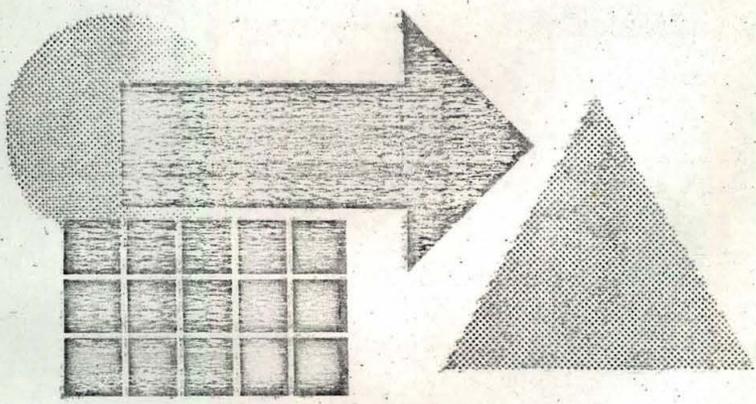


MINISTÉRIO DA SAÚDE
GERAS - Grupo Executivo da Reforma Administrativa
Ministério da Saúde

DOCUMENTO BÁSICO



1993



Medeiros Fodre
SP. outubro/93.

HENRIQUE SANTILLO

MEMBROS DO GERAS

JOCELINO FRANCISCO DE MENEZES (Presidente)

- Representante da Secretaria de Administração-Geral, Secretaria de Controle Interno e Consultoria Jurídica

JORGE ANTONIO ZEPEDA BERMUDEZ
MARYLENE ROCHA DE SOUZA (suplente)
- Representantes da Secretaria-Executiva

ALBERTINO ALEXANDRE MACIEL FILHO
DALVINO TROCOLI FRANCA (suplente)
- Representantes do Gabinete do Ministro

SILVIA REGINA DO AMARAL VIGNOLA¹
GERALDO LUCCHESI (suplente)
- Representantes da Secretaria de Vigilância Sanitária

SYLVAIN NAHUM LEVY
- Representante da Secretaria de Assistência à Saúde

MÁRCIA BATISTA DE SOUZA MUNIZ
RUTE MARTINS SOARES (suplente)
- Representantes da Central de Medicamentos

PAULO MARCHIORI BUSS
- Representante da Fundação Oswaldo Cruz

ÁLVARO ANTONIO MELO MACHADO
JACIREMA PEIXOTO SOUZA (suplente)
- Representantes da Fundação Nacional de Saúde

ELIANE PINHEIRO DE ARAÚJO
MARIA TEREZA GONÇALVES (suplente)
- Representantes do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

MARIA DAS GRAÇAS LOPES DOS SANTOS JUNQUEIRA
- Representante do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

JOSÉ CARLOS FERREIRA VASCONCELOS²
- Representante da Federação das Entidades dos Trabalhadores do Ministério da Saúde

ANTONIO RODRIGUES PEREIRA
HELIOMAR MADEIRA MACELO (suplente)
- Representantes da Federação Nacional das Associações de Servidores da Previdência Social

MARIA LUIZA CENTENO¹
- Representante do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

ARLINDO FÁBIO GÓMEZ DE SOUSA
MARIA ANGÉLICA GOMES (suplente)
- Representantes do Conselho Nacional de Saúde

DÉO COSTA RAMOS¹
GETÚLIO FERREIRA MORAES (suplente)
- Representantes do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

MARIA ELIZABETH DINIZ BARROS
- Representante do Grupo Especial para a Descentralização

PAULO CARVALHO COELHO
LENILSON CALDAS DA SILVA (suplente)
- Representantes da Secretaria da Administração Federal da Presidência da República

COMISSÃO EXECUTIVA

PAULO RIBEIRO (Coordenador)
AMARO LUIZ ALVES
CRISTINA MARIA VIEIRA DA ROCHA
INAYÁ ASSIS MATHIAS
JOÃO FERREIRA DOS SANTOS NETO
NAPOLEÃO MARCOS DE AQUINO
NEYLIA MARIA BARROS DE ALMEIDA TAFANI

(1) Novo titular indicado pelo dirigente do órgão.
(2) Participação como ouvinte.

SUMÁRIO

Introdução, 3

I- Bases Legais, 5

II- O Papel do Estado na Saúde, 6

III- Funções na Área da Saúde, 7

IV- Modelo de Atenção à Saúde, 8

V- Indicações para uma Política Nacional de Saúde, 11

VI- Reestruturação Organizacional do Ministério da Saúde e Entidades Vinculadas, 15

Proposta 1, 15

Proposta 2, 24

Anexos

I- Resolução nº 33, de 23/12/92, do Conselho Nacional de Saúde, 32

II- Portaria Ministerial nº 579, de 31/5/93, que cria o Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde, 36

III- Cronograma de Atividades, 40

Apoio:

- Recursos do Acordo de Cooperação Técnica Brasil/PNUD - Projeto BRA/90-032. Desenvolvimento Institucional do Ministério da Saúde

Edição:

Secretaria de Administração Geral
Coordenação de Modernização
Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", 4º andar, Sala 431
CEP: 70058-900 - Brasília - DF, Brasil
Telefones: 315.2220 - 315.2518 Fax: (061) 226.1691

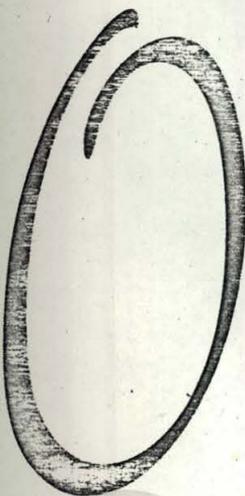
Copiedagem e Revisão:

- Napoleão Marcos de Aquino

Composição e Arte-finalização:

- Quantum - Assessoria Editorial

Introdução



presente Documento Básico foi elaborado pelo Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde - GERAS, instituído através da Portaria Ministerial nº 698, publicada no Diário Oficial da União de 05/07/93, visando constituir-se na matéria-prima das Reuniões Internas, etapa na qual o corpo social de cada órgão ou entidade do Ministério da Saúde será convocado a debater seu conteúdo em profundidade e apresentar as modificações necessárias aos textos da política e modelo e à estrutura.

Cabe ressaltar que o Documento, inspirado nos preceitos constitucionais, nas

Leis nºs 8.080 e 8.142, nas conclusões emanadas da IX Conferência Nacional de Saúde e no documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei", contém os subsídios para a Política Nacional de Saúde, o modelo de atenção à saúde e a proposta de reestruturação dos órgãos e entidades vinculadas do Ministério da Saúde, contemplando duas propostas de estrutura organizacional, dada a impossibilidade de consenso dos componentes do GERAS em torno de uma única opção.

Registre-se, também, que mesmo quando das discussões

das duas propostas, isoladamente, não houve o consenso esperado, principalmente quando da definição de parâmetros dos órgãos fins e meio do Ministério. Portanto, não se trata de versões excludentes entre si, o que permitirá, por certo, o enriquecimento de ambas. Assim, a falta de consenso, longe de significar o impasse, serve como estímulo ao debate nas diversas instâncias de discussão e decisão que se seguirão após esta etapa.

O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE MUDANÇA PLANEJADA

Com a primeira reunião do GERAS, em 03/06/1993, teve início o processo de reestruturação, que constitui um marco na história recente da Pasta da Saúde.

Abordando a instituição de forma global, a reorganização do Ministério da Saúde ocorrerá em quatorze etapas, que culminarão com o envio de projeto(s) de lei ao Congresso Nacional e demais diplomas legais necessários.

Inicialmente, foram elaboradas as planilhas com a descrição das funções exercidas pelos órgãos e entidades, em consonância com os dispositivos legais.

A seguir, foram constituídos 11 Grupos Temáticos, compostos por técnicos e especialistas do Ministério da Saúde, de suas entidades vinculadas, de órgãos de classe, de secretarias estaduais e municipais de saúde, bem como de universidades e organismos não-governamentais, que elaboraram um documento contendo subsídios para o processo de reorganização a partir da reflexão sobre o exercício de cada uma das funções do Ministério da Saúde.

Nas etapas posteriores, um subgrupo do GERAS e seu plenário concluíram o Documento

Básico do processo de reestruturação, tendo como fundamento o trabalho anteriormente desenvolvido pelos Grupos Temáticos.

A partir da difusão deste Documento, será iniciada a 7ª etapa do processo, as Reuniões Internas, passo decisivo da reestruturação do Ministério da Saúde, momento em que o corpo social dos órgãos e entidades vinculadas é convocado a opinar, discutir livremente e propor as mudanças julgadas necessárias ao Documento Básico.

As conclusões das Reuniões Internas serão sistematizadas no âmbito de cada órgão ou entidade para que seus dirigentes apresentem as posições do seu corpo social, como defesa de tese, no Seminário de Desenvolvimento Institucional, nona etapa do processo, de caráter decisório, que contará com a presença de todos os dirigentes do Ministério da Saúde, incluindo o titular da Pasta, os membros do Grupo Executivo da Reforma Administrativa-GERAS, do Grupo Especial para a Descentralização-GED e os Conselheiros do Conselho Nacional de Saúde.

Nessa etapa, de carga horária intensiva, com duração prevista para três dias, serão apresentadas, por seus dirigentes, as posições dos órgãos e entidades, seguidas do debate de suas divergências, de modo a produzir o consenso necessário à definição de uma proposta que reflita o pensamento oficial do Ministério da Saúde.

Com base em seus resultados, serão elaborados os diplomas legais, de forma a propiciar o adequado formato jurídico às propostas de reestruturação organizacional do Ministério da Saúde e entidades

vinculadas. Os subsídios para a Política Nacional de Saúde e o modelo de atenção à saúde apresentarão, em sua redação final, a ótica do Ministério da Saúde.

A seguir, duas etapas fundamentais devem ser cumpridas: a manifestação técnico-política do Conselho Nacional de Saúde e a apreciação jurídico-administrativa da Secretaria da Administração Federal da Presidência da República.

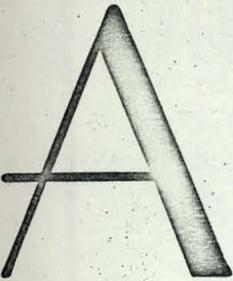
Por último, após análise da Casa Civil da Presidência da República, caberá ao Chefe da Nação o encaminhamento do(s) projeto(s) de lei ao Congresso Nacional, com as formalidades de praxe. É fundamental, ainda, que durante a tramitação do projeto no Congresso Nacional os dirigentes e o corpo social do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas estejam preparados para fornecer subsídios aos parlamentares, de modo a garantir a defesa de suas propostas.

Embora aparentemente concluído na 14ª etapa, o processo de reestruturação não se esgota com a sanção presidencial ao(s) projeto(s) de lei. Novos desafios - como a elaboração de políticas operacionais e diretrizes técnicas, bem como a definição dos mecanismos de financiamento do SUS, dos recursos humanos para o Ministério, a descentralização e o detalhamento das estruturas organizacionais - darão conseqüências à política, ao modelo de atenção e à macro-organização estabelecida em lei, em continuidade à mobilização gerada pelas Reuniões Internas.

Jocelino Francisco de Menezes
Presidente do Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde

I Bases Legais

As bases legais no campo da saúde (Constituição Federal de 1988/ Leis nº 8.080/90 e 8.142/90) a inscrevem como direito social (Título II - Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Cap. II, art. 6). Em seu artigo 194, a Constituição define os seguintes princípios:

- 
- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
 - II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
 - III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
 - IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
 - V - equidade na forma de participação no custeio;
 - VI - diversidade da base de financiamento;
 - VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados."

O Título VIII - Da Ordem Social, Seção II, artigo 198, define:

"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 esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade."

Ao dispor sobre a "descentralização, com direção única em cada esfera de governo", o texto constitucional reforça o disposto em seu artigo primeiro, no qual é atribuída ao Município a condição de ente federado, e se alinha com as mais modernas tendências de organização do Estado, de reconhecimento e revalorização do papel dos governos locais na provisão de serviços públicos essenciais.

Ao longo do processo de transição democrática, a questão da descentralização ganhou força, pela oportunidade que oferece para uma maior racionalidade e controle social sobre as ações do Estado, consolidando-se na Constituição de 1988 com um perfil nitidamente federativo e municipalista.

