

fundap

Fundação do Desenvolvimento Administrativo

DOCUMENTOS DE TRABALHO

Política
de Saúde
CX. 2

**PERSPECTIVAS INSTITUCIONAIS
DA DESCENTRALIZAÇÃO NA SAÚDE**



DT/24 São Paulo, março de 1988

CENTRO DE ESTUDOS E PROJETOS EM ESTRUTURA
E COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL

Gerente: Maximino Loschiavo de Barros

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO – FUNDAP, São Paulo.
Perspectivas institucionais da descentralização na saúde. São Paulo, 1988.
(Documentos de Trabalho, 24).

CDD (18ª) 350.840981
361.60981
614.0981

A Série Documentos de Trabalho é uma publicação aberta às mais diversas tendências e pontos de vista. Assim, os artigos e resenhas são de exclusiva e única responsabilidade dos autores.



fundap

Fundação do Desenvolvimento Administrativo

DOCUMENTOS DE TRABALHO

**PERSPECTIVAS INSTITUCIONAIS
DA DESCENTRALIZAÇÃO NA SAÚDE**

Coordenação
Hadjimu Miyashita

Técnicos
Maria Helena de Castro Lima
Rose Marie Inojosa

DT/24 São Paulo, março de 1988



ÍNDICE

Apresentação	3
1 – Perspectivas Institucionais da Descentralização na Saúde	4
1.1 – Introdução	4
1.2 – A emergência de propostas alternativas para o setor saúde	5
1.3 – As concepções de Sistema de Saúde	10
1.4 – A implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde	14
1.5 – Alternativas de Reorganização Institucional do Setor	19
2 – Os Distritos Sanitários	28
Referências Bibliográficas	35

APRESENTAÇÃO

Este texto é resultante do esforço de organização de um conjunto de informações obtidas e analisadas durante projetos de consultoria realizados pela FUNDAP na área da saúde. Tem como preocupação básica permitir reflexões posteriores, de modo que as experiências não se esgotem nos produtos/relatórios específicos de cada contrato.

Ainda que não coloque uma discussão original para o setor, a publicação deste trabalho se justifica pela possibilidade de oferecer subsídios aos que atuam na área da saúde, e que estão construindo na prática sua reorganização.

O texto está dividido em duas partes. A primeira – “Perspectivas Institucionais da Descentralização na Saúde” – parte das concepções alternativas para reorganização do setor, discute alguns aspectos da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e busca identificar hipóteses sobre os rumos desse processo.

Na segunda parte – “Os Distritos Sanitários” – discute-se mais detalhadamente a distritalização, considerada como a base das propostas técnicas de reorganização do setor em ambas as suas versões.

Cabe acrescentar ainda que, sendo o debate abordado nesse texto marcado pela busca de uma estrutura organizacional para o setor, está-se deixando de discutir uma série de questões absolutamente importantes para a montagem de um sistema diferenciado de atenção à saúde. Entre elas, vale destacar, em particular, a questão das práticas médicas e da participação da população na definição da forma e conteúdo dessas práticas.

Este trabalho teve como subsídio, além da bibliografia indicada, as discussões e “papers” produzidos por técnicos e consultores alocados em projetos da FUNDAP relacionados com o setor saúde: Adriana Azevedo Pannunzio, Cláudia Ferreira Mac Dowell, Danilo Gimenez, Edson Mamoru Tamaki, Gilberto de Mesquita Sampaio, Gonzalo Vecina Neto, José Roberto Leme, Lia Chagas Abuassi, Lucas de Lima Neto, Maria Eduarda Araújo Guimarães, Maria Helena de Castro Lima, Marilson Alves Gonçalves, Naotaka Chinen, Oswaldo Yoshimi Tanaka, Ricardo Sales Nemer, Rose Marie Inojosa e Sandra Inês Baraglio Granja.

1 – PERSPECTIVAS INSTITUCIONAIS DA DESCENTRALIZAÇÃO NA SAÚDE

1.1 – INTRODUÇÃO

A busca de solução para a questão da saúde no Brasil tem se orientado pela constituição de uma estrutura conceitual e operacional para a concretização de um Sistema Nacional de Saúde, cujas bases foram lançadas na Lei nº 6.229, de 17/07/75, embora este não tenha sido colocado em prática até o momento.

De um modo geral, essa busca tem sido, ainda, a geradora de dois grandes movimentos conduzidos por especialistas (técnicos da área da saúde) que atuam no setor público e políticos envolvidos com o setor.

O primeiro movimento está relacionado com a procura de uma concepção básica para o novo Sistema Nacional de Saúde, concepção esta entendida como um conjunto de políticas e diretrizes de estruturação institucional, acompanhadas por uma filosofia de oferta universalizada de serviços de saúde no País. A concepção gerada por tal movimento é conhecida como Sistema Único de Saúde.

O segundo movimento é o resultado de articulações políticas que embora, em tese, procurem convergir para a concepção básica de Sistema Nacional de Saúde, perseguida pelo primeiro movimento, tem-se caracterizado por construir soluções transitórias ou intermediárias em direção a essa concepção básica.

