelecida pelo INAMPS, deverão ser elaborados inventários dos bens cedidos.

§ 2º Os bens móveis e equipamentos cedidos, que forem considerados inservíveis, após a concordância do INAMPS, poderão ser vendidos, mediante licitação, e o produto da venda reverterá ao orçamento do INAMPS, para incorporação aos recursos destinados ao SUDS.

Art. 3º As transferências a que se refere a letra "c" do parágrafo único do art. 1º obedecerão aos limites das dotações previstas no orçamento do INAMPS, para o custeio dos serviços e investimentos, nas unidades assistenciais objeto dos convênios,¹ vedada a sua utilização para outras finalidades, inclusive aplicações no mercado financeiro.

Art. 4º Os servidores de que trata a letra "d" do parágrafo único do art. 1º ficarão submetidos à administração das entidades gestoras, assegurados os direitos e deveres decorrentes das normas federais.

§ 1º Os servidores a que se refere este artigo serão remunerados pelo INAMPS, vedada a percepção de vantagens, a qualquer título, não prevista nas normas federais.

§ 2º A expedição dos atos de vacância de cargos ou empregos e a concessão de vantagens aos servidores a que se refere este artigo incumbirão ao INAMPS, observadas as normas legais e regulamentares pertinentes.

§ 3º Os cargos ou empregos vagos na forma do parágrafo anterior serão extintos, no Quadro ou Tabela Permanentes do INAMPS, com a publicação do ato de vacância.

§ 4º O INAMPS poderá colocar servidores do seu Quadro ou Tabela Permanentes, lotados em unidades diversas das mencionadas na letra "a" do parágrafo único

1 Ao invés de "unidades assistenciais objeto dos convênios", o decreto trazia originalmente "unidades assistenciais cedidas". Essa última expressão foi suprimida e substituída pela forma atual pelo Decreto nº 95.892, de 04.04.88 in DOU de 05.04.88.

do art. 1º, à disposição das entidades gestoras, tendo em vista a necessidade dos serviços pertinentes aos convênios.

Art. 5º Os recursos financeiros transferidos às entidades gestoras serão objeto de prestação de contas elaborada com observância das normas baixadas pela Administração Federal.

Art. 6º A prestação de contas de que trata o artigo anterior deverá ser objeto de parecer conclusivo do INAMPS, quanto à eficiência e economicidade das ações realizadas e recursos dispendidos, e será encaminhada ao órgão de auditoria do Ministério da Previdência e Assistência Social, para o exame e certificação, antes do pronunciamento ministerial, e encaminhamento ao Tribunal de Contas da União.

Parágrafo único. Integrarão a prestação de contas de que trata o art. 5º os relatórios e pareceres do INAMPS, pertinentes ao acompanhamento da execução dos projetos e atividades do SUDS.

Art. 7º Ocorrendo redução da receita disponível da União, em proveito dos Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios, a programação e orçamentação do SUDS deverão ser ajustados à nova situação.

Art. 8º O Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social proporá, no decorrer do ano de 1988, a reestruturação organizacional do INAMPS, bem assim a reclassificação dos respectivos cargos em comissão e funções de confiança, na forma dos arts. 4º e 14 do Decreto nº 95.682, de 28 de janeiro de 1988.

Art. 9º Até que ocorra a reestruturação prevista no art. 8º, e quando assim for necessário, de acordo com os convênios firmados com as entidades gestoras, as funções de confiança do Quadro e Tabela Permanentes do INAMPS, correspondentes às unidades assistenciais referidas na alínea "a" do parágrafo único do art. 1º, serão providas na forma da legislação federal.

Art. 10 As disposições deste Decreto não poderão acarretar qualquer ônus adicional para o Tesouro Nacional, sem a prévia anuência do Ministério da Fazenda e da Secretaria de Planejamento e Coordenação da Presidência da República.

Art. 11 O Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social expedirá as instruções necessárias ao cumprimento do disposto neste Decreto, ouvida, no que se refere a pessoal, a Secretaria de Administração Pública da Presidência da República - SEDAP.

Art. 12 Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13 Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 22 de março de 1988; 167º da Independência e 100º da República.

PORTARIA DO MINISTRO RENATO ARCHER CRIANDO GRUPO DE TRABALHO PARA PROMOVER AS MEDIDAS NECESSÁRIAS A IMPLANTAÇÃO DO SUDS *

O MINISTRO DE ESTADO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, no uso de suas atribuições, especificamente considerando o disposto no artigo 2º do Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, combinado com o artigo 11 do Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988,

R E S O L V E :

Art. 1º Fica constituído um Grupo de Trabalho, com o objetivo de promover, na área de competência deste Ministério, as medidas necessárias à implementação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS, em cumprimento às disposições do Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988, com a alteração introduzida pelo Decreto nº 95.892, de 04 de abril de 1988, e observadas, ainda, as diretrizes aprovadas pelo Senhor Presidente da República, na Exposição de Motivos Interministerial nº 031, de 10 de julho de 1987, publicada no D.O.U. do dia 21, subsequente.

Art. 2º O Grupo de Trabalho será presidido pelo Secretário-Geral do Ministério da Previdência e Assistência Social, Alísio Teixeira e integrado pelos seguintes membros:

(*) Portaria nº 4.221, de 11 de abril de 1988, assinada pelo Ministro Renato Archer e publicada in DOU, de 22.04.88.

- JOSÉ SARAIVA FELIPE - Secretário de Serviços Médicos do MPAS
- RENATO ANTONIO PRATES MENEGAT - Consultor Jurídico do MPAS
- CARLOS EDUARDO VIEIRA DE CARVALHO - Assessor do Ministro
- NEY DA FONTOURA BOCCANERA - Assessor do Ministro
- ORLANDO MARANHÃO GOMES DE SÁ - Chefe de Gabinete da Presidência do INAMPS
- FRANCISCO COSTA NETO - Procurador-Geral do INAMPS
- CUSTÓDIO ANTONIO DE MATTOS - Diretor de Orçamento e Finanças do INAMPS
- ELIZA DE SOUZA ALMEIDA - Diretora do Departamento de Recursos Humanos do INAMPS

Art. 3º São atribuições principais do Grupo:

I - definir os critérios de caráter técnico, administrativo e legal, de modo a operacionalizar a transferência da gestão de unidades assistenciais da estrutura organizacional do INAMPS, para os Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios, consolidando as providências até então adotadas e propondo outras que se fizerem necessárias ao aperfeiçoamento institucional do Programa SUDS;

II - consolidar os mecanismos de controle e fiscalização referentes à aplicação dos recursos transferidos às Unidades Federadas, para o custeio dos serviços e investimentos nas unidades assistenciais objeto dos Convênios do Programa SUDS;

III - agilizar a implantação definitiva do sistema de acompanhamento e avaliação do Programa SUDS;

IV - promover a indispensável interação entre os órgãos locais - Secretarias de Saúde, Conselho Estaduais e Municipais de Saúde, Comissões Interinstitucionais Regionais, Estaduais e Municipais de Saúde - e a CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação;

V - formalizar, em cumprimento ao disposto no artigo 8º do Decreto nº 95.861/88, citado, a proposta de reestruturação organizacional do INAMPS e de reclassificação dos respectivos cargos em comissão e funções de confiança, de modo a compatibilizar, a nível central, regional e local, a estrutura da Autarquia à redução de suas atribuições, delimitadas a ações de planejamento, orçamentação e acompanhamento do Programa SUDS;

VI - efetivar a celebração dos Convênios definitivos do Programa SUDS, em conformidade com os textos padronizados propostos, bem como dos Termos de "Cessão de Uso", referentes aos bens imóveis onde estão instaladas as unidades assistenciais do INAMPS, com os respectivos bens móveis e equipamentos, de acordo com a minuta-padrão aprovada pela Portaria Ministerial nº 4.203, de 06 de abril de 1988, publicada no D.O.U. do dia 8, subsequente, com as alterações publicadas no D.O.U. do dia 12 de abril de 1988, além dos instrumentos jurídicos complementares;

VII - providenciar outras ações que se fizerem necessárias à implantação do Programa SUDS, inclusive na área de pessoal, ouvidos os órgãos competentes.