O Art. 200 define:

"Ao sistema único de saúde

com pete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- 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 e epidemiológica, bem como as 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

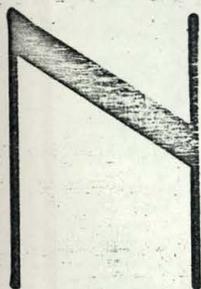
ações de saneamento básico;

- V- incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI- fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de 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 na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.”

A Lei nº 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo de atenção e estabelecendo os papéis das três esferas de governo.

A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

II O Papel do Estado na Saúde



o campo da saúde, o dever do Estado pode ser encontrado no dispositivo da relevância pública, incluído no artigo 197, que atribui ao Poder Público a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde.

Essa atribuição completa-se com a norma de direção única em cada esfera de governo, na qual se afirma o princípio da descentralização, incluindo o conjunto das prerrogativas e dos deveres e obrigações estatais em saúde.

As competências decorrentes da relevância pública envolvem o exercício de um poder regulador, regulamentador, de arbitragem e de intervenção executiva por parte das esferas do poder público. A expressão “responsabilidade sanitária”,

mesmo não presente diretamente nos textos legais, exprime de maneira inquestionável as competências estatais previstas na Carta Magna.

As novas responsabilidades colocadas pelo artigo 200 da Constituição são detalhadas no texto da Lei nº 8.080/90, com a redefinição das competências das esferas de governo, tendo como eixo central a descentralização, compreendida como um processo de transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e controle social.

Com base no exposto, a

reforma administrativa do Ministério da Saúde objetiva:

- a) aumentar a qualidade das ações estatais - em termos de eficácia, eficiência, coordenação e integração;
- b) democratizar os organismos estatais através do aprofundamento da descentralização e ampliação da participação e controle social;
- c) capacitar os diferentes órgãos para uma ação decisiva na produção de ciência e tecnologia e na formação de recursos humanos;
- d) aumentar a visibilidade e o peso político do setor saúde no conjunto das políticas governamentais.

A concepção ampliada da saúde - conforme as orientações emanadas da 8ª Conferência Nacional de Saúde - requer a reinserção da saúde no interior das políticas públicas, definindo

claramente e de forma operacional os mecanismos de sua articulação com as demais políticas (especialmente com as demais políticas sociais).

A localização da saúde no interior da Seguridade Social definida constitucionalmente exige que sejam tomadas medidas específicas que superem os problemas atuais de financiamento, gestão e coordenação com as áreas de Previdência e Assistência.

A compreensão da área de saúde como eminentemente de ações de relevância pública remete à precisão da concepção do público como dimensionado a partir da garantia da igualdade no acesso aos bens e serviços e do efetivo exercício do controle social.

Com estes critérios, a reformulação atual deve visar restituir o caráter público aos órgãos estatais e garantir que os mesmos princípios regulem e controlem o setor privado que atua no campo da saúde.

A reorganização do Estado na saúde busca:

- a) recuperação da sua capacidade de regulação;
- b) implementação do modelo de atenção definido;
- c) inserção estratégica na produção de ciência e tecnologia; e
- d) formação qualificada de recursos humanos.

Ao lado destes objetivos nacionais devem ser acrescentados aqueles que decorrem das transformações na distribuição do poder em nível mundial, que acarretaram tanto o aglutinamento dos Estados em escala regional quanto a criação de organismos decisórios supranacionais.

Trata-se portanto de equipar o Estado para, neste novo contexto, ser capaz de inserir em tais instâncias os interesses nacionais, bem como enfrentar a nova realidade de rompimento das fronteiras.

III Funções na Área da Saúde

D

a análise dos dispositivos legais pode-se estabelecer, em termos gerais, que:

- à esfera federal cabe as funções típicas de Estado Nacional: formulação de políticas nacionais; planejamento, normatização, avaliação e controle do sistema em seu âmbito; apoio ao desenvolvimento científico, tecnológico e de recursos humanos; coordenação das ações de

educação para a saúde; regulação do Sistema Único de Saúde de abrangência nacional; cooperação técnica e financeira a Estados e Municípios; regulação das relações entre órgãos públicos-privados; regulação da atividade privada; acompanhamento e análise de tendências do quadro sanitário nacional; regulação dos padrões éticos de pesquisa;

regulação e registro de processos e produtos; coordenação em nível nacional do Sistema de Informações em Saúde; articulação intersetorial na esfera federal; produção de insumos básicos; controle de qualidade; prestação de assistência em situações especiais; relações internacionais;

à esfera estadual cabe a formulação da política estadual de saúde; a coordenação e planejamento, incluindo a regionalização e hierarquização da rede de serviços; a formulação e coordenação da política de

investimentos setoriais em seu âmbito; a coordenação da rede de referência estadual e gestão do sistema de alta complexidade; a coordenação estadual das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de educação para a saúde, dos hémocentros e da rede de laboratórios de saúde pública; o estabelecimento de padrões de atenção à saúde no seu âmbito, bem como a supervisão e cooperação técnica e financeira a Municípios e, supletivamente, a execução, controle e avaliação de alguns serviços; formulação e coordenação das políticas relativas ao tratamento fora

do domicílio, medicamentos especiais e órteses e próteses ambulatoriais;

à esfera municipal cabe a provisão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local e o planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde, quer sejam voltados aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive a educação para a saúde e os processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde.

IV Modelo de Atenção à Saúde

E

ntende-se por modelo de atenção à saúde para o SUS a representação esquemática do conjunto estruturado das práticas de saúde propostas para a sociedade brasileira. O seu caráter esquemático, no entanto, é assentado sobre uma base teórica que traduz um conjunto de idealizações para o campo da saúde, construído ao longo das lutas pela transformação da situação de saúde no Brasil, nas suas vertentes técnica, política, ideológica e científica, culminando no "Movimento pela Reforma Sanitária".

Em termos práticos, o

modelo de atenção contém as orientações básicas para a reordenação das práticas de saúde ao nível geral da sociedade brasileira, transformando os campos conformadores do Sistema Único de Saúde.

Em todas as esferas de governo, a implantação e operacionalização do modelo de atenção à saúde deve nortear-se pela noção de relevância pública dos serviços de saúde. Para tanto, a reforma e ampliação da rede pública, bem como o resgate de sua credibilidade, devem ser considerados e valorizados em função das necessidades da

população, definidas segundo critérios epidemiológicos e de justiça social.

O modelo de atenção à saúde contém ações e responsabilidades indelegáveis ao setor privado, como aquelas referentes às áreas de vigilância epidemiológica e sanitária.

É necessário, também, contemplar as diversas realidades nacionais. Seu objetivo não deve se modelar à realidade, mas privilegiar o que é pensado e criado no confronto com as contradições concretas da atenção à saúde.

A "unicidade", nos termos do arcabouço legal do SUS, deve ser entendida como um conjunto de elementos que, do ponto de vista doutrinário, estão representados pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade em um sistema descentralizado, regionalizado e submetido ao controle social. Isto significa admitir que, do ponto de vista do formato organizacional, o SUS possa conter elementos de variabilidade entre as diversas unidades federadas (Estados e Municípios), em função da heterogeneidade sócio-política da realidade brasileira.

Operacionalmente, o modelo de atenção contém as orientações fundamentais para a estruturação das práticas de saúde em cada um dos três níveis político-administrativos do SUS. Guardadas as suas competências, instrui o "que fazer", donde podem ser identificados três campos articulados, influenciados e interdependentes, caracterizados por:

- a) práticas de atenção;
- b) práticas organizacionais;
- c) práticas de gestão.

Esse conjunto estruturado

de práticas tem como resultado operações de promoção, prevenção e recuperação realizadas pelos serviços de saúde e por meio de ações intersetoriais (educação, habitação, saneamento, ações sobre o ambiente), visando ao enfrentamento de problemas de saúde nas suas múltiplas formas de manifestação e na perspectiva do que se denomina como práticas de "vigilância à saúde".

O modelo deverá assegurar:

- acesso universal aos bens e serviços produzidos na rede de atenção à saúde;
- igualdade dos direitos à saúde (equidade);
- visão integral do homem e a decorrente integralidade das práticas de saúde, de tal forma que o estado de saúde dos indivíduos e da população seja considerado como resultado das condições de vida, expressas em aspectos como educação, lazer, renda, alimentação, liberdade, condições de trabalho e relação com o meio ambiente, transporte, moradia, etc.;
- processo decisório com participação e controle social;
- transparência das informações em todos os níveis;
- processo de redistribuição do poder (técnico, político e administrativo), por meio da descentralização.

PRÁTICAS DE ATENÇÃO

O objeto das práticas de saúde deve ser ampliado de modo a englobar:

- as ações desenvolvidas pelos próprios indivíduos;

as ações oferecidas a estes, individual ou coletivamente, pelos serviços de saúde; aquelas ações voltadas para o meio ambiente, aí incluído o do trabalho e os processos e produtos de interesse da saúde.

A Vigilância à Saúde, enquanto conceito e prática resultantes da incorporação do conhecimento epidemiológico às áreas tradicionais da assistência individualizada, revela-se como estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde que afetam a população. Assim sendo, é o componente básico deste modelo, incorporando e integrando as práticas de interesse coletivo (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e saneamento) dentro do quadro de responsabilidade sanitária do SUS (práticas individuais/coletivas/preventivas/curativas).

Prioridades deverão ser definidas a partir da identificação dos problemas sanitários mais prevalentes localmente. Nesse sentido, o desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, em nível local, irá oferecer subsídios que possibilitarão adequar a prática dos serviços às realidades nosológica e social.

Os laboratórios de saúde pública são componentes básicos de todos os programas e atividades relacionadas à saúde coletiva, quer na fase de definição da política de atuação, quer na de identificação de prioridades ou execução de ações.

A atuação da vigilância sanitária deve ocorrer ao nível da prevenção da doença e da promoção da saúde, através de ações de vigilância e controle de riscos ambientais, incluídos os

riscos relativos à produção e circulação de bens relacionados à saúde, à prestação de serviços e ao ambiente de trabalho.

O saneamento é um dos componentes essenciais do conceito de vigilância à saúde. Além de ser um direito de todos, é atividade típica de relevância pública, conforme determina a Constituição Federal de 1988. Integra, portanto, a responsabilidade sanitária dos gestores do SUS nas três esferas de governo, podendo-se prever os seguintes componentes para a mesma:

- participação na formulação da política de saneamento;
- articulação intersetorial;
- definição de padrões de qualidade para o setor e garantia de qualidade dos processos e produtos de saneamento;
- cooperação e intercâmbio técnico.

Os gestores do SUS devem atuar na formulação da política e na reorientação do modelo de organização da área, com vistas a assegurar que os critérios epidemiológicos e de impacto sobre as condições de vida se sobreponham a objetivos econômico-financeiros que visem exclusivamente ao auto-financiamento do sistema.

As práticas de saneamento devem estar incorporadas pelo sistema de prestação de serviços a indivíduos e coletividades, na rede de serviços de saúde e nas ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Em outras palavras, compõem o campo operacional da vigilância à saúde.

Visando a incorporação e integração das práticas de vigilância à saúde, devem ser organizadas atividades de cooperação técnica aos Estados e Municípios, que possibilitem o intercâmbio de experiências e incluam orientações sobre a formulação e implementação de políticas locais de intervenção, bem como o desenvolvimento e aperfeiçoamento de instrumentos técnicos necessários. Essa cooperação será orientada pelos princípios básicos do SUS, não eximindo, entretanto, o sistema de saúde da responsabilidade de prestar atenção diferenciada a clientela que, por sua natureza e condição, exijam formas específicas de intervenção - como é o caso da população indígena.

PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS

No contexto das práticas organizacionais, cabe ao Ministério da Saúde as funções de elaboração normativa e gestão de meios (financeiros, informação, tecnologia), além de cooperação técnica, devendo a execução das ações de saúde ficar a cargo do nível local, que reorganizará e reorientará seu aparato administrativo, conferindo-lhe capacidade técnico-gerencial para identificar problemas e prioridades, elaborar planos e programas, desenvolver, supervisionar, controlar a execução das ações e avaliar resultados.