É interessante notar, acerca desses dois movimentos, que os atores neles envolvidos não atuam necessariamente de forma exclusiva em um dado movimento. Isto é, pode-se encontrar um mesmo ator defendendo a concepção básica de um Sistema Nacional de Saúde e, ao mesmo tempo, articulando-se em direção a uma solução transitória ou intermediária desse sistema, com uma convicção clara de que o resultado dessa solução conduz às características desejáveis da concepção básica do Sistema Nacional de Saúde que defende.

Pode-se acrescentar, nesse sentido, que o primeiro movimento consolida uma proposição teórica, concebida dentro de parâmetros ideais de organização do setor. Já o segundo movimento, por ser resultado da prática e da inserção institucional dos atores, imprime um caráter diferenciado à concepção que, para ser implementada, tem que levar em conta contextos políticos e econômicos específicos, e por vezes, restritivos.

Assim, a busca de uma concepção básica para o Sistema Nacional de Saúde – que caracteriza o primeiro movimento – nasceu no bojo (e sob a influência) de processos sócio-políticos mais abrangentes, tendo se consolidado de forma definitiva na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na formação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária.

Segundo essa concepção, o processo de reforma do setor saúde deveria se orientar no sentido de garantir o cumprimento de duas diretrizes básicas:

- que o Sistema de Saúde no Brasil fosse único, acabando com a divisão entre assistência médica previdenciária e demais serviços públicos de saúde;
- que o Sistema de Saúde no Brasil respeitasse os princípios
 - . da universalidade do atendimento
 - . da integralidade da atenção
 - . da regionalização e hierarquização dos serviços
 - . da territorialidade e descentralização das ações de saúde
 - . da continuidade da atenção
 - . da interinstitucionalidade
 - . da intersetorialidade
 - . do controle social do sistema de saúde

Caminhar em direção ao cumprimento dessas diretrizes de concepção tem sido uma tarefa de muitos desafios. Para os agentes institucionais, em particular, a vontade política, o compromisso social com a busca de soluções para o setor e a pressão da demanda acabam por precipitar concepções de sistemas de saúde que não guardam, diretamente, relações com a concepção de Sistema Único de Saúde. Caracteriza-se, aqui, o segundo movimento dentro do setor saúde a que nos referimos.

Uma dessas concepções é o chamado SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde –, cujo objetivo é o de integrar instituições que desenvolvem ações de saúde no mesmo nível de governo, "reorganizando" a pluralidade institucional, sem deixar de considerar as especificidades que caracterizam as regiões.

A concepção do SUDS, regulamentada como programa pelo Decreto nº 94.657, de 20/07/87, é colocada como um caminho estratégico em direção à concepção básica do Sistema Único de Saúde. No entanto, materializado na forma de convênios entre a União, unidades federadas e municípios, o programa SUDS constitui-se em um movimento que poderá convergir para a concepção que o fundamenta, ou, ainda, caminhar para um outro sistema de saúde, diferenciado dos dois até agora apontados: o SUDS – concepção – e o Sistema Único de Saúde.

A figura 1 ilustra a evolução das concepções de sistemas de saúde, buscando identificar os processos acima citados.

Este trabalho tem como objetivo discutir as características e condicionantes relativas aos sistemas de saúde hoje em discussão e implantação no País. O capítulo 1.2 busca descrever, em traços gerais, o contexto histórico no qual se formaram as concepções em questão.

O capítulo 1.3 trata do conteúdo básico das concepções do Sistema Único de Saúde e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, apontando suas principais características e semelhanças.

No capítulo 1.4, discute-se a experiência de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, buscando apontar alguns problemas que emergem nesse processo.

Por último, tratar-se-á de discutir alguns cenários alternativos, construídos a partir de hipóteses sobre os rumos que poderá tomar o movimento em direção a um Novo Sistema Nacional de Saúde.