Art. 4º As atividades do Grupo serão coordenadas pelo Secretário de Serviços Médicos do MPAS, que substituirá o Secretário-Geral deste Ministério na presidência dos trabalhos, em suas eventuais ausências.

Art. 5º O Grupo de Trabalho poderá requisitar a colaboração de servidores deste Ministério e das entidades integrantes do SINPAS, com vistas ao cumprimento dos objetivos estabelecidos nesta Portaria.

Art. 6º O Grupo de Trabalho terá o prazo de 30 (trinta) dias para concluir as suas atividades.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

CONVÊNIO SUDS Nº 1/88 COM OS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO, OS MINISTÉRIOS DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL; DA SAÚDE; DA EDUCAÇÃO; DO TRABALHO E O INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E, DE OUTRO LADO, O GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, COM A INTERVENIÊNCIA DE SUA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, VISANDO CONSOLIDAR A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE - SUDS, NO ESTADO DE

Pelo presente instrumento, de um lado, o MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, doravante denominado MPAS; o MINISTÉRIO DA SAÚDE, doravante denominado MS; o MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, doravante denominado MEC; o MINISTÉRIO DO TRABALHO, doravante denominado MTb; o INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, doravante denominado INAMPS, neste ato representados, respectivamente, pelo MINISTRO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, RENATO BAYMA ARCHER DA SILVA; pelo MINISTRO DA SAÚDE, LUIZ CARLOS BORGES DA SILVEIRA; pelo MINISTRO DA EDUCAÇÃO, HUGO NAPOLEÃO; pelo MINISTRO DO TRABALHO, ALMIR PAZZIANOTTO e pelo PRESIDENTE DO INAMPS, JOSÉ DE RIBAMAR PINTO SERRÃO; e, de outro lado, o Governo do Estado de, doravante

denominado Estado, com a interveniência da sua SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, doravante denominada SES, neste ato representados, respectivamente, pelo GOVERNADOR DO ESTADO,e pelo SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE,, com base no artigo 13, § 3º, da Constituição, no artigo 10, § 1º, alínea b, do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, nos Decretos nºs 94.657, de 20 de julho de 1987, 95.861, de 22 de março de 1988, com a alteração introduzida pelo Decreto nº 95.892, de 04 de abril de 1988, e 93.872, de 23 de dezembro de 1986, e, ainda, em conformidade com as Instruções Normativas nºs 10 e 12, de 27 de maio e 08 de julho de 1987, da Secretaria do Tesouro Nacional, e, inclusive, com as instruções aprovadas pelo Tribunal de Contas da União - TCU, em Decisão Plenária de 14 de abril de 1988, publicada no D.O.U. de 5 de maio de 1988, págs. 7879/7883, bem como, tendo em vista as diretrizes aprovadas pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República, na Exposição de Motivos Interministerial nº 031, de 10 de julho de 1987, **RESOLVEM** celebrar o presente Convênio, nos termos e condições estabelecidos nas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Este Convênio tem por objeto fundamental consolidar a implantação, no Estado, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, a seguir denominado simplesmente SUDS, estabelecendo procedimentos para:

- a transferência, ao Estado, da gestão de Unidades Assistenciais do INAMPS;
- a cessão de uso de bens, inclusive imóveis, na forma do Decreto-lei nº 178, de

16 de fevereiro de 1967;

- a transferência, ao Estado, de recursos financeiros alocados ao orçamento do INAMPS, para aplicação nos serviços de saúde;
- a prestação de serviços pelos servidores efetivos pertencentes ao INAMPS, lotados em suas Unidades Assistenciais no Estado;

Observados, na área de competência do MPAS, os dispositivos do Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988, com a alteração introduzida pelo Decreto nº 95.892, de 04 de abril de 1988.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DIRETRIZES BÁSICAS

Os Convenentes se obrigam a cumprir, no processo de implantação e consolidação do SUDS, as diretrizes básicas especificadas no **Anexo nº 01**, em consonância com os termos da Exposição de Motivos Interministerial nº 031, de 10 de julho de 1987, aprovada pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República (D.O.U. de 21 de julho de 1987).

CLÁUSULA TERCEIRA - DA INTEGRAÇÃO DOS RECURSOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO

Pelo presente instrumento, os Convenentes se comprometem a:

- I) conjugar a totalidade dos seus recursos físicos, humanos e técnicos disponíveis no Estado, com vistas à implantação de

finitiva do SUDS;

- II) assegurar o aporte de recursos financeiros suficientes ao pleno funcionamento das Unidades Assistenciais no Estado, integrantes do SUDS, cujos projetos e atividades serão programados, orçamentados e executados através de instrumento único, a POI - Programação e Orçamentação Integrada, estabelecida anualmente;
- III) estimular e propiciar condições aos Municípios do Estado, no sentido da sua adesão e integração ao SUDS;
- IV) aperfeiçoar os mecanismos de relacionamento da rede pública de serviços, com os serviços privados e filantrópicos, realizando ação indutora, no sentido de integrá-los ao SUDS;
- V) garantir o pleno e constante funcionamento da rede unificada de Unidades, promovendo sua recuperação física e seu reequipamento, dotando-a de condições de resolubilidade dos principais problemas sociológicos da população;
- VI) manter permanente relacionamento com a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN, compatibilizando o SUDS com a Política Nacional de Saúde.

CLÁUSULA QUARTA - DA DESCENTRALIZAÇÃO E UNIFICAÇÃO DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE

O INAMPS transferirá ao Estado a gestão de suas Unidades Assistenciais, ressalvadas situações específicas, passando a exercer, através da sua Direção-Geral, funções de planejamento, orçamentação e acompanhamento dos serviços de saúde.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, sem prejuízo das medidas provisórias que vêm sendo adotadas - por indispensáveis à continuidade do SUDS - encaminhará, em cumprimento ao disposto no artigo 8º do Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988, proposta objetivando a reestruturação organizacional do INAMPS, bem assim a reclassificação dos respectivos cargos em comissão e funções em confiança, comprometendo-se o INAMPS a, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a partir da aprovação da referida proposta ministerial, promover o redimensionamento administrativo definitivo da sua Superintendência Regional no Estado, que passará a funcionar como Escritório Regional, restrito a funções de acompanhamento do SUDS e fiscalização da aplicação no Estado dos recursos financeiros transferidos pelo INAMPS.

PARÁGRAFO SEGUNDO - O Estado se compromete a, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da assinatura deste instrumento, concluir a reforma administrativa da SES, de modo a estruturá-la, devidamente, para o exercício das suas atribuições acrescidas, resultantes do processo de unificação.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Durante o processo

de implantação definitiva do SUDS, o INAMPS e o Estado assumem o compromisso de manter o pleno funcionamento da rede pública de serviços existentes na área, sem qualquer interrupção ao atendimento prestado aos usuários.