PRÁTICAS DE GESTÃO

As práticas de gestão subentendem integração de ações entre os gestores do sistema nas

três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), com articulação permanente entre o MS, CONASS e CONASEMS, através de Comissão Tripartite Intergestores, na esfera federal e, no âmbito de cada Estado, de Comissões Bipartite Intergestores, compostas por representantes das secretarias estaduais e por membros das entidades de representação dos secretários municipais de saúde.

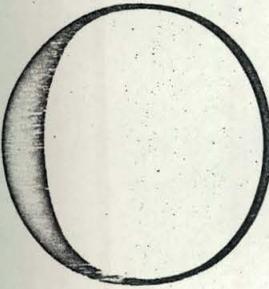
O SUS requer o controle social como mecanismo de gestão na saúde. Tal modelo tem sido debatido e aprofundado em vários documentos técnicos e legais, dentre os quais a Resolução nº 33 do Conselho Nacional de Saúde é referência obrigatória.

Ao modelo de atenção conformado nos princípios e diretrizes do SUS devem ser aportadas metodologias que busquem transformações nas relações entre as equipes de saúde, numa perspectiva integral, bem como nas relações entre os profissionais de saúde, os consumidores de bens e serviços e a população em geral, subsidiando e dinamizando os processos de gestão do setor não só sob o aspecto de deliberação da política de saúde, como também na gestão da qualidade de atenção à saúde, efetivada através da crescente incorporação dos setores organizados da população nas atividades com essa finalidade.

O controle social, portanto, subentende deslocamento efetivo da estrutura de poder, continuidade, institucionalização sob a forma de conselhos e politização das demandas.

V Indicações para uma Política Nacional de Saúde

FINANCIAMENTO



financiamento das ações de saúde é responsabilidade a ser compartilhada pelos três níveis de governo, devendo-se assegurar, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde.

Além disso, é imperativo que as relações financeiras entre as esferas de governo sofram radical transformação com a superação da lógica de compra de serviços que as tem presidido e a instauração de uma efetiva política de alocação orientada pelo objetivo da equidade. Nesse sentido, todos os gestores devem assumir a responsabilidade pela regulação de controle de todos os recursos inerentes ao sistema.

A diversidade da base de financiamento foi um princípio incorporado à Constituição (artigo 194), considerando a fragilidade financeira de um sistema assentado em uma única fonte da economia e a necessidade de conferir estabilidade aos fluxos de receitas face aos ciclos econômicos.

COMPETÊNCIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA DIREÇÃO NACIONAL DO SUS

a) Gestão:

para alcançar a necessária eficiência no desempenho de sua missão institucional, o Ministério da Saúde desenvolverá as ações voltadas para o universo de sua competência e responsabilidades, em estreita articulação com as demais instituições engajadas nas questões e cuidados com a saúde.

O conteúdo previsto é o provimento dos recursos essenciais necessários à viabilização dos processos de trabalho que permitam a qualidade das práticas dos serviços. Tais recursos estão representados especificamente por informação e tecnologia, além dos recursos financeiros propriamente ditos. Os modos de execução de tal função compreendem:

- padronização da coleta de dados, estabelecimento de fluxos, sistematização,



consolidação e difusão das informações;
- manutenção do sistema de informações;
- identificação, análise e seleção de tecnologias adequadas ao processo de trabalho e criação de condições para sua utilização;
- captação e alocação de recursos financeiros para custeio de suas responsabilidades.

b) Responsabilidade sanitária:

compreende a defesa das necessidades individuais e coletivas em saúde, que dentro da ótica de mercado seriam dificilmente contempladas; a gestão e definição de mecanismos que assegurem a qualidade das práticas de saúde, sejam estas executadas pelos indivíduos ou sobre eles, bem como sobre o meio ambiente, incluído o do trabalho, além dos processos e produtos de interesse para a saúde; e, finalmente, a avaliação e o controle dos recursos públicos investidos em saúde, através do exercício de um papel redistributivo e promotor de equidade.

c) Formulação da Política de Saúde:

consiste numa formulação de macropolítica articuladora, com as seguintes orientações:

- coordenar um processo ascendente, de caráter nacional, para a formulação e deliberação de um plano nacional de saúde;

- avaliar o impacto, os resultados e a qualidade das práticas de saúde em suas diversas vertentes;
- promover e induzir, particularmente através de suas funções normativas, gestora de meios e de cooperação técnica, o núcleo doutrinário e operacional de unicidade do SUS.

d) Processo normativo:

- identificação, seleção e análise dos conhecimentos técnico-científicos pertinentes, inclusive de indicadores de saúde;
- elaboração de normas técnicas sobre práticas, estruturas, processos e produtos do sistema.

e) Processo de controle e avaliação:

corresponde à aferição, através de indicadores e análise de informações, dos resultados e impactos das práticas de saúde, dos processos de gestão do sistema e das ações regulatórias, prescrevendo medidas corretivas.

f) Execução de ações e serviços:

- exercício do poder de polícia sanitária dos portos, aeroportos e fronteiras;
- prestação de serviços de caráter estratégico ou como referência nacional;
- exercício da responsabilidade sanitária pela assistência à saúde, em casos que

fujam ao controle da direção estadual do SUS; atenção à saúde da população indígena, em situações determinadas pelas especificidades da criação de distritos sanitários especiais indígenas, diretamente ligados ao Ministério da Saúde.

g) Cooperação técnica e científica:

De caráter abrangente, deve ser realizada nos níveis nacional e internacional, com as diversas instituições que lidam, direta ou indiretamente, com as práticas de saúde. Junto a Estados e Municípios, essa cooperação será sempre executada em caráter bidirecional, horizontalizada e emancipatória em relação aos cooperados, possibilitando o intercâmbio de experiências e conhecimentos acumulados.

ESPAÇOS DE INTERVENÇÃO ESTRATÉGICA PARA A POLÍTICA DE SAÚDE

a) Do processo de planejamento

O planejamento é instrumento gerencial por excelência, e deve desempenhar papel primordial na reorganização do sistema de saúde e na construção do SUS. Envolve, também, a identificação de problemas e necessidades, a proposição de políticas, a definição de estratégias, a programação física e financeira, a elaboração de proposta

orçamentária, o acompanhamento, a avaliação e o controle sobre as ações, não como etapas estanques e isoladas, mas sim como dimensões do processo que se realimentam permanentemente.

Pressupõe a existência de permanente interação entre os três níveis de gestão, de forma a viabilizar a articulação do processo e a convergência das ações para os objetivos da Política Nacional de Saúde, fortalecendo a unidade do SUS e, ao mesmo tempo, resguardando a autonomia de cada esfera de governo.

Como instrumento de intervenção, o planejamento é exigência para a gestão nos três níveis de governo. Seu objeto deve refletir a especificidade do papel e das atribuições de cada esfera da Federação. Como processo, deve ser flexível e dinâmico, para se adequar aos diferentes papéis e à diversidade política, econômica e institucional das realidades locais. Deve ser participativo e envolver em suas diferentes fases o conjunto dos atores, do usuário aos níveis gerenciais superiores. Deve, ainda, estar assentado no conhecimento das várias dimensões da realidade, tendo como eixo central as contribuições da epidemiologia e o subsídio de um adequado sistema de informações que permita identificar as necessidades e a capacidade de intervenção, bem como acompanhar e avaliar os resultados das ações.

b) Informação/ Informática/ documentação/ comunicação social e educação em saúde

O subsistema do SUS que

acolhe os processos de informação, informática, documentação, comunicação social e educação em saúde tem por funções essenciais:

- o provimento de subsídios para o processo de deliberação e implantação da Política Nacional de Saúde através da crítica permanente de seus resultados;
- o armazenamento e a difusão do conhecimento especializado;
- o aporte metodológico e a estruturação de práticas educativas no âmbito da atenção à saúde, que têm por objeto a sua reordenação e que abrangem os trabalhadores do setor, a população em geral, os consumidores de bens e serviços em saúde e os setores organizados da população.

A informação como processo de aquisição de conhecimento deve ser utilizada para a identificação dos condicionantes e determinantes do processo saúde/doença e, nesta circunstância, constitui-se em insumo estratégico para a formulação de políticas e processos de planejamento, de decisão e de atuação nas diversas instâncias da organização e gerência dos serviços de saúde.

Esse processo garantirá um redirecionamento do sistema de atenção em saúde, levando-se em conta as alterações nas variáveis sociais decorrentes da própria assistência sanitária, e permitirá, inclusive, a conquista, pela população, da prática da análise e da crítica das informações e das ações como prática social da própria comunidade. Permitirá, também, garantir a integração, a

coordenação e a articulação entre os vários sistemas existentes, intra e extra-setoriais, necessários para uma visão global da saúde e para a operacionalização das decisões de instância política e gerenciamento da própria rede de informações de saúde.

Em relação à difusão de informações, são pressupostos essenciais:

- o acesso a informação é um direito e não pode ser compreendido como um favor do setor público ou privado;
- a divulgação das informações deve ter como princípio a clareza e a verdade;
- a garantia da privacidade do indivíduo em relação às informações sobre sua saúde, conforme as normas éticas e legais das profissões de saúde.

A educação em saúde constituirá um conjunto de práticas pedagógicas de conteúdo técnico, político e científico que - no âmbito das práticas de atenção à saúde e na perspectiva das suas reordenações - destina-se:

- aos trabalhadores do setor;
- aos setores organizados da população;
- aos consumidores de bens e serviços de saúde.

c) Desenvolvimento científico e tecnológico

As ações, serviços e atividades do Ministério da Saúde, no que diz respeito ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, estão diretamente relacionadas com a incorporação e adequação de

tecnologia necessária ao funcionamento do Sistema Único de Saúde. Desta maneira, as pesquisas biomédica, social e epidemiológica, sobre o meio ambiente e sobre a organização dos serviços, fazem parte da contribuição do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde para o desenho de um novo modelo de atenção que possa dar conta dos objetivos centrais do SUS. Da mesma forma, o estabelecimento de parâmetros para incorporação tecnológica, inclusive em relação à equipamentos biomédicos, à melhoria dos insumos básicos existentes e ao desenvolvimento de novos, necessários para atender às necessidades da população, bem como o controle de qualidade de processos e de produtos, fazem parte da contribuição do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde para o modelo de atenção. Não menos importante, por certo, é a formação de profissionais técnicos, graduados de nível superior e de pós-graduados, para o desenvolvimento das atividades nesta área.

d) Recursos humanos

As atribuições do Ministério da Saúde em relação à formulação e à execução de uma política de recursos humanos para o SUS devem obedecer ao seguinte quadro de funções:

- gestão do trabalho nos serviços de saúde;
- fomento aos processos de educação para o trabalho em saúde;
- informação e investigação em recursos humanos em saúde;
- administração de pessoal;

preparação e educação continuada de pessoal.

e) Insumos essenciais

O acesso da população brasileira aos insumos essenciais, prioritariamente medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados e equipamentos biomédicos, constitui preocupação central do Governo e envolve medidas de regulação de mercado, de contenção de preços, de garantia da qualidade dos produtos e de garantia do abastecimento da rede pública, abrangendo ações articuladas de diversos Ministérios. Esta área se constitui em ação própria da esfera federal.

Em relação ao uso de inseticidas, moluscicidas e equipamentos usados em operações de campo no controle de vetores, o Ministério da Saúde continuará participando no registro, controle de qualidade, normatização do uso, garantia da produção, aquisição e distribuição para atender à demanda nacional desses insumos para uso em saúde pública.

Por outro lado, medidas efetivas deverão ser adotadas para a execução da política de assistência farmacêutica, assegurando a consolidação do parque produtor nacional, diminuindo a dependência do país, fomentando o desenvolvimento científico e tecnológico e implementando um programa de auto-suficiência nacional como respaldo às ações de saúde. O processo alarmante de desnacionalização da nossa indústria privada, associado a um esvaziamento do setor estatal, tornam urgentes a adoção de medidas concretas e emergenciais no sentido de reverter este quadro e assegurar a

inserção da produção de insumos na implementação do SUS.

f) Saúde do trabalhador

A Constituição Federal incluiu entre as competências do Sistema Único de Saúde a execução de ações de saúde do trabalhador e a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (artigo 200).