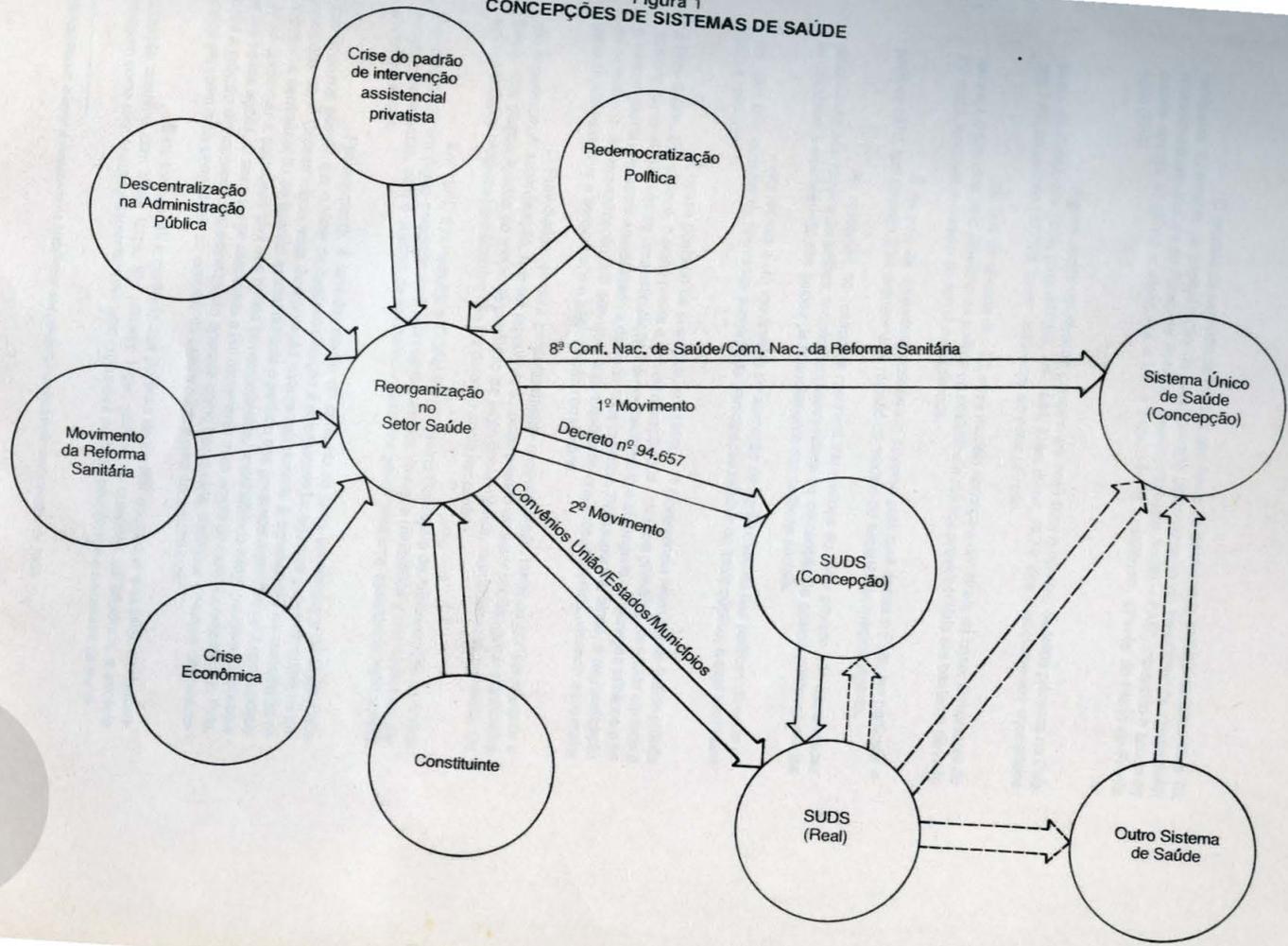
1.2 – A EMERGÊNCIA DE PROPOSTAS ALTERNATIVAS PARA O SETOR SAÚDE

A proposta deste capítulo é discutir como, dentro da área da saúde, surgem as duas propostas de reorganização do setor: o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Após a reorganização do complexo previdenciário que culmina com a criação do SINPAS em 1978, e da montagem de programas que visavam expandir as ações de saúde e assistência médica no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social ¹, no final da década dos 70, novos fatores redirecionam as orientações até então imprimidas à assistência médica.

¹ PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento)
PRONAN (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição)
PPA (Plano de Pronta Ação)

Figura 1
CONCEPÇÕES DE SISTEMAS DE SAÚDE



O modelo de assistência médica que havia se conformado durante os anos 60 e 70, baseou-se fortemente na capitalização do setor privado (financiamento de investimentos desse setor operacionalizado através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS), mantendo o aporte de custeio através do MPAS e aliando-se a isto a expansão da assistência, através do Plano de Pronta Ação (PPA).

Alguns dados estatísticos comprovam esse fato: o número de leitos privados no País passa de 74943, em 1969, para 348255, em 1984. Além disso, 79,7% dos financiamentos concedidos pelo FAS, no período 1977/78, foram destinados ao setor privado.

No final da década dos 70, esse modelo começa a dar sinais de crise. O montante de recursos dispendido pelo Governo na política de assistência médica previdenciária era bastante elevado até então, tendendo a crescer de forma desordenada.

É no bojo da conjuntura econômica adversa pela qual passa o País, em particular a partir de 1979, que começa a se delinear uma revisão do modelo de assistência médica vigente.

As restrições no volume de recursos transferidos ao setor privado são demandadas pelas novas orientações da política econômica (necessidade de contenção de gastos públicos) aliadas às dificuldades de expansão dos fundos de financiamento das políticas sociais.

Isto remete a um movimento de alteração do perfil privatista das políticas de corte social, sem que, no entanto, houvesse aumento da participação relativa do setor público, a qual tende também a retrair-se.

É nesse contexto de crise que, em 1980, a 7ª Conferência Nacional de Saúde propõe o Prev-Saúde. Em síntese, o plano previa a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional, através de uma articulação interinstitucional que abranjeria os serviços públicos e os privados, desde que estes atendessem a determinados critérios. Pressupunha, ainda, a regionalização da assistência, a hierarquização dos serviços, a padronização dos procedimentos, visando a um maior controle administrativo e financeiro, e a participação comunitária.