CLÁUSULA QUINTA - DA CESSÃO DE USO DE IMÓVEIS DO INAMPS

Com a transferência de gestão de suas Unidades Assistenciais, tal como prevista no caput da Cláusula Quarta, o INAMPS cederá ao Estado o uso dos imóveis de sua propriedade, juntamente com os bens móveis e equipamentos a eles vinculados, em conformidade com a línea b do parágrafo único do artigo 1º do Decreto nº 95.861, combinado com o seu artigo 2º, parágrafos 1º e 2º.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A cessão de uso, de que trata esta Cláusula, será formalizada através de Termo específico, para cada imóvel a ser utilizado pela SES de acordo com o texto da minuta-padrão aprovada pelo Ministro da Previdência e Assistência Social, através da Portaria nº 4.203, de 06 de abril de 1988, publicada no D.O.U. de 08, subsequente, com as alterações publicadas no D.O.U. de 12 de abril de 1988 (Anexo nº 2).

PARÁGRAFO SEGUNDO - Quando se tratar de Unidades Assistenciais que funcionem em prédios cedidos ou alugados, o INAMPS promoverá gestões visando possibilitar a cessão de uso ou cessão de direitos, segundo o caso, ao Estado, sem prejuízo da continuidade dos serviços ali instalados.

CLÁUSULA SEXTA - DO ACOMPANHAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUDS

O acompanhamento, controle e avaliação do

SUDS serão realizados através de órgãos colegiados de coordenação e gestão, a nível federal, estadual e municipal, com a participação solidária dos Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Saúde, da Educação e do Trabalho, em co-responsabilidade com a Secretaria Estadual e Secretarias Municipais de Saúde no Estado, assegurada a plena participação das comunidades locais através de seus representantes nas instâncias colegiadas.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Os órgãos colegiados, de que trata o caput desta Cláusula, são, basicamente, aqueles a seguir referidos:

- a) no plano federal - a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN;
- b) no plano estadual - a Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS e o Conselho Estadual de Saúde - CES, quando este último estiver ou vier a ser instalado;
e,
- c) no plano municipal - a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde - CIMS e o Conselho Municipal de Saúde - CMS, quando este último estiver ou vier a ser instalado.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Nas comunidades onde estiverem organizados os Conselhos Comunitários da Previdência Social, nos termos do Decreto nº 92.701, de 21 de maio de 1986, estes se farão representar no CES e CMS.

PARÁGRAFO TERCEIRO - O processo de acompa

nhamento, controle e avaliação do SUDS será, a nível estadual, executado pela CIS e submetido à apreciação do Conselho Estadual de Saúde - CES.

PARÁGRAFO QUARTO - A CIS encaminhará, trimestralmente, à CIPLAN, relatórios de acompanhamento, controle e avaliação do SUDS, contendo as informações necessárias, devidamente documentadas, bem como as respectivas apreciações técnicas e administrativas, com ênfase nos seguintes aspectos:

- a) qualidade da assistência prestada à população, bem como de outras ações de saúde desenvolvidas;
- b) cobertura assistencial;
- c) execução orçamentária e financeira;
- d) grau de integração político-administrativa;
- e) avaliação do desempenho do sistema de saúde; e,
- f) nível de participação popular e de democratização das decisões.

PARÁGRAFO QUINTO - A CIS informará à CIPLAN, no prazo que esta vier a assinalar, os valores alocados pelo Estado a cada Município.

PARÁGRAFO SEXTO - A CIPLAN emitirá pronunciamento final sobre a matéria, a ser encaminhado à CIS, ouvidos previamente os órgãos técnicos e administrativos dos Ministérios que nela se fazem representar, sendo que, no caso do MPAS, será também solicitado o parecer do INAMPS.

PARÁGRAFO SÉTIMO - Caberá à CIS, observados

os mesmos critérios adotados para o nível estadual, receber e consolidar os relatórios de acompanhamento, controle e avaliação das Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde - CIMS, previamente apreciados pelos Conselhos Municipais de Saúde - CMS, sendo que a relação e o consolidado das informações municipais deverão ser encaminhados à CIPLAN.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PRERROGATIVAS E PODERES DOS GESTORES ESTADUAIS

Os signatários deste Convênio, em atos específicos, fixarão as prerrogativas e conferirão os poderes necessários aos gestores, a nível estadual, para fins da efetiva representação na CIS, bem como estabelecerão a adoção de normas e rotinas técnicas e administrativas de suas respectivas instituições, indispensáveis ao adequado funcionamento do SUDS.

PARÁGRAFO ÚNICO - Igualmente, para os fins consignados no "caput" desta Cláusula, o Estado, em ato específico, conferirá poderes ao Secretário de Saúde do Estado.

CLÁUSULA OITAVA - DO FINANCIAMENTO DO PROGRAMA

O financiamento do SUDS, formalizado através da assinatura de Termos Aditivos, se fará através da co-participação dos Convenientes, disciplinada através de orçamento unificado, a Programação e Orçamentação Integrada - POI, estabelecida anualmente pela CIPLAN.

PARÁGRAFO ÚNICO - O Estado, em contrapartida, se compromete a alocar a cada exercício, à conta do Orçamento Estadual, no mínimo, o mesmo percentual de par

participação da área de Saúde, no seu Orçamento, com relação ao exercício anterior.

CLÁUSULA NONA - DA TRANSFERÊNCIA AO ESTADO DE RECURSOS
FINANCEIROS ALOCADOS AO ORÇAMENTO DO
INAMPS

O INAMPS, observado o disposto nos artigos 1º, parágrafo único, alínea c, 7º e 10 do Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988, com a alteração introduzida pelo Decreto nº 95.892, de 04 de abril de 1988, repassará ao Estado recursos financeiros, dos limites das dotações previstas no seu orçamento, para o custeio dos serviços e investimentos nas Unidades Assistenciais no Estado, objeto dos instrumentos jurídicos reguladores da execução do SUDS, vedada a sua utilização para outras finalidades, inclusive aplicações no mercado financeiro.

PARÁGRAFO ÚNICO - Os recursos financeiros, de que trata esta Cláusula, serão transferidos mediante a assinatura de Termos Aditivos a este Convênio, de acordo com os cronogramas e programações aprovados e com observância das normas baixadas pela Administração Federal.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS RECURSOS
TRANSFERIDOS PELO INAMPS

O Estado apresentará ao INAMPS a prestação de contas da aplicação dos recursos financeiros que lhe forem transferidos pela citada Autarquia, o que será devidamente disciplinado nos Termos Aditivos referidos no Parágrafo Único da Cláusula anterior, em consonância com os artigos 5º e 6º do Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988, e com a Portaria nº 4.236, de 12 de maio de 1988, baixada pelo Ministro de Estado da Previdência e

Assistência Social.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A liberação dos recursos financeiros, por parte do INAMPS, estará sempre condicionada à apresentação da prestação de contas referente à aplicação dos recursos anteriormente transferidos para aplicação no SUDS, desde a instituição deste e, inclusive, ao recolhimento dos saldos dos recursos não aplicados, quando for o caso.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A prestação de contas deverá comprovar, também, a aplicação da contrapartida do Estado, fazendo a especificação dos recursos estaduais e inclusive dos transferidos, alocados a despesas de pessoal.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A prestação de contas, de que trata esta Cláusula, deverá ser objeto de parecer conclusivo do INAMPS, quanto à eficiência e economicidade das ações realizadas e recursos despendidos, e será encaminhada ao órgão de auditoria do MPAS, para o exame e certificação, antes do pronunciamento ministerial e encaminhamento ao Tribunal de Contas da União.

PARÁGRAFO QUARTO - O INAMPS reserva-se o direito de suspender a liberação de novas parcelas, sem embargo das demais providências cabíveis, caso decida pela não aprovação de qualquer das prestações de contas apresentadas pelo Estado.