Estas competências e responsabilidades são detalhadas na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 6º, que atribui à Direção Nacional do Sistema Único de Saúde a responsabilidade de coordenar a política nacional de saúde do trabalhador.

g) Alimentação e nutrição

O setor saúde, mediante suas concepções de política e instrumentos específicos de atuação, deve ficar com o encargo de trabalhar medidas próprias que compreendem desde a área de promoção à saúde, até o atendimento dos casos clínicos de carências gerais ou específicas e de outros distúrbios nutricionais. A promoção de atividades definidas sob critérios epidemiológicos de risco, destinadas à prevenção primária dos agravos acima referidos, seria, também, encargo do setor saúde.

Cabe ao Ministério da Saúde a definição de políticas e diretrizes para alimentação e nutrição, na medida direta em que essas políticas intervenham na promoção, proteção e recuperação da saúde, coordenando e implementando o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

VI Reestruturação Organizacional do Ministério da Saúde e Entidades Vinculadas

PROPOSTA I

APRESENTAÇÃO

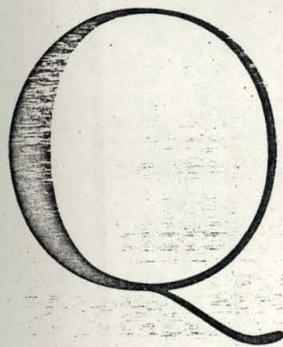
Quaisquer alterações na estrutura organizacional somente devem ser feitas quando da convicção de melhoria do funcionamento dos serviços, e considerando os riscos decorrentes, sobretudo o da paralisia institucional. No caso do Ministério da Saúde, as recentes reformas administrativas não levaram em consideração as novas finalidades do Ministério, resultantes da criação do SUS.

Nenhuma reforma será eficaz se não estabelecer um plano estratégico interno para legitimação e implantação das mudanças, até porque não será possível encontrar um modelo de estrutura capaz de responder, idealmente, à enorme complexidade que caracteriza, hoje, a atuação do Ministério da Saúde.

A reforma deve contemplar,

ainda, o novo papel do órgão no plano das relações com Estados e Municípios, a política de recursos humanos e uma estratégia de descentralização que requeira determinação política e prudência, para evitar a descontinuidade das ações e serviços de relevância para a saúde pública. Para tanto, a integração nos níveis estadual e municipal tem que ocorrer no plano técnico, com repasse de conhecimentos e tecnologias baseados numa determinação político-administrativa local.

A Vigilância à Saúde, componente básico do modelo contido neste documento, é resultado da incorporação do conhecimento epidemiológico às áreas tradicionais da assistência individualizada. A partir da identificação dos problemas sanitários mais prevalentes localmente, prioridades deverão ser definidas e operacionalizadas



dentro de uma abordagem em saúde de atenção integral a indivíduos e populações, que não necessita de uma estrutura formal em nível nacional.

A nova configuração técnico-administrativa elaborada nesta proposta pauta-se nos princípios básicos de respeitabilidade técnica, unidade de ação programática, amplitude e harmonia no relacionamento interinstitucional, agilidade administrativa, capacidade de identificar prioridades nacionais e dar respostas às demandas surgidas

FUNÇÕES BÁSICAS

1. Função de Formulação da Política de Saúde

Compreende ações que conferem o cumprimento das disposições constitucionais no âmbito da saúde com o reconhecimento dos direitos individuais e dos interesses da coletividade, através da formulação de macropolítica articuladora com as seguintes orientações:

- coordenar um processo ascendente, de caráter nacional, para a formulação e deliberação de um plano nacional de saúde;
- avaliar o impacto, os resultados e a qualidade das práticas de saúde em suas diversas vertentes.

2. Função de Controle e Avaliação

Corresponde à aferição, através de indicadores e análise de informações, dos processos de gestão do sistema, com prescrição de medidas corretivas, em

estreita cooperação técnica com Estados e Municípios

3. Função de Execução Direta das Ações e Serviços

Corresponde a situações restritas:

- exercício do poder de polícia sanitária dos portos, aeroportos e fronteiras;
- prestação de serviços de caráter estratégico ou como referência nacional;
- exercício da responsabilidade sanitária pela assistência à saúde, em casos que fujam ao controle da direção estadual do SUS;
- atenção à saúde dos povos indígenas, com garantia de seus sistemas tradicionais de saúde.

4. Função Normativa

Corresponde ações referentes à definição dos padrões de qualidade em saúde, exercidas através de:

- identificação, seleção e análise dos conhecimentos técnico-científicos pertinentes;
- elaboração de normas técnicas sobre práticas, estrutura, processos e produtos do sistema e dos serviços de saúde.

5. Função de Cooperação Técnica e Científica

Representada pela atuação junto às instituições que interferem nas práticas de saúde realizadas pelos serviços, ou seja, poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, conselhos, sindicatos e organização de categorias profissionais, entidades da

sociedade civil, aparelho formador de recursos humanos para a saúde, instituições de fomento e execução de pesquisa, além de organismos governamentais, não-governamentais e internacionais.

6. Função de Gestão de Melos

O conteúdo previsto é o provimento dos recursos essenciais necessários à viabilização dos processos de trabalho que favoreçam a qualidade na atenção à saúde. Estes recursos estão representados pela informação e tecnologia e pelos recursos humanos e recursos financeiros. Os modos de execução desta função compreendem:

- padronização da coleta de dados, estabelecimento de fluxos, sistematização, consolidação e difusão de informações;
- identificação, análise e seleção de tecnologias adequadas ao processo de trabalho e criação de condições para sua utilização;
- produção e difusão do saber e do conhecimento voltados para a valorização e a garantia da vida;
- promoção do aperfeiçoamento e modernização da gestão do trabalho nos serviços de saúde;
- captação e alocação de recursos orçamentários e financeiros que garantam as despesas de custeio e investimento próprios do Ministério da Saúde, além daqueles que serão transferidos automaticamente para os Estados e Municípios.

COMPETÊNCIAS BÁSICAS - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

1. Conselho Nacional de Saúde

Órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com as seguintes competências:

- atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços; elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde; aprovar os critérios e valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial; propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais; acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde, credenciado mediante contrato ou convênio; acompanhar o processo de desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde, visando a observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do país; e articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação

de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais.

2. Gabinete

- Incumbir-se das relações públicas e do preparo e despacho do expediente pessoal do Ministro de Estado da Saúde, bem como assisti-lo em sua representação política e social.
- Coordenar e supervisionar as atividades dos escritórios de representação do Ministério da Saúde, promovendo a cooperação técnica, o acompanhamento e a inspeção de suas ações.
- Promover o caráter unidirecional de atuação dos órgãos e entidades descentralizadas do Ministério da Saúde.
- Exercer outras atribuições que lhe forem cometidas pelo Ministro de Estado da Saúde.

3. Coordenação-Geral de Assuntos Especiais

- Acompanhar o andamento dos projetos de interesse do Ministério da Saúde, em tramitação no Congresso Nacional.
- Providenciar o atendimento às consultas e requerimentos formulados pelo Congresso Nacional.
- Providenciar a divulgação das matérias relacionadas com a área de atuação do Ministério da Saúde através dos meios de comunicação.
- Acompanhar e avaliar a cooperação técnica, em nível nacional e

internacional, com as instituições que lidam direta e indiretamente com as práticas de saúde.

4. Secretaria-Executiva

Órgão setorial do Sistema de Planejamento, Orçamento, Informática e Recursos da Informação, ao qual compete:

- planejar, coordenar e supervisionar as ações relativas ao planejamento, programação orçamentária, informação, documentação, comunicação social e educação em saúde, bem como ao controle, avaliação e auditoria;
- coordenar e providenciar o encaminhamento à Presidência da República de projetos de atos normativos de interesse do Ministério;
- assistir ao Ministro de Estado na formulação de políticas, planos, programas e projetos;
- acompanhar a execução das ações na área de competência do Ministério da Saúde.

5. Consultoria Jurídica.

- Atender aos encargos de consultoria e assessoramento jurídicos aos colegiados presididos pelo Ministro de Estado da Saúde e aos órgãos do Ministério, e realizar os demais serviços jurídicos que lhe sejam atribuídos.
- Coligir os elementos de fato e de direito e preparar as informações que devam ser prestadas, por autoridades do Ministério, em mandados de segurança.
- Examinar ordens e

- sentenças judiciais e orientar as autoridades do Ministério quanto ao seu exato cumprimento.
- Examinar os fundamentos e a forma jurídica dos atos propostos ao Ministro de Estado.
 - Elaborar e rever projetos de atos normativos a serem expedidos, no âmbito do Ministério.
 - Coordenar as atividades relacionadas à Advocacia Geral da União, no âmbito do Ministério da Saúde.
- 6. Secretaria de Controle Interno**
- Exercer, no âmbito do Ministério da Saúde, as atribuições previstas no Decreto nº 93.874, de 23 de dezembro de 1986.
- 7. Secretaria de Administração Geral**
- Órgão setorial dos Sistemas de Modernização e Organização Administrativa, Recursos Humanos e Serviços Gerais, ao qual compete:
- formular e promover a execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos;
 - planejar e coordenar as ações relativas aos sistemas inerentes;
 - realizar a execução orçamentária e financeira dos recursos consignados ao Ministério da Saúde;
 - administrar o Fundo Nacional de Saúde.
- 8. Secretaria de Atenção Saúde**
- Participar da formulação da
- política de saúde, em seu componente de atenção sobre os indivíduos e coletividades.
- Normatizar, controlar e avaliar as ações de saúde em termos de organização de sistemas, redes e serviços; de promoção e assistência a grupos populacionais e grupos de risco; e assistência farmacêutica e de tecnologia e equipamentos biomédicos.
 - Realizar intercâmbio técnico, político e científico em sua área de atuação.
 - Formular e promover a execução da política nacional de nutrição.
 - Estabelecer normas e parâmetros de custos para a prestação de serviços pela rede pública e privada.
- 9. Secretaria de Vigilância Sanitária**
- Coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
 - Regular e controlar processos, produtos e serviços.
 - Exercer o controle de qualidade.
 - Definir normas, critérios e padrões das condições e dos ambientes de trabalho.
 - Coordenar a política de saúde do trabalhador.
 - Normatizar e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras.
 - Definir normas e mecanismos de controle de agravos sobre o meio ambiente.
- 10. Fundação de Insumos para a Saúde**
- Participar na formulação,
- elaboração e execução da política nacional de assistência farmacêutica e de produção de insumos, medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados.
- Promover o acompanhamento e avaliação do sistema de distribuição e controle da qualidade dos insumos, medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados.
 - Atualizar e implementar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, como suporte para a execução da política de medicamentos.
 - Fomentar e promover o desenvolvimento científico e tecnológico de insumos, medicamentos, fármacos, plantas medicinais, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, visando assegurar a auto-suficiência nacional em sua produção.
 - Promover a cooperação técnica com Estados, Distrito Federal e Municípios na execução das ações de assistência farmacêutica.
 - Promover o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em função das especificidades da Fundação de Insumos para a Saúde.
- 11. Fundação Nacional de Saúde**
- Promover o acompanhamento e análise de tendências do quadro sanitário nacional.
 - Coordenar a rede de laboratórios de saúde pública.

- Participar na formulação e implementação da política de saneamento e meio ambiente.
- Coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica.
- Promover a descentralização dos serviços e ações de saúde, com apoio técnico e financeiro aos Estados, Municípios e Distrito Federal.
- Executar ações de saúde em circunstâncias especiais que possam escapar do controle da direção estadual do SUS, ou que representem riscos de disseminação nacional.
- Coordenar a execução, em articulação com as instâncias do SUS, das ações e serviços de atenção à saúde do índio.
- Realizar pesquisas e estudos na área de saúde e

- saneamento.
- Promover a formação e preparação de recursos humanos em saúde.

12. Fundação Oswaldo Cruz

- Participar da formulação e execução da Política Nacional de Saúde e das políticas de ensino e pesquisa em saúde pública.
- Promover e realizar pesquisas básicas e aplicadas e propor critérios e mecanismos para o desenvolvimento das atividades relacionadas à pesquisa e tecnologia para a saúde
- Formar e capacitar recursos humanos para a saúde, ciência e tecnologia, bem como manter cursos especializados e proporcionar campo de estágio para treinamento de

- pessoal.
- Fabricar produtos biológicos, profiláticos, medicamentos, fármacos e outros produtos de interesse da saúde.
- Desenvolver tecnologias de produção, métodos de controle de qualidade e outras tecnologias de interesse da saúde.
- Desenvolver atividades de prestação de serviços e cooperação técnica no campo da saúde, ciência e tecnologia.
- Preservar, valorizar e divulgar o patrimônio histórico, cultural e científico da FIOCRUZ, bem como contribuir para a preservação da memória das ciências biomédicas e da saúde.