O Prev-Saúde, embora conceitualmente bem-elaborado, terminou por ser rejeitado e não implantado. A subordinação, que ele propunha, do setor privado ao setor público gerou significativa reação dos grupos ligados ao modo de produção da assistência médica, marcadamente privatista. Os setores políticos progressistas também não lhe deram o apoio necessário.

Em 1981, é constituído o CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária), um órgão colegiado com representantes dos diversos ministérios e dos sindicatos patronais e trabalhistas, com o objetivo de estabelecer diretrizes gerais para uma assistência médica mais eficiente e eficaz.

Paralelamente, é também dentro do contexto de crise econômica e de legitimidade dos governos pós-64 que o tema da descentralização é incorporado às agendas governamentais na década dos 80.² Grosso modo, esta incorporação esteve relacionada à constatação da ineficiência da excessiva centralização do aparato estatal durante o período dos governos autoritários e à necessidade de se aproximar a sociedade civil das ações governamentais, possibilitando maior margem de controle sobre essas ações. O tema surge associado a um movimento mais amplo de redemocratização do País, onde a relação democracia/descentralização aparece como necessária, dado que sistemas descentralizados parecem mais permeáveis ao controle da esfera pública pela sociedade civil.

É na formulação e gerência das políticas de caráter social que a questão da descentralização aparece com maior força. Em primeiro lugar, porque as questões da eficiência e eficácia emergem como elementos fundamentais em uma conjuntura de crise econômica e escassez de servi-

² Em particular, o tema é destacado na plataforma dos governos de oposição nas eleições de 1982.

ços. Além disso, dentro de uma perspectiva de legitimação das ações de governo, as políticas sociais, dada sua relação mais direta com as demandas da população, se prestariam melhor ao exercício do controle dessas ações por parte da sociedade.

No setor saúde, a diretriz de descentralizar começa a aparecer com mais clareza no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, elaborado pelo CONASP. Este plano, aprovado pelo MPAS em 23/08/82, diagnosticava uma série de graves distorções no quadro de assistência médica prestada pelo setor público como um todo, as quais decorriam, principalmente, da existência de três fatores:

- a completa descoordenação existente entre as diversas instituições responsáveis pelas ações de saúde, o que ocasionava paralelismo de ações, duplicidade de gastos, subutilização dos serviços, distribuição geográfica ineficiente dos equipamentos etc.;
- o sistema de remuneração do INAMPS baseado no pagamento por produção de serviços que dava margem a distorções (superfaturamento devido à fraudes, procedimentos desnecessários etc.), inclusive em relação aos dados relativos à demanda por serviços médicos, impossibilitando a execução de um orçamento confiável e gerando descontrolado administrativo e financeiro;
- a inexistência de uma política de recursos humanos (ausência de planos de carreiras, baixos salários etc.) gerava problemas bastante sérios, dentre os quais destacavam-se o elevado absentelismo, despreparo técnico etc.

Em face desse diagnóstico, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social propunha a regionalização progressiva do sistema de saúde, planejado e coordenado por uma comissão paritária integrando o MPAS, o MS e a Secretaria Estadual de Saúde em cada estado.

Enfatizava a necessidade de planejamento em nível local, hierarquizando os serviços de saúde, públicos e privados, de acordo com sua complexidade, com mecanismos de referência e contra-referência. Priorizava as ações básicas de saúde, com destaque para a assistência primária e ambulatorial.

Entre outras medidas, o plano propunha ainda a implantação de uma política de valorização dos recursos humanos e a adoção do sistema de pagamento por procedimento, aliado à introdução de novos mecanismos de auditoria técnica.

Na prática, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social assumiu características principalmente desconcentradoras e racionalizadoras, retomando diretrizes já contidas no Prev-Saúde, no sentido de reduzir o nível de gasto do complexo previdenciário³, utilizando crescentemente a rede pública e propondo reorganizar a forma de prestação de serviços médicos.

O que se pode inferir desse movimento é que as fortes pressões pela redemocratização do País e a crise do sistema previdenciário abriram espaço para várias das propostas de segmentos progressistas na área da saúde. Nesse sentido é que o Plano de Reorientação do CONASP permite duas leituras: uma de implementação de uma política de contenção de gastos da Previdência com assistência médica, promovendo a racionalização e a desconcentração administrativas; outra de elemento propulsor de uma mudança mais profunda no modelo de assistência médica em direção a um Sistema Único de Saúde.⁴

No que tange à construção de um novo modelo de assistência médica, o plano em questão abria novos espaços para propostas de descentralização, integralidade (superação da dicotomia entre ações preventivas e curativas), universalização do atendimento e integração interinstitucional.

3 Mudança na forma de pagamento do setor privado contratado pelo INAMPS: da produção por unidade de serviço ao custo médio dos procedimentos.