PARÁGRAFO QUINTO - Sem prejuízo do cumprimento das obrigações previstas nesta Cláusula, o INAMPS e o MPAS, através dos seus órgãos de controle interno, realizarão auditagens locais, com a periodicidade julgada necessária, para verificação do cumprimento dos obje

tivos estabelecidos neste Convênio e seus Termos Aditivos, na forma do item 41, do Capítulo "Convênios, Acordos ou Ajustes", da Instrução Normativa nº 12, de 08 de julho de 1987, da Secretaria do Tesouro Nacional e de acordo com a Decisão Plenária do TCU, de 14 de abril de 1988.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA - DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS DO SUDS

A CIPLAN e a CIS formularão a política de recursos humanos do SUDS, definindo as estratégias a serem implementadas pelas suas instituições integrantes, objetivando o seu desenvolvimento técnico-gerencial.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA - DA SITUAÇÃO FUNCIONAL DOS SERVIDORES DO INAMPS

Os servidores efetivos pertencentes ao Quadro ou Tabela Permanentes do INAMPS, lotados nas suas Unidades Assistenciais, cuja gestão venha a ser transferida ao Estado, ficarão submetidas à administração das entidades gestoras, assegurados os direitos e deveres decorrentes das normas federais, nos termos do artigo 4º do Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Os servidores, a que se refere o caput desta Cláusula, serão remunerados pelo INAMPS, vedada a percepção de vantagens, a qualquer título, não prevista nas normas federais.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Incumbirão ao INAMPS, observadas as normas legais e regulamentares pertinentes, a expedição dos atos de vacância de cargos ou empregos e a concessão de vantagens aos servidores, antes re

feridos nesta Cláusula.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os cargos ou empregos vagos na forma do parágrafo anterior, serão extintos no Quadro ou Tabela Permanentes do INAMPS, com a publicação do ato de vacância.

PARÁGRAFO QUARTO - O INAMPS poderá colocar servidores do seu Quadro ou Tabela Permanentes, lotados em Unidades diversas das mencionadas no caput desta Cláusula, à disposição das entidades gestoras, tendo em vista a necessidade dos serviços pertinentes aos instrumentos jurídicos reguladores da execução do programa do SUDS.

PARÁGRAFO QUINTO - Até que ocorra a reestruturação do INAMPS, como prevista no parágrafo primeiro da Cláusula Quarta e, quando assim for necessário, de acordo com os instrumentos jurídicos firmados, as funções de confiança do Quadro e Tabela Permanentes do INAMPS, correspondentes às Unidades Assistenciais referidas no caput desta Cláusula, serão providas na forma da legislação federal, em cumprimento ao disposto no artigo 9º do Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA - DA ADESÃO DOS MUNICÍPIOS

A adesão de cada Município ao SUDS se fará por iniciativa das respectivas CIMS, com base em projeto específico, que será encaminhado a CIS para aprovação e posterior remessa, para homologação, ao CES, quando este órgão estiver ou vier a ser instalado.

PARÁGRAFO ÚNICO - A integração do Município ao SUDS será formalizada mediante a assinatura de

Termo de Adesão.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA - DOS CONTRATOS EM GERAL REFEREN
TES ÀS UNIDADES ASSISTENCIAIS

Com a transferência de gestão das Unidades Assistenciais do INAMPS, serão celebrados pelo Estado os contratos de obra, prestação de serviços em geral, compra ou fornecimento, por terceiros, observadas as normas gerais aplicáveis do Decreto-lei nº 2.300, de 21 de novembro de 1986, com as alterações posteriores.

PARÁGRAFO ÚNICO - Os contratos em curso passarão a ser administrados pela SES, cumpridas as devidas formalidades.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUINTA - DA ADMINISTRAÇÃO DOS CONTRATOS,
CONVÊNIO E CREDENCIAMENTOS AS
SISTENCIAIS

Fica estabelecido que, em face da transferência das atividades e funções dos órgãos da Superintendência Regional do INAMPS para órgãos congêneres da SES, nos termos da Cláusula Quarta e seus parágrafos, os contratos, convênios e credenciamentos para prestação de serviços médico-assistenciais, por parte de terceiros, firmados pelo INAMPS, passarão a ser administrados pela SES.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Competirão à SES, após deliberações dos órgãos e instâncias interinstitucionais colegiadas do SUDS, todos os atos de administração dos instrumentos citados, inclusive sua revisão e encerramento, e, ainda, a celebração de novos instrumentos, respeitados os limites orçamentários explicitados em Termos

Aditivos e as normas gerais estabelecidas pelo MPAS.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Cabe ao MPAS fixar os valores e normas de remuneração dos serviços de assistência à saúde prestados por terceiros e pagos com recursos oriundos do MPAS, e, também, determinar os correspondentes sistemas informatizados de pagamento.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os contratos de prestação de serviços assistenciais obedecerão, no que couber, aos artigos 44 a 74 do Decreto-lei nº 2.300, de 21 de novembro de 1986, com as alterações posteriores, e às normas a serem baixadas pelo MPAS.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEXTA - DA VIGÊNCIA, DA PRORROGAÇÃO E DA RESCISÃO

O presente Convênio vigorará pelo prazo de 2 (dois) anos, podendo prorrogar-se mediante a assinatura de Termo Aditivo.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Este Convênio poderá ser rescindido pelo descumprimento de qualquer das obrigações ou condições nele pactuadas, ou pela superveniência de norma legal ou fato administrativo que o torne formal ou materialmente inexecutável, ou ainda, por ato unilateral, mediante aviso prévio da parte que dele se desinteressar, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, observada, antes, a prestação de contas dos recursos financeiros porventura já concedidos e o recolhimento dos saldos dos recursos não aplicados, se for o caso.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Na hipótese de rescisão deste instrumento, os Convenientes, que permanecerem, adotarão as providências da sua competência, objetivando

a manutenção, em pleno funcionamento, da rede de servi
ços existentes no Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA-SÉTIMA - DA DESTINAÇÃO DOS BENS MATERI
ALS E EQUIPAMENTOS POR EXTINÇÃO
DESTE CONVÊNIO

Em caso de extinção deste Convênio, os
bens materiais e equipamentos adquiridos com recursos re
passados pelo INAMPS ao SUDS poderão, a critério do Mi
nistro da Previdência e Assistência Social, ser doados
a instituições integrantes do SUDS, observado o disposto
no artigo 56 e seu parágrafo, do Decreto nº 93.872, de 23
de dezembro de 1986.

CLÁUSULA DÉCIMA-OITAVA - DAS DISPOSIÇÕES ANTERIORES

Ficam sem efeito quaisquer disposições es
tabelecidas em Convênios ou conseqüentes Termos Aditivos,
anteriores ao presente Convênio, que contrariem, direta
ou indiretamente, o disposto nas Cláusulas deste instru
mento.

CLÁUSULA DÉCIMA-NONA - DA PUBLICAÇÃO

O presente instrumento deverá ser publica
do, por extrato, no Diário Oficial da União, dentro de
20 (vinte) dias da data de sua assinatura, de acordo com
o disposto no Decreto nº 78.382, de 08 de setembro de
1976, e na Instrução Normativa nº 12, de 8 de julho de
1987, da Secretaria do Tesouro Nacional, bem como no Bo
letim de Serviço da Direção-Geral do INAMPS.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DO FORO

Para dirimir as questões oriundas da execução ou da interpretação deste Convênio, o foro é o da Justiça Federal, de Brasília-DF.