13. Unidades Descentralizadas sob Contrato de Gestão

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL BÁSICA

I. Órgão Colegiado

- a) Conselho Nacional de Saúde
 1. Secretaria-Executiva
 2. Ouvidoria-Geral da Saúde

II. Órgãos de Assistência Direta e Imediata ao Ministro de Estado

- a) Gabinete
 1. Divisão de Apoio Administrativo
 2. Serviço de Cerimonial
 3. Coordenação-Geral dos Escritórios de Representação do Ministério da Saúde
 - 3.1. Escritórios de Representação (27)
 - 3.1.1. Gabinete*
 - 3.1.2. Unidade de Administração Geral
 - 3.1.3. Unidade de Controle, Avaliação e Auditoria **
 - 3.1.4. Unidade de Vigilância Sanitária
 - 3.1.5. Unidade de Engenharia de Saúde Pública e Meio Ambiente***
 - 3.1.6. Unidade de Informática e Processamento de Dados***
 - 3.1.7. Unidade de Operações Especiais

* Inclui uma Assessoria Jurídica e uma Assessoria de Planejamento.
 ** Voltada para a estadualização e municipalização.
 *** Cooperação técnica.

b) Coordenação-Geral de Assuntos Especiais

1. Assessoria de Imprensa
2. Assessoria de Assuntos Internacionais
3. Assessoria de Assuntos Parlamentares

c) Secretaria-Executiva:

1. Gabinete
2. Departamento de Planejamento e Programação Orçamentária
3. Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria
4. Departamento de Informação, Documentação, Comunicação Social e Educação em Saúde
5. Departamento de Ciência e Tecnologia

III. Órgãos Setoriais

a) Consultoria Jurídica

1. Coordenação-Geral de Estudos e Pareceres
2. Coordenação-Geral de Atos e Contratos

b) Secretaria de Controle Interno

1. Coordenação-Geral de Acompanhamento, Avaliação e Orientação
2. Coordenação-Geral de Controle Financeiro
3. Coordenação-Geral de Auditoria

c) Secretaria de Administração Geral

1. Departamento de Administração do Fundo Nacional de Saúde
2. Departamento de Execução Orçamentária e Financeira
3. Departamento de Recursos Humanos*
4. Departamento de Serviços Gerais
5. Departamento de Modernização e Organização Administrativa

IV. Órgãos Específicos:

a) Secretaria de Atenção à Saúde

1. Gabinete
2. Coordenação-Geral de Planejamento e Informações**
3. Departamento de Organização de Sistemas e Serviços
 - 3.1. Coordenação-Geral de Organização e Desenvolvimento
 - 3.2. Coordenação-Geral de Operação das Unidades Hospitalares***
 - 3.3. Coordenação-Geral de Controle e Avaliação
4. Departamento de Promoção e Assistência
 - 4.1. Coordenação-Geral de Atenção a Grupos Populacionais
 - 4.2. Coordenação-Geral de Atividades Sistêmicas
 - 4.3. Coordenação-Geral de Atenção a Grupos de Risco
5. Departamento de Recursos Tecnológicos
 - 5.1. Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica
 - 5.2. Coordenação-Geral de Tecnologia e Equipamentos Biomédicos
6. Departamento de Alimentação e Nutrição
 - 6.1. Coordenação-Geral de Carência e Promoção Nutricional
 - 6.2. Coordenação-Geral de Promoção Nutricional e Orientação Alimentar
 - 6.3. Coordenação-Geral de Estudos e Pesquisas de Vigilância Nutricional

* Inclui a área de recursos humanos para o SUS.

** Ligada diretamente ao Secretário.

*** Inclusive o INCA.

b) Secretaria de Vigilância Sanitária¹

1. Gabinete
2. Coordenação-Geral de Aspectos Legais*
3. Coordenação-Geral de Planejamento e Informações*
4. Departamento de Análise de Produtos
 - 4.1. Coordenação-Geral de Medicamentos e Imunobiológicos
 - 4.2. Coordenação-Geral de Alimentos
 - 4.3. Coordenação-Geral de Cosméticos e Domissanitários
 - 4.4. Coordenação-Geral de Correlatos e Equipamentos Biomédicos
5. Departamento de Serviços de Saúde
 - 5.1. Coordenação-Geral de Processos Especiais
 - 5.2. Coordenação-Geral de Serviços de Hemoterapia
 - 5.3. Coordenação-Geral de Fontes Radioativas
 - 5.4. Coordenação-Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras
6. Departamento de Meio Ambiente e Saúde do Trabalhador
 - 6.1. Coordenação-Geral de Meio Ambiente
 - 6.2. Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador
 - 6.3. Coordenação-Geral de Investigações Toxicológicas

V. Entidades Vinculadas

a) Fundações Públicas:

1. Fundação de Insumos Para a Saúde
 - 1.1. Conselho Deliberativo
 - 1.2. Gabinete
 - 1.3. Assessoria de Planejamento e Orçamento
 - 1.4. Procuradoria-Geral
 - 1.5. Auditoria
 - 1.6. Departamento de Atividades Técnicas
 - 1.6.1. Coordenação-Geral de Medicamentos e Insumos
 - 1.6.2. Coordenação-Geral de Imunobiológicos
 - 1.6.3. Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados
 - 1.7. Departamento de Operações
 - 1.7.1. Coordenação-Geral de Aquisição e Distribuição
 - 1.7.2. Coordenação-Geral de Fomento à Pesquisa e Produção
 - 1.7.3. Coordenação-Geral de Inovação Tecnológica
 - 1.8. Departamento de Administração
 - 1.8.1. Coordenação-Geral de Recursos Humanos
 - 1.8.2. Coordenação-Geral de Execução Orçamentária e Financeira
 - 1.8.3. Coordenação-Geral de Serviços Gerais
 - 1.8.4. Coordenação-Geral de Informática e Gestão de Documentos
2. Fundação Nacional de Saúde
 - 2.1. Conselho Deliberativo
 - 2.2. Gabinete
 - 2.3. Procuradoria-Geral
 - 2.4. Auditoria
 - 2.5. Assessoria de Planejamento e Orçamento
 - 2.6. Centro Nacional de Epidemiologia
 - 2.6.1. Coordenação-Geral de Imunizações
 - 2.6.2. Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis

A SVS contará com um Comitê Técnico-Consultivo e uma Comissão de Revisão da Farmacopéia Brasileira.
Ligada diretamente ao Secretário.

- 2.6.3. Coordenação-Geral de Doenças Não Transmissíveis e Outros Agravos
 - 2.6.4. Coordenação-Geral de Doenças Vectoriais e Zoonóticas
 - 2.6.5. Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública
 - 2.6.6. Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica
 - 2.6.7. Coordenação-Geral de Apoio ao Desenvolvimento da Epidemiologia
 - 2.7. Departamento de Engenharia de Saúde Pública
 - 2.7.1. Coordenação-Geral de Engenharia de Saúde Pública
 - 2.7.2. Coordenação-Geral de Assistência Técnica a Estados e Municípios
 - 2.8. Departamento de Operações Especiais
 - 2.8.1. Coordenação-Geral da Rede de Serviços de Saúde*
 - 2.8.2. Coordenação-Geral de Operações de Campo*
 - 2.8.3. Coordenação-Geral de Saúde do Índio
 - 2.9. Departamento de Administração
 - 2.9.1. Coordenação-Geral de Recursos Humanos
 - 2.9.2. Coordenação-Geral de Execução Orçamentária e Financeira
 - 2.9.3. Coordenação-Geral de Serviços Gerais
 - 2.9.4. Coordenação-Geral de Informática e Gestão de Documentos
 - 2.10. Instituto Evandro Chagas
 - 2.11. Escola de Enfermagem de Manaus
 - 2.12. Instituto Hélio Fraga
3. Fundação Oswaldo Cruz
- 3.1. Conselho Deliberativo
 - 3.2. Conselho Técnico-Científico
 - 3.3. Gabinete
 - 3.4. Assessoria de Planejamento e Orçamento
 - 3.5. Procuradoria-Geral
 - 3.6. Auditoria
 - 3.7. Departamento de Administração
 - 3.7.1. Coordenação-Geral de Recursos Humanos
 - 3.7.2. Coordenação-Geral de Execução Orçamentária e Financeira
 - 3.7.3. Coordenação-Geral de Serviços Gerais
 - 3.7.4. Coordenação-Geral de Informática e Gestão de Documentos
 - 3.8. Casa de Oswaldo Cruz
 - 3.9. Escola Nacional de Saúde Pública
 - 3.10. Escola Politécnica da Saúde Joaquim Venâncio
 - 3.11. Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos
 - 3.12. Instituto de Tecnologia em Fármacos
 - 3.13. Instituto Oswaldo Cruz
 - 3.14. Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde**
 - 3.15. Instituto Fernandes Figueira***
 - 3.16. Centro de Pesquisa René Rachou
 - 3.17. Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz
 - 3.18. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
 - 3.19. Centro de Informação Científica e Tecnológica

* Voltada para a estadualização e municipalização
 ** Vinculação técnica à Secretaria de Vigilância Sanitária.
 *** Voltada para a estadualização e municipalização.

b) Unidades Descentralizadas sob Contrato de Gestão

1. Associação

- Associação das Pioneiras Sociais

2. Sociedades de Economia Mista

- Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A

- Hospital Fêmina S/A

- Hospital Cristo Redentor S/A

CONSIDERAÇÕES GERAIS

1. Estruturas em Transição

Obedecendo o princípio inequívoco da descentralização da assistência, as unidades assistenciais do Ministério da Saúde que serão estadualizadas ou municipalizadas deverão entrar imediatamente em processo de co-gestão administrativa e financeira.

Isto significa:

- a identificação dessas unidades pela Comissão Tripartite;
- a definição do processo concreto de co-gestão em cada unidade descentralizada, com base na tipologia da situação de gestão estabelecida pelo GED e determinada pelo processo político, técnico e administrativo vigente em cada Município e em cada Unidade da Federação.

2. Sistema de Referência do Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde deterá sob gestão direta algumas unidades assistenciais reunidas num sistema de referência, entendido como o espaço de produção de protocolos diagnósticos e terapêuticos, preparação de recursos humanos, desenvolvimento científico e

tecnológico etc.

A idéia de sistema implica que tais unidades manterão seus vínculos originais, não sendo criada nenhuma estrutura nova ou específica para reuni-las. A coordenação desse sistema, por suas características e objetivos, será exercida pelo Departamento de Ciência e Tecnologia.

A configuração desse sistema não exclui do princípio da descentralização as unidades assistenciais que o compõem, muito embora o processo de descentralização não deva descaracterizar tais unidades enquanto serviços de referência nacional.

Constituem o sistema de referência:

- Instituto Nacional do Câncer;
- Instituto Fernandes Figueira;
- Hospital Phillippe Pinnel;
- Hospital Raphael de Paula Souza;
- 05 (cinco) unidades mistas da Fundação Nacional de Saúde, distribuídas regionalmente.

16.3. Fundo Nacional de Saúde

O Fundo Nacional de Saúde concentrará o gerenciamento pleno dos recursos orçamentários e financeiros do SUS, oriundos dos orçamentos da União e da Seguridade Social, consignados ao Ministério da Saúde.

O Fundo contará com uma

Junta Deliberativa composta por representantes do Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Planejamento e Orçamento da Presidência da República, Secretaria Executiva, Secretaria de Administração Geral e os órgãos e entidades do Ministério da Saúde envolvidos em atividades finalísticas.

16.4 Associação das Pioneiras Sociais

Deve ser revisto o papel da Associação das Pioneiras Sociais, que mesmo sendo uma associação de direito privado permanece no orçamento do Ministério da Saúde e é mantida com repasses do dinheiro público, não estando submetida a qualquer avaliação e controle da Pasta da Saúde.