4 Belaciano, Mourad Ibrahim, 1987.

Nesse sentido, inicia-se em 1983 a implantação de uma das principais propostas do CONASP – o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) – materializado através de convênios interinstitucionais entre o INAMPS/MPAS e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. No ano seguinte são incorporados, ao PAIS, os Ministérios da Saúde e da Educação. Como principais instâncias gestoras do programa são formados órgãos colegiados nos vários níveis de governo: CIPLAN (federal), CIS (estadual), CRIS (regional), CIMS (municipal) e CLIS (local).

Em 1985, uma portaria interinstitucional MS/MPAS/MEC, de 07 de julho, ratificava a estratégia das Ações Integradas de Saúde, para reorganização do setor, destacando as diretrizes de integração interinstitucional, participação e controle social, descentralização e universalização do atendimento. Reiterava, também, o entendimento de que as AIS dizem respeito a todas as ações de saúde exercidas a nível de cada unidade federada, incluídas as do setor privado contratado, conveniado e credenciado, além de reafirmar o papel dos vários níveis de gestão.

O momento político pelo qual passa o País impulsionará o desenvolvimento das AIS, bem como o debate e novas proposições para o setor. A Nova República marca a possibilidade de aprimoramento das concepções já existentes, assim como de emergência de concepções diferenciadas para a reorganização da intervenção do Estado na área social. Nesse sentido, vale lembrar que:

- a questão social ganha peso na agenda governamental, sendo visto como fundamental o resgate da "dívida social acumulada" nos anos de governo autoritário;⁵
- o processo de elaboração de uma nova Constituição para o País abre oportunidade e faz emergir diferentes propostas e concepções de organização das várias áreas ou setores de intervenção estatal.

Dentro de uma perspectiva estratégica para a montagem de um sistema único de saúde, as Ações Integradas de Saúde se desenvolvem nos de 1985 e 1986, sendo que os convênios nesses anos atingiam um número significativo de estados e municípios.

Não obstante, recaem sobre as AIS críticas constantes de que o INAMPS mantinha com o setor público uma relação de compra e venda de serviços de saúde, o que, comprometendo uma objetiva integração institucional, dificultava, em última instância, a montagem do sistema único de saúde.

Aliado a esse fato, a preocupação dos Ministros da Previdência e Assistência Social – Waldir Pires e Raphael de Almeida Magalhães – com a recuperação da credibilidade do sistema previdenciário e com a eficiência desse sistema, contribui para deflagrar, dentro do INAMPS, um movimento de redefinição de seu papel no setor saúde.

Nesta redefinição, o INAMPS deixaria de exercer, total ou parcialmente, atividades de prestação de serviços, o que implicaria a redefinição dos papéis das instâncias de governo estadual e municipal, restando a discussão da abrangência desse movimento:

- transferência das atividades de prestação direta de serviços (hospitais e Postos de Assistência Médica do INAMPS) e/ou transferência das atividades de prestação indireta dos serviços (compra de serviços dos setores privado e filantrópico, através de contratos e convênios);
- transferência de tais atividades para as secretarias de estado e/ou para as secretarias municipais de saúde.

É neste contexto que se monta a concepção de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), pensado – assim como as Ações Integradas de Saúde – como estratégico para a montagem de um sistema único.

5 Ver 1º Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (1º PND – NR) – 1986/1989; e Programa de Prioridades Sociais para 1985.

Antes de abordar a experiência de implementação do SUDS hoje em curso, far-se-á uma breve descrição dos dois sistemas em questão: o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

1.3 – AS CONCEPÇÕES DE SISTEMA DE SAÚDE

Como foi visto anteriormente, é no decorrer do período que marcou a crise do regime autoritário e a redemocratização do País que emergem as duas principais concepções de sistema de saúde hoje presentes no debate brasileiro acerca da reorganização do setor: Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Ambas as concepções, que se contrapõem ao atual "Sistema Nacional de Saúde", plural e desintegrado, têm por base a montagem de um sistema que, além de imprimir eficiência e eficácia às ações desenvolvidas pelo Estado na área de saúde, consolide os princípios da universalização, integração interinstitucional, hierarquização, integralidade e regionalização.

Tanto o SUS como o SUDS apontam para uma redefinição das competências dos órgãos responsáveis pelo setor saúde nas três esferas de governo, reservando espaços diferenciados para a atuação dos níveis central (esfera federal), estadual e municipal. A descentralização das ações de saúde, entendida como processo gradual e que pode atingir diferentes níveis, é postulada, ainda, pelas duas concepções em questão. (6)

Vale dizer, desde logo, que a concepção de Sistema Único de Saúde, formulada tecnicamente pelos técnicos do setor e resultado de anos de reflexão e prática na área da saúde, aparece nos documentos produzidos como uma concepção mais consistente, notadamente a partir de 1986, quando realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Embora existam aspectos que ainda necessitam de maior clarificação, o grau de elaboração da concepção e sua coerência interna permitiram a formulação de uma proposta de reorganização do setor, aprovada a nível da Comissão de Sistematização da Assembléia Nacional Constituinte.