- E, assim, por estarem de pleno acordo e ajustados, depois de lido e achado conforme, o presente instrumento vai, a seguir, assinado pelos representantes dos respectivos Convenentes, na presença de 2 (duas) testemunhas abaixo firmadas, e dele se extraíndo as cópias necessárias, de igual teor e forma, para publicação e execução.

de de 1988.

Ministro da Previdência e
Assistência Social

Governador do Estado

Ministro da Saúde

Secretário de Estado
da Saúde

Ministro da Educação

Ministro do Trabalho

Presidente do INAMPS

TESTEMUNHAS:

1) _____

2) _____

ANEXO Nº 1 - DIRETRIZES BÁSICAS PARA A IMPLANTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SUDS *

- A universalização da assistência e a plena garantia do acesso igualitário aos serviços de saúde, a toda a população do Estado.
- A integralidade e a melhoria da qualidade dos cuidados à saúde do cidadão.
- A integração e a regionalização dos serviços de saúde, de modo a constituírem um sistema único, com o máximo de eficiência e eficácia, de acordo com as características populacionais e epidemiológicas do Estado.
- A descentralização efetiva das ações de saúde, através de mecanismos de incremento de responsabilidade dos níveis locais e regionais na gerência do setor.
- O desenvolvimento de mudanças no conteúdo das práticas de saúde, através dos distritos sanitários, para garantir a integralidade das ações de saúde (prevenção e cura), a resolutividade do cuidado e sua continuidade.
- A constituição e o pleno desenvolvimento de instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde, em todos os níveis, com ampla garantia de participação das representações populares e da democratização das decisões.
- A efetivação de uma nova política de recursos humanos para o setor saúde, que contemple carreiras e cargos com capacitação e reciclagem para as funções, o estímulo ao tempo integral e a dedicação exclusiva para o Setor Saúde.

(*) A presente Portaria comportava ainda um outro anexo: Minuta-padrão do "Termo de Cessão de Uso" que foi excluída dessa coletânea.

PORTARIA DO MINISTRO RENATO ARCHER HOMOLOGA RE
SOLUÇÕES DO INAMPS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS *

O MINISTRO DE ESTADO DA PREVIDÊNCIA E ASSIS
TÊNCIA SOCIAL, no uso de suas atribuições,

R E S O L V E :

1. Alterar os Anexos I e II da Portaria MPAS nº 4.169, de 25 de janeiro de 1988, conforme anexos.

2. Homologar as Resoluções do INAMPS nºs 178, de 1º de fevereiro de 1988, 179, 180, 181 de 04 de março de 1988, que aprovam a composição provisória da Direção Geral do INAMPS e dos Escritórios Regionais nos Estados do Amazonas, Ceará, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pa
rá, Paraíba, Rio Grande do Norte, Sergipe, Alagoas, Ba
hia, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Para
ná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Acre, Rondônia e Território do Ama
pá, Roraima e Fernando de Noronha.

3. Determinar a implantação, a partir de 16/05/88, dos Escritórios Regionais previstos no Anexo II, deste ato.

(*) Portaria nº 4.235, de 11 de maio de 1988, assinada pelo Ministro Renato Archer e publicada in DOU, de 12 de maio de 1988.

4. Considerar, em consequência, extintas, a partir da mencionada data, as Superintendências Regionais nos Estados de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Bahia, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe, Distrito Federal, Acre e o Núcleo Regional de Rondônia.

5. A Comissão instituída pela Portaria MPAS nº 4.221, de 11 de abril de 1988, em observância ao Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988, adotará, em articulação com o INAMPS, as providências necessárias à implantação dos Escritórios Regionais, observados as estruturas organizacionais mencionadas no item 1, que deverão ser adaptadas ao disposto neste ato.

6. Caberá ao INAMPS expedir ou apostilar, de imediato, quando for o caso, os atos de provimento dos Chefes de Escritórios Regionais.

ANEXO I

501-000	PRESIDÊNCIA
501-000.0	Gabinete do Presidente
501-000.01	Serviço de Documentação e Apoio
501-000.1	ASSESSORIA ESPECIAL DE SEGURANÇA E INFORMAÇÕES
501-000.11	Subseção de Apoio Administrativo
501-000.12	Seção de Informações e Contra-Informações
501-000.13	Seção de Segurança Nacional e Mobilização
501-000.2	ASSESSORIA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS E PARLAMENTARES
501-000.21	Núcleo para Assuntos Parlamentares

501-000.22 Núcleo para Assuntos Comunitários e Sindicais

501-000.3 ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

501-000.31 Núcleo de Imprensa

501-001 DIRETORIA DE PLANEJAMENTO

501-001.01 Serviço de Documentação e Apoio

501-0001.1 GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
PARA OS SUDS

501-001.11 Coordenadoria de Supervisão e Avaliação

501-001.12 Coordenadoria de Programas e Projetos

501-001.2 GERÊNCIA DE SISTEMAS DE INFORMAÇÕES PARA O
PLANEJAMENTO

501-001.23 Coordenadoria de Análises Epidemiológicas e
Estatísticas

501-001.23 Coordenadoria de Informações Estratégicas

501-001.3 GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM
SAÚDE

501-001.31 Coordenadoria de Planejamento de Saúde

501-001.32 Coordenadoria de Pesquisas e Estudos

501-001.33 Coordenadoria de Programas Especiais

501-001.34 Coordenadoria de Métodos de Planejamento

501-001.4 GERÊNCIA DE ARTICULAÇÃO COM OS SUDS

501-001.41 Coordenadoria de Articulação com a Região
Norte

501-001.42 Coordenadoria de Articulação com a Região
Nordeste

501-001.43 Coordenadoria de Articulação com a Região
Centro-Oeste

501-001.44 Coordenadoria de Articulação com a Região
Sudeste

501-001.45 Coordenadoria de Articulação com a Região
Sul

501-002 PROCURADORIA GERAL

501-002.0 Gabinete do Procurador-Geral

501-002.01 Serviço de Documentação e Apoio

- 501-002.1 CONSULTORIA
- 501-002.2 PROCURADORIA JUDICIAL
- 501-002.3 Divisão Local

- 501-003 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
- 501-003.0 Gabinete do Diretor
- 501-003.01 Serviço de Documentação e Apoio
- 501-003.1 Unidade Central de Pagamentos
- 501-003.2 Coordenadoria de Informações e Avaliação de Pessoal
- 501-003.3 Coordenadoria de Administração de Cargos
- 501-003.4 Coordenadoria de Treinamento e Aperfeiçoamento
- 501-003.5 Coordenadoria de Legislação, Direitos e Deveres
- 501-003.6 Divisão Local de Recursos Humanos
- 501-003.61 Seção de Expediente
- 501-003.62 Seção de Legislação e Movimentação
- 501-003.63 Serviço de Saúde Ocupacional
- 501-003.631 Posto Médico
- 501-003.632 Seção de Assistência Social

- 501-004 DIRETORIA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE
- 501-004.0 Gabinete do Diretor
- 501-004.01 Serviço de Documentação e Apoio
- 501-004.1 GERÊNCIA DE SISTEMAS DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR
- 501-004.11 Coordenadoria de Controle do SAMHPS
- 501-004.12 Coordenadoria de Avaliação da Assistência Hospitalar
- 501-004.13 Coordenadoria de Controle do SICAPS
- 501-004.14 Coordenadoria de Avaliação da Assistência Ambulatorial
- 501-004.2 GERÊNCIA DE SISTEMAS INTEGRADOS DE ALTA TEC