JUSTIFICATIVAS E DIRETRIZES DA PROPOSTA

A presente proposta de estrutura para o MS, apóia-se, fundamentalmente, nos dispositivos constitucionais do dever do Estado em relação à saúde, da sua relevância pública e da descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

Procura-se, ainda, reforçar o poder regulador e controlador de órgão gestor que o Ministério da Saúde deve assumir enquanto gestor nacional do SUS e, principalmente, a sua função de cooperar técnica e financeiramente com os Estados e Municípios.

As responsabilidades previstas no artigo 200 da Constituição Federal, referentes a atenção à saúde, insumos básicos, meio ambiente, saúde do trabalhador, bem como processos e produtos de interesse para a saúde, estão contempladas de maneira visível na proposta, refletindo-se em órgãos bem definidos dentro da mesma.

A Lei nº 8.080 é outra referência básica da estrutura descrita a seguir, pois nela encontram-se discriminadas, e bem localizadas em termos de responsabilização no Ministério da Saúde, as competências de formulação política e normativa, coordenação de sistemas de abrangência nacional, articulação e intercâmbio com outros gestores e organismos diversos, controle e avaliação de processos e produtos, regulação sobre os processos de produção, distribuição e consumo de bens e serviços que possam causar riscos à saúde, além da execução de

atividades típicas do poder público federal, como é o caso da atenção à saúde indígena e controle de portos, aeroportos e fronteiras.

A estrutura proposta corresponde a de um órgão gestor que esteja capacitado a exercer, de maneira plena, sua responsabilidade sanitária, dentro da qual se incluem funções normativas, de gestão de meios, de intercâmbio e cooperação técnica e financeira além de controle e avaliação. Em outras palavras, realizar o exercício de um poder regulador, regulamentador, provedor de meios e de arbitragem, com a execução direta de ações ocorrendo apenas como eventualidade, o mais das vezes em caráter transitório.

A estrutura proposta, adequa-se, além do mais, às diretrizes norteadoras e conteúdos operacionais do modelo de atenção à saúde proposto pelo GERAS, entre os quais merecem ser citados:

- a) incorporação integralizadora das práticas de saúde coletiva e individual;
- b) base epidemiológica do planejamento, traduzida pela aproximação dos componentes de planejamento e informação em um mesmo órgão;
- c) gestão do desenvolvimento da ciência e tecnologia como componente estratégico do novo Ministério;
- d) ênfase no papel indutor e de cooperação técnica e financeira com vistas a transformação do modelo

- e) de atenção à saúde, objetivando atender as reais necessidades da população; coordenação unificada dos processos de informação, comunicação, educação para a saúde e documentação, garantindo a transparência e o controle social do sistema.

PROPOSTA DE ESTRUTURA PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Coordenação Geral

Agrupa as funções de gestão de meios (financeiros, informação, ciência e tecnologia, recursos humanos para o SUS) e de controle/avaliação do sistema;

Tais funções podem ser melhor definidas como:

Funções de gestão de meios

o conteúdo previsto é o provimento dos recursos essenciais necessários à viabilização dos processos de trabalho que permitam a melhoria da qualidade das práticas, das ações e serviços. Tais recursos estão representados especificamente por informação, ciência e tecnologia e recursos financeiros propriamente ditos. Os modos de execução de tal função compreendem:

- a) padronização da coleta de dados e documentos,

- estabelecimento de fluxos, sistematização, consolidação, análise e difusão das informações;
- b) manutenção do sistema nacional de informações em saúde;
- c) incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico, com a identificação, análise e seleção de tecnologias adequadas ao processo de trabalho e criação de condições para sua utilização;
- d) captação e alocação de recursos financeiros para

- a) organização político-institucional e administrativa das instâncias gestoras;
- b) utilização de recursos financeiros de origem federal; e
- c) organização da rede de atenção à saúde (assistência e vigilância à saúde). A realização de tal função ocorre através da coleta e análise da informação, além da prescrição de medidas corretivas.

Função de avaliação

(I) custeio total da estrutura técnico-administrativa federal pertinente; do pessoal cedido a outras esferas de governo; da execução de atividades próprias; além de

(II), co-participação no custeio da prestação descentralizada de ações e serviços;

(III) aquisição e distribuição de materiais e insumos; e, ainda,

(IV) investimento total na estrutura, instalações e equipamentos próprios e co-participação no investimento, na estrutura, instalações e equipamentos da rede de serviços de saúde descentralizada.

Função de controle

representada pelo monitoramento dos processos essenciais dos sistemas e da prestação de atenção à saúde, que respondem a:

corresponde à aferição dos indicadores de saúde e correlação com a prática das ações e dos serviços de saúde, ou seja, do perfil de nascimento, vida e morte, e com a estrutura, os processos e os produtos das ações e serviços de saúde e dos órgãos gestores. Os modos de atuação são os seguintes:

- a) análise da informação e
- b) identificação, seleção e proposição de alternativas de ação.

A Secretaria de Coordenação-Geral tem os seguintes componentes:

- planejamento, orçamento, controle e avaliação;
- informação, documentação, comunicação social e educação em saúde;
- gestão do desenvolvimento da ciência e tecnologia;
- gestão de recursos humanos (voltada ao sistema);
- Coordenação-Geral dos Escritórios de Representação do MS nos Estados.

Área Finalística

Compõe-se de órgãos voltados para as atividades relacionadas abaixo:

- atenção à saúde (assistência e vigilância);
- provisão de insumos (farmacêuticos, imunobiológicos e outros);
- regulação de processos e produtos de interesse para a saúde.

As funções básicas de gestão situadas na linha operacional, isto é, em cada um dos órgãos da mesma, são as seguintes:

Função normativa

refere-se à definição dos padrões de qualidade do sistema e dos serviços de saúde, ou seja, das estruturas, processos e produtos englobados por estes. Tal função é exercida através de:

- a) identificação, seleção e análise dos conhecimentos técnico-científicos pertinentes;
- b) elaboração de normas técnico-científicas pertinentes;
- c) elaboração de normas técnicas sobre estrutura, processos e produtos do sistema e dos serviços de saúde e
- d) elaboração de normas sobre os processos de produção, distribuição e consumo de bens e serviços que possam causar riscos à saúde.

Função de Intercâmbio e cooperação técnica

representada pela atuação

junto a instituições que interferem nas práticas de saúde realizadas pelos serviços, ou seja, poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, conselhos, sindicatos e organizações de categorias profissionais, entidades da sociedade civil, entidades formadoras de recursos humanos para a saúde, instituições de fomento e execução de pesquisa e organismos governamentais estrangeiros e internacionais. Tal atuação pode ocorrer através de

- a) demandas do setor (legislação, prestação de informação, estudos e pesquisas, difusão de informações, ação judicial e ação específica de órgão do Executivo referente à organização político-institucional e à utilização de recursos no SUS) ou
- b) demandas ao setor (definição de conteúdos técnicos, prestação de informações) e prestação de cooperação técnica aos demais gestores.

Função de execução direta

- corresponde, naturalmente, a situações restritas, nominalmente:

- a) exercício do poder de polícia sanitária dos portos, aeroportos e fronteiras;
- b) exercício da responsabilidade, em última instância, pela atenção à saúde. No primeiro caso, o

conteúdo é a fiscalização, interdição e liberação da circulação dos indivíduos nas fronteiras, no segundo, tem-se como situação típica a intervenção na prestação de ações e serviços de saúde no caso de omissão dos Estados e Municípios, inclusive no saneamento básico, bem como em caso de guerra e calamidade pública. Os modos de atuação possíveis são:

- a) atuação direta em portos, aeroportos e fronteiras e
- b) assunção excepcional e transitória da gestão e da prestação de ações e serviços.

Assim, cada uma das áreas nomeadas acima (atenção à saúde, insumos e regulação) terá sua própria linha operacional constituída por órgãos que se incumbirão de:

- a) elaboração normativa;
- b) intercâmbio e cooperação técnica e
- c) execução direta, de acordo com a descrição abaixo:

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Responsável pela elaboração de normas e cooperação técnica que tenham por objetivo a integralidade da atenção à saúde, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações de assistência e vigilância à saúde, exigidas para cada problema de saúde detectado na realidade concreta.

Sub-secretaria de Assistência à Saúde

Elaboração de normas técnicas e operacionais do sistema, inclusive referentes ao controle e à avaliação, em articulação com os gestores municipais e estaduais do SUS, bem como outros órgãos do Ministério da Saúde; cooperação técnica a gestores; intercâmbio com organismos governamentais dos demais poderes, e não-governamentais, nacionais e internacionais ou estrangeiros; execução direta em caráter emergencial ou transitório (ex. hospitais do MS e INAMPS, ou estratégico -INCa).

Sub-secretaria de Vigilância à Saúde

Elaboração de normas técnicas e operacionais referentes aos processos de vigilância de agravos e riscos à saúde, de qualquer natureza. Cooperação técnica a gestores. Intercâmbio com organismos governamentais dos demais poderes, e não-governamentais, nacionais e internacionais ou estrangeiros. Execução direta em caráter emergencial e transitório de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, no que diz respeito ao poder de polícia sanitária em portos, aeroportos e fronteiras.

SECRETARIA DE REGULAÇÃO

Elaboração de normas técnicas referentes a estruturas, processos e produtos de interesse para a saúde, inclusive padrões de qualidade dos mesmos. Cooperação técnica a gestores e produtores governamentais. Intercâmbio com organismos de cooperação técnica, Legislativo, Judiciário e outros órgãos, nas

questões pertinentes à regulação. Execução do registro e aprovação de medicamentos, imunobiológicos, equipamentos e tecnologias.

FUNDAÇÃO DE PROVISÃO DE INSUMOS PARA A SAÚDE

Proposição da Política Nacional de Insumos para a Saúde. Elaboração normativa referente à aquisição e distribuição de insumos farmacêuticos e imunobiológicos para a rede. Cooperação técnica a prestadores e produtores governamentais de fármacos e imunobiológicos. Intercâmbio com organismos nacionais e internacionais de cooperação técnica na área de insumos, bem como com o Legislativo e Judiciário nos assuntos pertinentes à política de insumos. Execução de compras, manutenção de estoques reguladores e distribuição de insumos aos gestores.

NOTAS EXPLICATIVAS À PRESENTE PROPOSTA

Fundo Nacional de Saúde

O FNS é, nesta proposta, compreendido como o órgão central da gestão financeira do MS, responsável pela ordenação geral da execução financeira.

Submete-se às diretrizes gerais da programação orçamentária e tem sua ação definida através de uma Junta deliberativa composta por representantes dos vários órgãos/entidades do MS, do Conselho Nacional de Saúde e da Secretaria de Planejamento da Presidência da República, como

mecanismo para assegurar visibilidade ao processo decisório referente à execução orçamentária e financeira.

2. Unidades remanescentes da prestação de serviços de saúde

Em consonância com a definição de que à esfera federal não cabe a execução/prestação direta de serviços de saúde, as unidades do MS voltadas para esse fim deverão ser, ao longo do processo de descentralização, repassadas a Estados/Municípios.

Recomenda-se que mecanismos de co-gestão sejam implementados, desde já, para assegurar sua integração às redes locais/estaduais e como forma de sedimentar as condições para a transferência.

3. Contrato de gestão

Recomenda-se que as unidades vinculadas ao MS sob forma de contrato de gestão sejam efetivamente submetidas às definições e ao controle previstos nesse mecanismo (regras de incorporação à rede, integração aos sistemas de referência, definição de metas operacionais, obrigatoriedade da prestação de informações para fins de controle e avaliação).

4. Revisão da personalidade jurídica de entidades vinculadas

Recomenda-se que seja analisada a conveniência de conversão das unidades voltadas para a produção de medicamentos e imunobiológicos em empresas públicas ou outra personalidade jurídica que possa conferir-lhes maior autonomia e

agilidade. As ações voltadas para o desenvolvimento científico e tecnológico permanecerão sob a responsabilidade da Fundação Oswaldo Cruz.

5. Escritórios Estaduais de Representação do Ministério da Saúde

Recomenda-se que haja clara explicitação do papel e dos limites de atuação dos escritórios estaduais, que deverão estar predominantemente voltados para a gestão do pessoal e patrimônio e para a cooperação técnica.

Transitoriamente, se incumbirão da coordenação das ações executivas remanescentes no âmbito do Estado, até que sejam transferidas para os Estados/Municípios, reportando-se tecnicamente aos Departamentos de Operação da Secretaria de Atenção à Saúde.