Emergindo como programa governamental, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, diferentemente do SUS, aparece como estratégico e de transição. Nesse sentido, a concepção em si é menos amarrada, contemplando certas indefinições inerentes a um processo cuja implantação é planejada para ser progressiva, obedecendo às conjunturas políticas mais favoráveis. Aprovado na forma de um decreto-lei, o SUDS é apontado, ainda, como uma transição para o Sistema Único de Saúde.

Isto posto, veja-se as duas concepções em questão.

1.3.1 – O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde tem sido colocado como o objetivo a ser atingido dentro do setor saúde, segundo um movimento que se denominou reforma sanitária. Esse movimento se legitima nacionalmente a partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi constituída a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, através de Portaria Interministerial assinada pelos Ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação.

Segundo documentos elaborados por essa Comissão, o processo de reforma do setor saúde deveria se orientar no sentido de criar um sistema único de saúde que respeitasse os princípios da universalidade, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, territorialidade, descentralização das ações de saúde, continuidade da atenção, interinstitucionalidade, intersetorialidade e controle social do sistema de saúde. Esse sistema supõe a criação de um organismo novo de nível federal e a montagem de novos arcabouços institucionais nas esferas estadual e municipal de governo, viabilizando o comando único nas três esferas.

6 Entende-se, neste texto, por descentralização o movimento de transferência de poder, ou melhor, de recursos de poder de um pólo central à periferia de um sistema/organização.

Baseado nesses princípios, o sistema único tem como características fundamentais:

- O nível federal será o responsável pela formulação da política nacional de saúde; pela organização do Sistema Nacional de Saúde; pela normatização e regulamentação das ações de saúde e do relacionamento entre o setor público e o setor privado; pela gestão direta de serviços considerados estratégicos ou de referência nacional; e pela execução de programas emergenciais e atividades que extrapolem as possibilidades das unidades federadas.
- O nível estadual será responsável pela implementação e avaliação da política nacional de saúde nos estados; pela elaboração do plano diretor de saúde que regulará e orientará o funcionamento do subsistema estadual de saúde; pela compatibilização das normas e diretrizes do nível federal; e pela execução de serviços de abrangência estadual e regional, ou que extrapolem as possibilidades dos municípios/distritos sanitários.
- O nível municipal/distrital será responsável pelo sistema municipal de saúde e terá como responsabilidade a gestão dos serviços básicos de saúde. O aspecto considerado essencial é que os serviços estejam voltados para a população local, independentemente de qual seja a instituição responsável por essa prestação, município ou distrito.
- O distrito sanitário deverá constituir a unidade periférica de base para a reestruturação do sistema de saúde. Os distritos deverão ter um gestor único que executará diretrizes, dadas por instâncias colegiadas, e operará instrumentos de programação físico-financeira e de orçamentação integrados, dispondo de recursos gerenciais para autorizar a execução financeira em seu nível de atuação.
- Instâncias colegiadas de decisão são postuladas pelo fato de existirem vários prestadores de serviços de saúde. Contando com participação dos níveis federal, estadual e municipal, dos prestadores não-públicos de serviços e da população, através de seus organismos de representação, as instâncias colegiadas visam garantir a coordenação das ações dos diversos prestadores.
- A integração, a nível gerencial, das diversas redes de serviços será garantida pelas instâncias inter-institucionais e pela elaboração, na base do sistema, da programação e orçamentação integradas, apontando na direção de um ordenador único de despesas e da gestão unificada.

Observa-se, a partir dessas características básicas, que o sistema único supõe um processo de transferência de responsabilidade gerencial pelos equipamentos e programas de saúde para os níveis periféricos do sistema: municípios e/ou distritos sanitários. A existência de órgãos colegiados, com maior representação do nível local relativamente ao nível federal, e do gestor único reforça essa responsabilidade.

Cabe notar ainda que a concepção coloca a responsabilidade pela atenção básica ao nível municipal e/ou distrital indistintamente. A inexistência de uma definição mais explícita sobre tal assunto, por um lado, impossibilita uma visão clara da inserção dos distritos no sistema, bem como das inter-relações que este manterá com os demais níveis de administração do sistema. Por outro lado, a não-clarificação permite considerar melhor a pluralidade de situações, sendo mais ampla a possibilidade de utilização de formas diferenciadas de organização dos serviços de saúde, respeitando as especificidades regionais e locais.

Um outro aspecto a considerar diz respeito à manutenção da centralização no que tange ao planejamento global das ações. O nível federal, através de um organismo único, definirá a Política Nacional de Saúde, cabendo aos estados (Unidades da Federação) planejar, executar e avaliar sua implementação e elaborar um plano de saúde que regule e oriente o subsistema de saúde em nível estadual. A subordinação dos planos estaduais e municipais de saúde a um plano diretor nacional sugere a centralização no nível federal do processo decisório da política global de saúde, como forma de garantir certa homogeneidade das condições sanitárias do País.