NOLOGIA

- 501-004.21 Coordenadoria de Sistemas Assistenciais de Alto Custo
- 501-004.22 Coordenadoria de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde
- 501-004.3 GERÊNCIA DE SUPERVISÃO E AUDITORIA
- 501-004.31 Coordenadoria de Supervisão e Auditoria Médica
- 501-004.32 Coordenadoria de Supervisão e Auditoria de Enfermagem
- 501-004.33 Coordenadoria de Supervisão e Auditoria de Odontologia
- 501-004.34 Coordenadoria de Supervisão e Auditoria Farmacêutica
- 501-004.4 NÚCLEO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

- 501-005 DIRETORIA DE ORÇAMENTO E FINANÇAS
- 501-005.0 Gabinete do Diretor
- 501-005.01 Serviço de Documentação e Apoio
- 501-005.1 GERÊNCIA DE CONTROLE FINANCEIRO
- 501-005.11 Seção de Expediente
- 501-005.12 Coordenadoria de Programação e Controle Financeiro
- 501-005.13 Coordenadoria de Contabilidade
- 501-005.2 GERÊNCIA DE PROGRAMAÇÃO E CONTROLE ORÇAMENTÁRIO
- 501-005.21 Seção de Expediente
- 501-005.22 Coordenadoria de Programação Orçamentária
- 501-005.23 Coordenadoria de Contratos e Convênios
- 501-005.24 Coordenadoria de Execução e Controle Orçamentário
- 501-005.3 COORDENADORIA DE AUDITORIA FINANCEIRA E CONTÁBIL
- 501-005.4 NÚCLEO DE CONTROLE ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO

NO DISTRITO FEDERAL

501-006 DEPARTAMENTO DE MATERIAL E SERVIÇOS GERAIS
501-006.0 Gabinete do Diretor
501-006.01 Serviço de Documentação e Apoio
501-006.1 Coordenadoria de Material
501-006.2 Coordenadoria de Serviços Gerais
501-006.3 Divisão Local de Serviços Auxiliares

ANEXO II

DIREÇÃO REGIONAL

ESCRITÓRIO REGIONAL DO INAMPS NOS ESTADOS DE ALAGOAS, BA
HIA, ESPÍRITO SANTO, GOIÁS, MARANHÃO, MINAS GERAIS, PARA
NÁ, PERNAMBUCO, RIO DE JANEIRO, RIO GRANDE DO SUL, SANTA
CATARINA E SÃO PAULO.

Gabinete do Chefe do Escritório

Serviços Gerais

PROCURADORIA REGIONAL

DIVISÃO REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS

Serviço de Legislação

Serviço de Cadastro e Pagamento

GERÊNCIA REGIONAL DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

Núcleo de Controle e Avaliação dos Sistemas
de Saúde

GERÊNCIA REGIONAL DE CONTROLE ORÇAMENTÁRIO E
FINANCEIRO

Núcleo de Controle Orçamentário e Financeiro

ESCRITÓRIO REGIONAL DO INAMPS NOS ESTADOS DO AMAZONAS,
CEARÁ, MATO GROSSO DO SUL, MATO GROSSO, PARÁ, PARAÍBA,
RIO GRANDE DO NORTE E SERGIPE.

Gabinete do Chefe do Escritório
Serviços Gerais
PROCURADORIA REGIONAL
DIVISÃO REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS
Serviço de Legislação
Serviço de Cadastro e Pagamento
GERÊNCIA REGIONAL DE CONTROLE E AVALIAÇÃO
Núcleo de Controle e Avaliação dos Sistemas
de Saúde
GERÊNCIA REGIONAL DE CONTROLE ORÇAMENTÁRIO E
FINANCEIRO
Núcleo de Controle Orçamentário e Financeiro

ESCRITÓRIO REGIONAL DO INAMPS NO ESTADO DO ACRE

Gabinete do Chefe do Escritório
Serviços Gerais
PROCURADORIA REGIONAL
DIVISÃO REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS

ESCRITÓRIO REGIONAL DO INAMPS NOS TERRITÓRIOS DO AMAPÁ,
FERNANDO DE NORONHA, RORAIMA E ESTADO DE RONDÔNIA

Gabinete do Chefe do Escritório

PORTARIA DO MINISTRO RENATO ARCHER QUE APROVA
NORMAS SOBRE A ELABORAÇÃO DE PLANOS DE APLICA
ÇÃO E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS *

O Ministro de Estado da PREVIDÊNCIA E ASSIS
TÊNCIA SOCIAL, no uso de suas atribuições, especificamente
considerando o disposto no artigo 2º do Decreto nº
94.657, de 20 de julho de 1987, combinado com o artigo
11 do Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988,

R E S O L V E:

Art. 1º - Aprovar os modelos padronizados dos formulários nºs. PA/01 a PA/07 e PC/01 a PC/08, anexos, destinados, respectivamente, à elaboração do "Plano de Aplicação" e da "Prestação de Contas", bem como as anexas Instruções para o seu preenchimento, com vistas ao acompanhamento, controle e avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos pelo INAMPS às Unidades Federadas, objetivando consolidar a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados - SUDS, na forma do Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988, bem como, de acordo com as Instruções Normativas nºs. 10 e 12, respectivamente de 27/05/87 e 08/07/87, da Secretaria do Tesouro Nacional, e segundo as instruções baixadas pelo Tribunal de Contas da União, em sua Decisão Plenária de 14/04/88, publicada no D.O.U. de

(*) Portaria nº 4.236, de 11 de maio de 1988, assinada pelo Ministro Renato Archer e publicada in DOU, de 16 de maio de 1988.

05/05/88, págs. 7.879/7.883, observadas, ainda, as seguintes normas:

I - DO PLANO DE APLICAÇÃO

- 01 - O Plano de Aplicação será constituído pelos formulários n^{os} PA-01 a PA-07, devidamente preenchidos.
- 02 - As reformulações do Plano de Aplicação só poderão ser feitas por Termo Aditivo, mediante justificacão escrita, previamente apreciada pela Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS e aprovada pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN, após audiência do INAMPS.
- 03 - O Cronograma de Desembolso deverá correlacionar as liberações de recursos às etapas ou fases de execucao do Convênio ou a critério de liberacao por duodécimos.
- 04 - O Plano de Aplicação e o Cronograma de Desembolso farão parte integrante do Convênio ou Termo Aditivo.

II - DO ACOMPANHAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

- 05 - No acompanhamento do fluxo dos recursos e das aplicações, inclusive avaliacao financeira dos resultados do Convênio ou Termo Aditivo, os órgãos de controle e fiscalizacao interna do INAMPS e do MPAS, em suas áreas de competência, realizarão auditagens especiais ou periódicas, quando julgadas necessárias, para verificacao do cumprimento dos objetivos estabelecidos em Convênio ou Termo Aditivo (cf. item 41, IN n^o 12, de 08/07/87, da Secretaria do Tesouro Nacional).
- 06 - O resultado do acompanhamento constará dos relatórios trimestrais e do anual consolidado, apresenta

dos nas épocas próprias.

III - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

- 07 - Da Prestação de Contas, constituída pelos formulários preenchidos de nºs PC-01 a PC-08, deverão constar os seguintes documentos:
- 07.1 - Balancete financeiro;
 - 07.2 - Relação dos pagamentos efetuados;
 - 07.3 - Cópia do extrato bancário;
 - 07.4 - Conciliação do saldo bancário, quando for o caso;
 - 07.5 - Relação dos bens adquiridos, produzidos ou construídos, quando for o caso;
 - 07.6 - Comprovante de recolhimento do saldo, se houver;
 - 07.7 - Cópia do despacho adjudicatório das licitações realizadas, ou da justificativa da dispensa, com o respectivo embasamento legal;
 - 07.8 - Cópia dos contratos ou de outro instrumento firmado com terceiros;
 - 07.9 - Cópia do termo de aceitação definitiva da obra, quando o objeto for a execução de obras públicas ou serviços de engenharia.
- 08 - Para fins de prestação de contas, não serão aceitas despesas efetuadas em data anterior ou posterior à vigência do Convênio ou Termo Aditivo.
- 09 - As faturas, recibos, notas fiscais e quaisquer outros documentos de despesas deverão ser emitidos em nome do conveniente que efetuar o pagamento aos fornecedores, devidamente identificados com o número e data do Convênio ou Termo Aditivo, e deverão ser mantidos em arquivo, em boa ordem, no próprio local em que forem contabilizados, à disposição dos

gãos de controle interno do INAMPS e do MPAS.

- 10 - A Prestação de Contas ao INAMPS será realizada trimestral e anualmente, esta de forma consolidada, observadas as disposições dos Convênios, Termos Aditivos e as normas federais, e dela constará, também, a comprovação da aplicação da contrapartida dos demais convenientes, inclusive com a especificação dos recursos alocados a despesas de pessoal.
- 11 - Caberá ao INAMPS emitir parecer sobre os relatórios trimestrais de acompanhamento e de prestação de contas, dos quais deverão constar as informações necessárias, devidamente documentadas, bem como as apreciações técnicas e administrativas.
- 12 - Os relatórios trimestrais serão consolidados na Prestação de Contas, que será objeto de parecer conclusivo do INAMPS, quanto à eficiência e economicidade das ações realizadas e recursos dispendidos.
- 13 - A prestação de contas será encaminhada ao órgão de auditoria do MPAS, para exame e certificação, antes do pronunciamento ministerial e encaminhamento ao Tribunal de Contas da União.
- 14 - A falta de prestação de contas, no prazo estabelecido, ou o não recolhimento dos saldos porventura existentes, acarretarão a imediata suspensão das liberações subsequentes e a rescisão do Convênio, se persistir a irregularidade por prazo superior a 30 (trinta) dias, sem justa causa, instaurando-se a respectiva Tomada de Contas Especial, determinada pelo art. 148 do Decreto nº 93.872, de 23/12/86.
- 15 - Constitui também motivo para a suspensão ou rescisão do Convênio, conforme o caso, a utilização dos recursos financeiros em finalidade diversa daquela prevista no Convênio, instaurando-se, também neste caso, a Tomada de Contas Especial.

16 - Estas normas se aplicam a todos os recursos finan
ceiros liberados pelo INAMPS para aplicação no
SUDS, desde sua instituição.

Art. 2 - Esta Portaria entra em vigor na da
ta de sua publicação.

TEXTO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE (EM ELABORAÇÃO) *

TÍTULO VIII - DA ORDEM SOCIAL

CAPÍTULO II - DA SEGURIDADE SOCIAL

SEÇÃO I - DA SAÚDE

"Art.229 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art.230 - As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art.231 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada nível de governo;

(*) Texto da Seção I - DA SAÚDE aprovado, no primeiro turno de votação, pela Assembléia Nacional Constituinte, em 17 de maio de 1988.

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo Único - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art.228, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Territórios e dos Municípios, além de outras fontes.

Art.232 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções a instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa ou tratamento, vedado todo o tipo de comercialização, inclusive do sangue.

Art.233 - Ao sistema único de saúde compete, nos termos da lei, além de outras atribuições:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, inclusive controlar seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar com a proteção do meio ambiente, inclusive o do trabalho."

Cad. IMS; RJ; v. 2; nº 1; p. 245 - 253; abril/maio 1988.

PARTE D:

CONCLUSÕES

IX - CONCLUSÕES:

A POLÍTICA DE SAÚDE DAS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE AO SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADOS DE SAÚDE *

Resgatar a dívida social acumulada nos anos arbitrio, contribuindo para que a saúde, enquanto política social, passasse a ter prioridade no âmbito das políticas públicas foram compromissos assumidos pela administração da Previdência Social, de acordo com o ideário de mudanças do novo Governo. Pode-se afirmar que a política de saúde desenvolvida pelo MPAS/INAMPS no período 1985-1988 não apenas demonstra absoluta coerência com o que propunha nos documentos programáticos do Governo TANCREDO NEVES, mas talvez seja uma das poucas, porém significativas políticas sociais desenvolvidas neste período. Estabeleceu-se como estratégia de ação do período inicial o fortalecimento das **AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE (AIS)**, uma conjugação de princípios e diretrizes que, a partir da confluência de esforços entre os níveis Federal, Estadual e Municipal, criou as condições técnico-administrativas e políticas que viabilizaram a construção de um novo modelo assistencial, baseado principalmente na descentralização e na universalização do atendimento.

Em 1986, após a realização da VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, levanta-se a bandeira da REFORMA SANITÁRIA que vai além da política das AIS. É necessário que se articulem políticas nas áreas de habitação, saneamento, alimentação, além da reestruturação do sistema de saúde pa

* Baseado em documento elaborado por ocasião da exoneração do Presidente do INAMPS em 9 de março de 1988. A redação da versão inicial contou com a definitiva contribuição do Dr. José Gomes Temporão, Diretor na Diretoria de Planejamento da nova estrutura da Direção Geral do INAMPS.

ra que com isso se obtenha um efetivo impacto sobre os indicadores de mortalidade e morbidade vigente no país. A partir daí e com a consolidação das AIS, ficaram criadas as condições para mais um salto de qualidade: a constituição dos **SISTEMAS UNIFICADOS E DESCENTRALIZADOS DE SAÚDE (SUDS)**.

A criação dos SUDS, a partir de aprovação do Sr. **PRESIDENTE DA REPÚBLICA** da E.M. nº 94.657 de 20 de julho de 1987, foi um passo decisivo no avanço do processo de descentralização e de redefinição de papéis e atribuições entre os níveis Federal, Estadual e Municipal. Podemos afirmar que em termos de Governo Federal, a **REFORMA ADMINISTRATIVA** começou pela Previdência Social com a implantação do SUDS. A partir de 1988, o **INAMPS** deixa de atuar como órgão responsável pela execução direta (através de serviços próprios) ou indireta (através de contratos e convênios) de **AÇÕES DE SAÚDE**, repassando essas atribuições para os Governos Estaduais e Municipais, ficando com a responsabilidade fundamental de participar na definição de políticas e de acompanhar e controlar os recursos financeiros da Previdência Social repassados aos demais níveis do Governo. Para que isto fosse possível, foi necessário superar poderosos obstáculos e interesses que se contrapunham às mudanças. Esse processo refletiu as vontades políticas dos ministros **WALDIR PIRES**, **RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES** e **RENATO ARCHER**, que culminaram com uma nova concepção das políticas sociais e dos instrumentos para as tornar efetivas face as necessidades da população.

No âmbito deste conjunto de profundas transformações, destacamos:

1. UNIVERSALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

O sistema de saúde passou a assumir, na prática, que todo e qualquer cidadão tem direito ao acesso gratuito ao atendimento médico-hospitalar e que é dever do estado prestar essa assistência a todos sem nenhum tipo de discriminação. A rede própria do INAMPS incorporou o atendimento a todos independente de sua situação junto a Previdência Social. A celebração e expansão de convênios com Secretarias Estaduais de Saúde, Prefeituras, Hospitais Universitários e Entidades Filantrópicas elimina de vez a figura do indigente e coloca ao acesso de qualquer cidadão uma ampla rede de ambulatórios e hospitais em todo o país. Isto permitiu que no período de 85/87 aumentasse em 8% a oferta de consultas médicas e em 5% os exames laboratoriais oferecidos pela rede pública.

2. INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE

Era necessário reverter a situação até então prevalente de privilegiamento das ações de cunho curativo voltados para o indivíduo e com pouca ênfase nas ações preventivas e de saúde pública, voltados para grupos de risco e para doenças de massa. Os recursos da Previdência Social integraram-se às atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos Estados e Prefeituras, resultando que no período de 86/87 cresceram em 12% os atendimentos básicos e diminuíram em 10% as internações hospitalares. Um exemplo importante vem a ser a estratégia de combate ao Aedes Aegypti para controle do dengue e da febre amarela refletindo uma ação articulada entre INAMPS/SUCAM/Estados e Prefeituras com resultados expressivos. O maior avanço nesta área vem a ser fato de que, ocorreu a fusão das ações tradicionalmente desenvolvidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde

e Prefeituras nas áreas de medicina preventiva (imunizações, educação sanitária, vigilância sanitária) com aquelas desenvolvidas pelo INAMPS na área de assistência médica-hospitalar (consultas, internações e exames).

3. DESCENTRALIZAÇÃO

Uma das marcas do regime autoritário foi a excessiva centralização, no âmbito do governo federal, das decisões e da execução da política de saúde. Definiu-se uma estratégia com a revisão dos papéis dos níveis federal, estadual e municipal, na definição e execução das políticas. Aqui os avanços foram substanciais. Em primeiro lugar, o nível federal se articulou na CIPLAN e foram criadas as COMISSÕES INTERINSTITUCIONAIS de âmbito Estadual e Municipal (CIS e CIMS) que passam a deter a responsabilidade de execução e definição de políticas e programas. Existem hoje mais de 1.000 CIMS em regular funcionamento em todo o país. Em segundo lugar a criação dos DISTritos SANITÁRIOS (unidades programáticas básicas no âmbito dos quais se prestam os cuidados básicos de assistência a saúde), permite a integração da rede básica de cuidados à saúde, aproximando assistência e população a ser beneficiada.

4. FORTALECIMENTO E RECUPERAÇÃO DO SETOR PÚBLICO

A partir da constatação da existência de uma ampla rede pública de serviços de saúde ociosa e sucateada, definiu-se um amplo programa de recuperação e ativação de leitos e consultórios, com reerguimento dessa rede e contratação, pelos governos Estaduais e Municipais, do pessoal necessário. As despesas do INAMPS em investimentos nesta rede cresceram no período 80%. Por outro lado, a

partir de 85, o INAMPS acelera a celebração de convênios com Prefeituras, sendo que hoje existem cerca de 2.800 municípios integrados à Política do SUDS. Em 1984, o INAMPS destinou 26,5% do seu orçamento à rede pública de serviços, enquanto em 1987, cerca de 55% dos recursos foram destinados ao setor público. A participação do setor público na produção de internações passa para 20%, enquanto sua participação nos atendimentos ambulatoriais chegou a 56%.

5. ESTABELECIMENTO DE NOVAS BASES DE RELACIONAMENTO COM O SETOR PRIVADO

Aqui as prioridades foram o combate às fraudes e a definição de novas bases econômicas, jurídicas e políticas de relacionamento com esse setor. Foi estabelecido um novo contrato padrão e uma política de reajuste das tabelas de remuneração, discutida e negociada com os prestadores. Em 87, a Previdência Social concedeu reajuste à rede privada acima da inflação do período. Em 1984, a rede participava com 58,3% do orçamento global do INAMPS, enquanto que em 1987 esse percentual se situou em 35,3%, sem que houvesse queda do padrão de atendimento. Foi estabelecido uma política para a rede privada filantrópica, que passou a ser considerada, para fins de política assistencial, como serviço público. Em 1987, foram celebrados convênios com mais de 1.000 hospitais filantrópicos em todo o país.

6. ELIMINAÇÃO DAS DISTORÇÕES INTER-REGIONAIS E EQUIPARAÇÃO AO ATENDIMENTO URBANO-RURAL

As populações rurais passaram a usufruir do mesmo direito e tipo de atendimento já oferecido às populações urbanas.

Em termos de participação na distribuição do orçamento provisório para 1988, temos a seguinte distribuição:

Região: Norte	7%
Nordeste	25%
Centro Oeste	7%
Sul	15%
Sudeste	48%

Ou seja, a participação das regiões Norte e Nordeste no total das despesas, cresce de 17,85% em 1984 para 21,66% em 1987 e 30% em 1988 (orçamento provisório).

7. PARTICIPAÇÃO POPULAR

São criadas mecanismos que garantem a participação da população, através de seus sindicatos e associações, na definição das políticas e controle dos serviços. A população passa a ter assento a nível das CIS e CIMS e no âmbito dos SUDS são criados, em cada estado, Conselhos Estaduais de Saúde com a atribuição de fiscalizar a execução dos recursos alocados pela Previdência Social em cada estado.

8. REVISÃO DAS BASES DE FINANCIAMENTO SETORIAL

O Brasil hoje gasta cerca de 3% do PIB em programas de saúde, o que significa cerca de US\$ 44 per-capita em 1987. Estes níveis estão entre os mais baixos dentre os países em desenvolvimento. Apesar destas restrições, no período 85/87, o INAMPS viu crescer sua participação no FPAS de 25,4% em 1984 para 32% em 1987. Isto significa que, em termos reais, houve um crescimento de 18% das despesas com assistência médica na Previdência Social entre 84 e 87.

O conjunto de idéias, diretrizes propostas e medidas que demarcaram uma transição das políticas de saúde das AIS aos SUDS no cenário conflitivo da transição democrática levou à prática os princípios da Reforma Sanitária brasileira. Os avanços significativos apenas refletem um processo em curso, cujos obstáculos são idênticos aos da construção e consolidação de uma sociedade democrática.

Ao mesmo tempo em que buscamos assinalar conquistas efetivas, resultados e tendências no quadro da reestruturação do sistema de saúde, foram organizados, da forma a mais coerente possível, documentos que explicitam as políticas de saúde da Previdência Social no período maio de 1985 a março de 1988. A intenção foi a de ordenar os conteúdos dessas políticas e estimular o debate, a produção de novo conhecimento sobre as políticas e a reestruturação do sistema de saúde, e alertar para a complexidade dos processos em curso e, portanto, para a necessidade de futuras lutas, a fim de garantir a continuidade da transformação dirigida à criação de um sistema único de saúde, ou seja, conhecer a realidade e mudá-la desde as entranhas do complexo médico-industrial.

PRÓXIMO NÚMERO

Prioridades em pesquisa científica no Brasil: Algumas reflexões

Reinaldo Guimarães

Planejamento; Planejamento de saúde na perspectiva de um olhar cepalino; algumas anotações preliminares

George E. M. Kornis

O impasse ideológico do movimento dos médicos residentes dos anos de 1978/1979

Renato Peixoto Veras

Estratégias de controle da tuberculose: da descoberta do bacilo aos nossos dias

Maria Lucia F. Penna

A questão das drogas: potencialidades e limitações dos métodos qualitativo e quantitativo em pesquisas sobre o assunto

Cláudia de Souza Lopes

Drogadição - A contribuição da psicanálise contemporânea

Francisco Inácio Bastos

Uma relação de amor em dois tempos: sobre a fotografia e a antropologia

Maria Andréa Loyola