As ações de controle e avaliação, respeitado o limite do papel da esfera federal, estarão tecnicamente subordinadas à Secretaria de Planejamento, Orçamento, Controle e Avaliação.

I - Órgão Colegiado

1. Conselho Nacional de Saúde
 - 1.1. Secretaria-Executiva
 - 1.2. Ouvidoria Geral de Saúde
 - 1.3. Assessoria Técnica

II - Órgãos de Assistência Direta e Imediata ao Ministro de Estado

1. Gabinete
 - 1.1. Assessoria de Imprensa
 - 1.2. Assessoria de Assuntos Parlamentares
 - 1.3. Assessoria de Assuntos Internacionais

III - Órgãos de Coordenação Gerencial

1. Secretaria de Coordenação Geral
 - 1.1. Secretaria de Planejamento, Orçamento, Controle e Avaliação¹
 - 1.2. Secretaria de Informação, Epidemiologia e Comunicação em Saúde²
 - 1.3. Secretaria de Desenvolvimento Científico e Tecnológico³
 - 1.4. Coordenação-Geral dos Escritórios Estaduais de Representação do Ministério da Saúde
 - 1.4.1. Escritórios de Representação
 - 1.4.1.1. Unidade de Administração
 - 1.4.1.2. Unidade de Cooperação Técnica, Controle e Avaliação
 - 1.4.1.3. Unidade de Operações Especiais⁴
2. Fundo Nacional de Saúde
 - 2.1. Junta Deliberativa
 - 2.2. Departamento Geral de Execução Orçamentária e Financeira⁵
 - 2.3. Departamento Geral de Contabilidade

IV - Órgãos Setoriais

1. Consultoria Jurídica
 - 1.1. Coordenação-Geral de Estudos e Pareceres
 - 1.2. Coordenação-Geral de Atos e Contratos
2. Secretaria de Controle Interno
 - 2.1. Coordenação-Geral de Acompanhamento, Avaliação e Orientação
 - 2.2. Coordenação-Geral de Controle Financeiro
 - 2.3. Coordenação-Geral de Auditoria

1 Inclui o Sistema Nacional de Auditoria e a área de modernização administrativa.

2 Inclui as áreas de informação, informática, comunicação, documentação e educação em saúde.

3 Inclui as áreas de recursos humanos para a saúde, apoio ao desenvolvimento da epidemiologia e desenvolvimento científico e tecnológico.

4 Inclui os serviços de portos, aeroportos e fronteiras; Índio e ações transitórias.

5 Coordena a execução orçamentária e financeira do MS e entidades vinculadas.

3. Secretaria de Administração Geral

- 3.1. Departamento de Execução Orçamentária e Financeira¹
- 3.2. Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde
- 3.3. Departamento de Serviços Gerais

V - Órgãos Específicos

1. Secretaria de Atenção à Saúde

1.1. Sub-secretaria de Assistência

- 1.1.1. Departamento de Sistematização e Normas Operacionais²
- 1.1.2. Departamento de Intercâmbio e Cooperação Técnica a Gestores
- 1.1.3. Departamento de Operações³

1.2. Sub-secretaria de Vigilância

- 1.2.1. Departamento de Vigilância de Agravos à Saúde⁴
- 1.2.2. Departamento de Vigilância de Produtos, Processos e Serviços
- 1.2.3. Departamento de Vigilância Nutricional
- 1.2.4. Departamento de Saneamento e Meio Ambiente
- 1.2.5. Departamento de Operações⁵

2. Secretaria de Regulação

- 2.1. Departamento de Normas Técnicas e Controle de Qualidade⁶
- 2.2. Departamento de Registro de Produtos e Processos
- 2.3. Departamento de Intercâmbio e Cooperação Técnica a Produtores e Gestores
- 2.4. Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde⁷

VI - Entidades Vinculadas

A - Fundações Públicas

1. Fundação de Insumos para a Saúde

- 1.1. Gabinete
- 1.2. Procuradoria-Geral
- 1.3. Auditoria
- 1.4. Assessoria de Planejamento e Orçamento
- 1.5. Departamento de Administração
- 1.6. Departamento de Equipamentos
- 1.7. Departamento de Medicamentos
- 1.8. Departamento de Hemoderivados
- 1.9. Departamento de Imunobiológicos
- 1.10. Departamento de Fomento à Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico⁸

2. Fundação Oswaldo Cruz

- 2.1. Conselho Deliberativo
- 2.2. Gabinete

¹ Atende exclusivamente às ações de execução orçamentária e financeira da administração direta do MS.

² Inclui desenvolvimento de parâmetros e custos e ações transitórias de análise físico-financeira e controle da ordenação financeira.

³ Responsável pela gestão das Unidades a serem descentralizadas da rede FNS, MS e INAMPS; pela saúde do índio e pelas unidades descentralizadas sob contrato de gestão.

⁴ Inclui doenças transmissíveis e não transmissíveis, crônico-degenerativas, saúde bucal e saúde do trabalhador.

⁵ Responsável pelos serviços de portos, aeroportos e fronteiras e pelas atividades a serem descentralizadas na área de doenças endêmicas e saneamento.

⁶ Estruturas, processos e produtos.

⁷ Referência do Sistema Nacional de Controle de Qualidade.

⁸ Inclui as ações de intercâmbio e cooperação técnica a produtores e gestores.

- 2.3. Procuradoria Geral
- 2.4. Auditoria
- 2.5. Assessoria de Planejamento e Orçamento
- 2.6. Departamento de Administração
- 2.7. Casa de Oswaldo Cruz
- 2.8. Escola Nacional de Saúde Pública
- 2.9. Escola de Saúde Pública da Amazônia¹
- 2.10. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
- 2.11. Instituto de Tecnologia e Imunobiológicos
- 2.12. Instituto de Tecnologia em Fármacos
- 2.13. Instituto Oswaldo Cruz
- 2.14. Centro de Pesquisa René Rachou
- 2.15. Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz
- 2.16. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
- 2.17. Instituto Evandro Chagas
- 2.18. Instituto Hélio Fraga
- 2.19. Instituto Fernandes Figueira²

B - Unidades Descentralizadas sob Contrato de Gestão

1. Associação
 - 1.1. Associação das Pionciras Sociais
2. Instituto
 - 2.1. Instituto Nacional do Câncer
3. Sociedades de Economia Mista
 - 3.1. Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A
 - 3.2. Hospital Cristo Redentor S/A
 - 3.3. Hospital Fêmeina S/A

1 Corresponde à transformação da atual Escola de Enfermagem de Manaus.
2 Deverá ser descentralizado.

Anexos

ANEXO I

RESOLUÇÃO Nº 33, DE 23 DE DEZEMBRO DE 1992

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, com base em suas competências regimentais e nas atribuições conferidas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em sua reunião ocorrida em 2 e 3 de dezembro de 1992 e considerando o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com base na Constituição Federal e na legislação supracitada,

RESOLVE:

I - Aprovar o documento "Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde", na forma anexa.

JAMIL HADDAD
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução nº 33, nos termos do Decreto de 12 de novembro de 1991.

JAMIL HADDAD
Ministro da Saúde

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
RECOMENDAÇÕES PARA A CONSTITUIÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DE
CONSELHOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE**

O Conselho Nacional de Saúde, em sua reunião plenária de 2 e 3 de dezembro de 1992, com o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com base na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e na Lei nº 8.142/90 e conforme definições emanadas da 9ª CNS, recomenda as seguintes diretrizes:

1. DEFINIÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Com base na legislação já existente, pode-se definir um Conselho de Saúde como o órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, com composição, organização e competência fixadas em lei. O Conselho consubstancia a participação da sociedade organizada na administração do Sistema de Saúde, propiciando o controle social desse sistema.

2. COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS

A participação comunitária é enfatizada na legislação, tornando os Conselhos uma instância privilegiada na discussão da política de saúde. A legislação também estabelece a composição paritária dos usuários, em relação aos outros segmentos representados. Desta forma, um Conselho de Saúde deverá ser composto por representantes do Governo, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.

Recomenda, ainda, que o número de conselheiros não seja inferior a 10 nem superior a 20 membros. A situação de cada Estado e Município e a discussão com os segmentos que participaram do Conselho levará à melhor definição dessa composição numérica. A representação de órgãos e/ou entidades, que será apresentada, a seguir, como exemplo, poderá sofrer modificações de acordo com a realidade existente em cada Estado, Município e no Distrito Federal, preservando-se, porém, o princípio da paridade em relação aos usuários.

Em relação aos Conselhos Estaduais de Saúde:

- representante(s) do Governo Federal, indicado(s) pelo Ministro de Estado da Saúde e outros Ministérios;
- representante da Secretaria de Saúde do Estado;
- representante(s) das Secretarias Municipais de Saúde;
- representante(s) dos trabalhadores na área da saúde;
- representante(s) de prestadores de serviço de saúde, sendo 50% de entidades filantrópicas e 50% de entidades não filantrópicas.

A representação dos usuários deverá ser composta por:

- representante(s) de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais;
- representante(s) de movimentos comunitários organizados na área da saúde;
- representante(s) de conselhos comunitários, associações de moradores ou entidades equivalentes;
- representante(s) de associações de portadores de deficiências;
- representante(s) de associações de portadores de patologias;
- representante(s) de entidades de defesa do consumidor.

A representação total dos conselhos deve ser distribuída da seguinte forma:

50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (público e privado).

Os representantes dos usuários deverão ser indicados impreterivelmente pelas suas entidades.

Em relação aos Conselhos Municipais de Saúde, propõe-se uma composição semelhante à dos Conselhos Estaduais, adaptada ao Município. Geralmente, não será necessária a presença de representante do Governo Federal, a não ser em casos especiais, que serão definidos localmente. Os usuários terão representação semelhante à dos Conselhos Estaduais. Os outros segmentos deverão ser representantes do Governo Estadual, do Governo Municipal, dos trabalhadores da área da saúde e dos prestadores de serviços de saúde de entidades filantrópicas e não filantrópicas.

Nenhum conselheiro poderá ser remunerado pelas suas atividades, sendo as mesmas consideradas de relevância pública.

3. ESTRUTURA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Os organismos de Governo Estadual e Municipal deverão dar apoio e suporte administrativo para a estruturação e funcionamento dos Conselhos, garantindo-lhes dotação orçamentária.

O Conselho de Saúde deverá ter como órgãos o Plenário ou Colegiado Pleno e uma Secretaria Executiva com assessoria técnica. O Plenário ou Colegiado Pleno será composto pelo conjunto de conselheiros.

Os atos dos Conselhos serão homologados pelo chefe do poder executivo local, podendo esta atribuição ser delegada aos respectivos secretários Estadual e Municipal, conforme o caso.

O Plenário reunir-se-á obrigatoriamente uma vez ao mês e extraordinariamente sempre que necessário, e funcionará baseado em Regimento Interno a ser elaborado e aprovado pelo próprio Plenário. A Secretaria Executiva deverá ser a unidade de apoio ao funcionamento do Conselho de Saúde, secretariando suas reuniões e servindo de instrumento divulgador de suas deliberações, mantendo intercâmbio constante com as unidades

do Sistema Único de Saúde e articulando os entendimentos necessários ao aprimoramento do mesmo. Para tal, deverá contar com pessoal administrativo e pessoal técnico, que funcionará como Assessoria Técnica ao Plenário e mobilizará consultorias e assessoramento por parte das instituições, órgãos e entidades da área de saúde que possam dar suporte e apoio técnico ao Conselho. Os órgãos de Governo Estadual ou Municipal devem prestar apoio, informações e assessoria aos Conselhos de Saúde. As dimensões de cada estrutura da Secretaria Executiva componente do Conselho Estadual ou Municipal de Saúde deverão ser discutidas e definidas caso a caso, para evitar-se superdimensionamento. A Secretaria Executiva está subordinada ao Plenário do Conselho.

O ato de criação do Conselho de Saúde, bem como sua composição, organização, estrutura e competência deverão ser estabelecidos por lei estadual ou municipal, e referendados pelo Poder Executivo correspondente, que nomeará os conselheiros indicados pelos órgãos e entidades. O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno, não devendo coincidir com o mandato do governo Estadual ou Municipal, sugerindo-se que tenha a duração de dois anos, podendo ser reconduzido a critério das respectivas representações (IX Conferência Nacional de Saúde). O Regimento Interno de cada Conselho também definirá o quorum mínimo para o caráter deliberativo das reuniões do Plenário e para as questões de suplência e perda do mandato por faltas não justificadas. Os Conselhos têm autonomia de se autoconvocar. Suas reuniões devem ser abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas pela imprensa.

4. COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Os Conselhos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm algumas competências já definidas nas leis federais e complementadas pelas legislações estaduais e municipais, poderão ainda:

- atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa;
- estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal;
- traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços;
- propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolatividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;
- propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS;
- examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado;
- fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde; propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde;
- fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde;
- estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde;
- propor critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos;

- estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;
- elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;
- estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde, de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;
- outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde e pela IX Conferência Nacional de Saúde.

PORTARIA Nº 579, DE 31 DE MAIO DE 1993

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I, II e IV do Parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e considerando o disposto no Parágrafo único do art. 1º do Decreto nº 809, de 24 de abril de 1993, republicado no Diário Oficial da União de 04 de maio de 1993, resolve:

Art. 1º. Fica criado o Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde - GERAS com a seguinte composição, para, sob a presidência do primeiro, elaborar proposta de reestruturação técnica e administrativa dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, redefinindo suas atribuições, finalidades e competências, com vistas a adequá-los ao Sistema Único de Saúde, conforme o disposto na Constituição Federal, na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990:

1. Secretário de Administração Geral do Ministério da Saúde;
2. 1 (um) representante da Secretaria -Executiva;
3. 1 (um) representante do Gabinete do Ministro;
4. 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância Sanitária;
5. 1 (um) representante da Secretaria de Assistência à Saúde;
6. 1 (um) representante da Central de Medicamentos;
7. 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz;
8. 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde;
9. 1 (um) representante do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição;
10. 1 (um) representante do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social;
11. 1 (um) representante da Federação das Entidades dos Trabalhadores do Ministério da Saúde;
12. 1 (um) representante da Federação Nacional das Associações de Servidores da Previdência Social;
13. 1 (um) representante do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;
14. 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde;
15. 1 (um) representante do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
16. 1 (um) representante do Grupo Especial para a Descentralização;
17. 1 (um) representante da Secretaria de Administração Federal da Presidência da República.

§ 1º. A Secretaria de Controle Interno e a Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde serão representadas no Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde - GERAS pelo Secretário de Administração Geral.

§ 2º. O Presidente do Grupo Executivo de que trata este artigo poderá, quando necessário, convocar dirigentes e técnicos de órgãos e entidades do Ministério da Saúde para participarem das reuniões do GERAS.

Art. 2º. O Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde - GERAS poderá, na forma da legislação vigente:

- I - requisitar servidores dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, sem prejuízo dos vencimentos, direitos e vantagens a que façam jus;
- II - recrutar pessoal especializado, técnico, administrativo e auxiliar;
- III - atribuir a pessoas, empresas e organizações idôneas a prestação de serviços técnicos administrativos.

Art. 3º. A proposta final de reestruturação técnica e administrativa dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, elaborada pelo Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde - GERAS, será submetida ao Conselho Nacional de Saúde e, posteriormente, à Secretaria da Administração Federal da Presidência da República.

Art. 4º. Fica aprovado, na forma do Anexo I desta Portaria, o regulamento do Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde - GERAS.

Art. 5º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º. Revogam-se as disposições em contrário.

JAMIL HADDAD

ANEXO I

REGULAMENTO DO GRUPO EXECUTIVO DA REFORMA ADMINISTRATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - GERAS

CAPÍTULO I

Da Finalidade

Art. 1º. O Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde - GERAS tem por finalidade elaborar proposta de reestruturação técnica e administrativa dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, redefinindo suas atribuições, finalidades e competências, com vistas a adequá-los ao Sistema Único de Saúde, conforme o disposto na Constituição Federal, na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

CAPÍTULO II

Da Organização do Grupo

Seção I

Composição

Art. 2º. O Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde - GERAS tem a seguinte composição:

1. Secretário de Administração Geral do Ministério da Saúde;
2. 1 (um) representante da Secretaria -Executiva;
3. 1 (um) representante do Gabinete do Ministro;
4. 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância Sanitária;
5. 1 (um) representante da Secretaria de Assistência à Saúde;
6. 1 (um) representante da Central de Medicamentos;
7. 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz;

8. 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde;
9. 1 (um) representante do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição;
10. 1 (um) representante do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social;
11. 1 (um) representante da Federação das Entidades dos Trabalhadores do Ministério da Saúde;
12. 1 (um) representante da Federação Nacional das Associações de Servidores da Previdência Social;
13. 1 (um) representante do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;
14. 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde;
15. 1 (um) representante do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
16. 1 (um) representante do Grupo Especial para a Descentralização;
17. 1 (um) representante da Secretaria de Administração Federal da Presidência da República.

Art. 3º. O GERAS será presidido pelo Secretário de Administração Geral do Ministério da Saúde.

Art. 4º. O Presidente, em suas faltas ou impedimentos, será substituído pelo representante da Secretaria Executiva no GERAS.

Seção II

Funcionamento

Art. 5º. O GERAS reunir-se-á, ordinariamente, duas vezes por mês, durante a vigência do prazo de noventa dias estabelecido no Parágrafo único do Art. 3º do Decreto nº 809, de 24 de abril de 1993, publicado no Diário Oficial da União de 04 de maio de 1993, e extraordinariamente, por convocação do Presidente.

Art. 6º. O GERAS, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

Art. 7º. Para a consecução de suas finalidades, o GERAS deliberará sobre propostas de:

- I - reorganização, fusão, extinção ou adequação de órgãos e entidades do Ministério da Saúde;
- II - estrutura regimental, estatutos e regimentos internos;
- III - quadros de funções de confiança;
- IV - diretrizes para a organização de quadros de lotação ideal;
- V - diretrizes para a organização de cargos, carreiras e salários dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde;
- VI - atos normativos jurídico-administrativos;
- VII - documentos de natureza técnico-política.

Seção III

Atribuições dos Membros do Grupo

Art. 8º. Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades do GERAS.

Art. 9º. Aos membros do GERAS incumbe:

- I - participar das atividades do GERAS, contribuindo com subsídios técnicos, políticos e administrativos para a consecução de suas finalidades;
- II - planejar, coordenar e executar, no que couber, processos de mudança no âmbito dos órgãos e entidades que representam no GERAS;
- III - realizar outras tarefas que lhes forem determinadas pelo Presidente do GERAS.

SANTILLO GARANTE A REFORMA ADMINISTRATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Presidindo a 17ª Reunião do GERAS, o Ministro Henrique Santillo determinou a continuidade do processo de Reforma Administrativa do Ministério da Saúde e estabeleceu que o Seminário de Desenvolvimento Institucional ocorrerá no período de 4 a 6 de outubro de 1993.

As reuniões internas e a elaboração de sínteses, etapas fundamentais do processo, deverão ocorrer no âmbito de cada órgão/entidade até o dia 1º de outubro de 1993, para discussão e aperfeiçoamento do "Documento Básico do GERAS".

O novo cronograma de trabalho do GERAS, reprogramado em sua 17ª reunião, é o seguinte:

ATIVIDADES/EVENTOS	DATAS PERÍODO	RESPONSÁVEIS
Reuniões internas nos órgãos e entidades (incluem a elaboração de sínteses)	27/08 a 1/10	Representantes de órgãos e entidades no GERAS
Reunião de avaliação com o Ministro da Saúde	24/09	GERAS
Seminário de Desenvolvimento Institucional	4, 5 e 6/10	1º Escalão, GERAS, GED e Conselheiros do Conselho Nacional de Saúde
Sistematização das conclusões do Seminário, elaboração dos diplomas legais e remontagem dos subsídios para a Política e o Modelo	7/10 a 10/10	Subgrupo do GERAS, ouvido o Ministro da Saúde
Envio formal dos diplomas legais e dos subsídios para a Política e o Modelo ao Conselho Nacional de Saúde	11/10	Ministro da Saúde
Apreciação dos diplomas legais e dos subsídios para a Política e o Modelo, pelo Conselho Nacional de Saúde	13/10 e 14/10	Conselheiros
Sistematização das propostas do Conselho Nacional de Saúde e alteração dos subsídios para a Política, o Modelo e os diplomas legais	15/10	Subgrupo do GERAS, ouvido o Ministro da Saúde
Envio dos documentos à SAF	18/10	Ministro da Saúde
Apreciação da SAF, elaboração da Exposição de Motivos Conjunta MS/SAF e envio ao Presidente da República	19/10 a 22/10	Ministro da Saúde e Ministro Chefe de SAF
Reservado ao Palácio do Planalto	23/10 a 27/10	Cass Civil da Presidência da República
Envio de Mensagem ao Congresso Nacional com o respectivo Projeto de Lei	(*) 28/10	Presidente da República

(*) Prazo limite estabelecido no art. 13 da Lei nº 8.689, de 28/7/93

Comissão Executiva do GERAS
Espanhada dos Ministérios, Bloco G, 4ª andar, Sala 431
CEP 70068-960 - Brasília, DF
Fones 316-2220 / 315-2519
FAX - (061) 228-1891



Organização Administrativa

Seção I

Estrutura

Art. 10. O GERAS disporá da seguinte estrutura, diretamente subordinada ao seu Presidente:

- I - Comissão Executiva;
- II - Comissão Consultiva.

§ 1º - A Coordenação de Modernização, da Coordenação-Geral de Modernização e Informática, da Secretaria de Administração Geral do Ministério da Saúde, funcionará como Comissão Executiva do GERAS.

§ 2º - A Comissão Consultiva será subdividida em subcomissões técnicas especializadas, principalmente nas áreas de organização e métodos, recursos humanos, saúde pública e direito sanitário.

Art. 11. A Comissão Executiva e a Comissão Consultiva serão dirigidas por Coordenadores, cujos atos de designação serão expedidos pelo Presidente do GERAS.

Seção II

Competência das Unidades

Art. 12. A Comissão Executiva compete prestar o apoio administrativo necessário à consecução das finalidades do GERAS.

Art. 13. À Comissão Consultiva compete assessorar o Presidente do GERAS nos assuntos relativos à organização e métodos, recursos humanos, saúde pública e direito sanitário.

CAPÍTULO IV

Disposições Gerais

Art. 14. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente regulamento serão solucionados pelo Presidente, ad referendum do Ministro de Estado da Saúde.



GERAS
Cronograma de Atividades
Reprogramado na 17ª Reunião realizada
em 10/09/93

ATIVIDADES / EVENTOS	DATAS/ PERIODOS	RESPONSÁVEIS
Reuniões Internas nos órgãos e entidades (Incluem a elaboração de sínteses)	27/08 a 1/10	Representantes de órgãos e entidades no GERAS
Reunião de avaliação com o Ministro da Saúde	24/09	GERAS
Seminário de Desenvolvimento Institucional	4, 5 e 6/10	1o. Escalão, GERAS, GED e Conselheiros do Conselho Nacional de Saúde
Sistematização das conclusões do Seminário, elaboração dos diplomas legais e remontagem dos subsídios para a Política e o Modelo	07/10 a 10/10	Subgrupo do GERAS, ouvido o Ministro da Saúde
Envio formal dos diplomas legais e dos subsídios para a Política e o Modelo ao Conselho Nacional de Saúde	11/10	Ministro da Saúde
Apreciação dos diplomas legais e dos subsídios para a Política e o Modelo pelo Conselho Nacional de Saúde	13/10 e 14/10	Conselheiros
Sistematização das propostas do Conselho Nacional de Saúde e alteração dos subsídios para a Política, o Modelo e os diplomas legais	15/10	Subgrupo do GERAS, ouvido o Ministro da Saúde
Envio dos documentos a SAF	18/10	Ministro da Saúde
Apreciação da SAF, elaboração da Exposição de Motivos Conjunta MS/SAF e envio ao Presidente da República	19/10 a 22/10	Ministro da Saúde e Ministro Chefe da SAF
Reservado ao Palácio do Planalto	25/10 a 27/10	Casa Civil da Presidência da República
Envio de Mensagem ao Congresso Nacional com o respectivo Projeto de Lei	(*) 28/10	Presidente da República

(*) Prazo limite estabelecido no art. 13 da Lei nº 8.689, de 28/07/93.