Por outro lado, é de se esperar que a pluralidade de prestadores públicos de serviços, sendo a maioria vinculada ao nível federal, e a concentração das atividades orçamentárias no âmbito da União, reforcem temporariamente o planejamento global e os controles centralizados nessa esfera de governo.

1.3.2 – O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

Um sistema unificado caracteriza-se pela pluralidade de sistemas adaptados às respectivas realidades locais, mas possuindo, todos eles, pontos comuns de agregação que permitam a sua unificação em um sistema maior. Esses pontos de agregação devem ser compatíveis com as funções a serem desenvolvidas por esse sistema maior.

A função desse sistema mais amplo seria a de corrigir as distorções, reduzir as desigualdades, promover um desenvolvimento equilibrado dentro da sua área de ação, fornecer serviços e desenvolver ações que extrapolem a capacidade ou a possibilidade de ação dos sistemas locais.

É dentro desse conceito geral que deve se inserir o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, criado através do Decreto nº 94.657, de 20/07/87, com o objetivo de “consolidar e desenvolver qualitativamente as AIS”.⁷

De acordo com a exposição de motivos desse decreto, que propõe a redefinição das atribuições dos três níveis federativos, a concepção básica da organização do SUDS tem as seguintes características:

- O nível federal será responsável pelo planejamento estratégico (por meio da elaboração e definição da política e do Plano Nacional de Saúde), pela administração do Sistema Nacional de Saúde; pela normatização e regulamentação das ações de saúde e do relacionamento entre o setor público e o setor privado; pelo gerenciamento de equipamentos públicos de referência nacional ou considerados estratégicos; e pela implementação de outros planos de interesse e de abrangência nacional (recursos humanos, desenvolvimento tecnológico etc.).
- O nível estadual será responsável pelo planejamento tático da implementação de políticas, estratégias e normas emanadas do nível federal; pelo planejamento estratégico em nível do Estado (por meio dos Planos Estaduais de Saúde); pelo planejamento operacional das atividades e ações desenvolvidas sob responsabilidade do Estado; e pelo gerenciamento do equipamento e das ações de saúde próprias ao seu nível.
- O nível municipal será o responsável pelo planejamento operacional e execução das políticas, estratégias e normas definidas pelos níveis federal e estadual; pela administração do Sistema Municipal de Saúde; pela execução direta de normas de abrangência municipal; e pela elaboração, coordenação e implementação dos planos municipais de saúde.
- A cada um desses níveis corresponderá uma instância colegiada (CIPLAN, CIS, CRIS, CIMS, CLIS), responsável por coordenar a formulação e acompanhar a execução dos planos nacional, estadual e municipal de saúde.
- A inter-relação entre esses vários níveis será disciplinada por um instrumento de programação e orçamentação integradas (POI).
- Como um dos integrantes do nível federal e co-financiador das ações e serviços de saúde, caberá ao INAMPS acompanhar e avaliar a execução físico-financeira dos planos de saúde, bem como sua eficácia; como integrante da instância colegiada de nível federal – CIPLAN –, participar da formulação da política nacional de saúde e da elaboração de normas; e como integrante da instância colegiada de nível estadual – CIS –, participar da formulação da POI e das demais decisões do âmbito dessa instância.
- Como base da organização espacial e funcional do sistema operará o distrito sanitário – “módulo determinado geograficamente, de composição institucional plural e em algum grau de autonomia decisória, onde se desenvolverão o conjunto de ações básicas de saúde coerentes com um determinado espaço-população”.

⁷ EM 032, 13 de julho de 1987.

– Os recursos provenientes da contribuição previdenciária continuarão sendo administrados centralmente pelo MPAS e aplicados segundo os orçamentos unificados.

Com respeito a tal questão vale ressaltar que, através do INAMPS, o nível federal manterá um poder discricionário importante, que poderá eventualmente afetar o grau de autonomia dos níveis estadual e municipal. Cabe observar, no entanto, que esse poder é relativizado, por um lado, pelo papel exercido pelas instâncias colegiadas, notadamente as de nível federal e estadual (CIPLAN e CIS); por outro, pela existência do processo de programação e orçamentação integradas, no qual o INAMPS deverá apoiar-se para efetuar a distribuição de recursos para os sistemas unificados e descentralizados nos estados.

Uma vez descritos em linhas gerais os dois sistemas, vale ainda enfatizar que em sua concepção global o sistema único parece encaminhar-se para a criação de um sistema verticalizado que se projeta até o nível local, onde respeita as especificidades sócio-econômicas, sanitárias e culturais da área coberta, mas mantém o controle geral do processo, para a implementação das políticas, diretrizes, normas e prioridades do nível federal. Constitui uma ação técnica cujo pólo de irradiação é o nível central.

Diferentemente, o sistema unificado se encaminha para a criação de sistemas assistenciais distintos, adaptados às especificidades locais, mas unificados por instâncias colegiadas que garantem a manutenção de uma unidade e uma coerência na implementação das políticas definidas para o setor. O nível federal, mais uma vez, interage com o nível estadual e este, por sua vez, com o nível municipal de forma a não haver interferência direta do nível federal sobre o nível local.

É interessante notar que, exceto neste ponto, os dois sistemas apresentam entre si pouca diferenciação. Pelo menos em parte, isso pode ser explicado pelo fato de os sistemas terem se originado do mesmo processo, contando com um grupo de atores que, embora defenda o Sistema Único de Saúde como o “ponto de chegada” da reorganização do setor, participou dos processos de formulação e decisão de implantação do SUDS. Assim, pode-se ter como hipótese que a conformação diferenciada dos dois sistemas – enquanto concepção – é dada mais pela posição institucional de certos atores do que por suas proposições teóricas.

Uma das proposições que ilustra essa hipótese é que, de acordo com a primeira concepção – o SUS –, o INAMPS deverá deixar de existir como autarquia do SINPAS, sendo o órgão único de nível federal apontado como um “novo Ministério da Saúde” que incorpora as funções de assistência médica hoje de competência do Ministério da Previdência e Assistência Social. Na segunda – o SUDS –, o papel do INAMPS, sendo este o financiador majoritário do setor saúde no País, manter-se-á temporariamente reforçado, tendo sua atuação voltada para o controle e avaliação da eficiência e eficácia dos sistemas descentralizados.

Essa distinção, pelo menos em parte, ajuda a entender a posição dos atores envolvidos no processo. Como foi visto, o Sistema Único de Saúde é postulado como objetivo a ser alcançado pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS).

Com base em uma concepção de reorganização do setor saúde em seu conjunto, esse grupo foi responsável pela formulação de uma proposta de lei – “Proposta de Conteúdo para uma Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde” – que preserva as linhas gerais que descrevemos acima com respeito ao Sistema Único de Saúde.

O SUDS, proposta gestada no interior do MPAS/INAMPS, é também apontado como um elemento estratégico para a consecução da Reforma Sanitária, sendo a integração institucional em nível dos estados e municípios colocada como um passo fundamental para a criação de um sistema único.

Aqui, no entanto, algumas divergências se pronunciam. Pelo que se pode depreender a partir dos discursos de alguns integrantes da CNRS⁸, a unificação do nível central (criação do "Novo Ministério da Saúde") é vista como prioritária relativamente à unificação nos outros níveis de governo, sendo que este movimento permitiria uma reorganização mais abrangente do setor saúde e o planejamento global centralizado. Embora esteja presente no discurso e na prática desses atores a necessidade de fortalecimento dos sistemas estaduais de saúde, sua intervenção centra-se na Constituinte, na busca primeira do órgão único em nível federal.

Nesse sentido, a iniciativa de montagem de sistemas unificados e descentralizados de saúde é questionada por ser "apressada", por não postular um modelo mais uniforme em nível dos estados e, com relação aos recursos financeiros, por não propor uma alternativa inovadora, mantendo o repasse de recursos centralizado pelo MPAS/INAMPS.⁹

Vale ressaltar que, sendo uma iniciativa da Previdência, o movimento de criação do SUDS é impulsionado a partir da reorganização do INAMPS. É a definição de um novo papel para a autarquia – perda das atividades de execução, com a passagem para as Secretarias de Saúde da gestão de seus próprios, contratos e convênios – que dá base a uma integração institucional de novo tipo (um passo além das AIS) em nível dos estados. Ou seja, essa redefinição fundamenta a unificação dos recursos físicos e financeiros do setor saúde no âmbito estadual e municipal, sendo vistas como resultantes dela a reorganização mais global do setor saúde e a criação de um sistema único de saúde.

De fato, a nova conjuntura política colocada pelas eleições dos governadores em novembro de 1986 favorece o fortalecimento das ações de saúde desenvolvidas no âmbito dos estados. É no reconhecimento dessa conjuntura que se apóia a estratégia de criação de sistemas descentralizados diversificados entre si, respeitando as especificidades sócio-epidemiológicas, políticas e técnicas de cada unidade da federação.

Vale acrescentar que o conjunto de governadores eleitos representam uma nova força no cenário e também imprimem ao processo uma dimensão política diferenciada. Por um lado, porque propostas que emergem no nível federal são passíveis de serem transformadas no ambiente estadual.¹⁰ Por outro, porque uma discussão que estava centrada na reorganização do setor, com base em parâmetros técnicos, incorpora mais claramente um conteúdo político-partidário onde as forças que atuam neste âmbito passam a ter influência mais direta no processo.¹¹

A adesão ao projeto por parte dos estados permite a implementação do mesmo, antes ainda de concluídos os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte.

1.4 – A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE

Em 20 de julho de 1987, através de um decreto, a Presidência da República aprova formalmente o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde. Antes mesmo dessa data, já se verificam as primeiras iniciativas de operacionalização do projeto substanciadas na assinatura de Termos de Compromisso e/ou Termos Aditivos aos Convênios das Ações Integradas de Saúde. O decreto, bem como a Exposição de Motivos que o acompanha, legitimam um movimento já iniciado em alguns estados e possibilitam a formulação de convênios específicos para o Programa: os "convênios SUDS".

8 Participam da CNRS, na Secretaria Técnica, Dr. Arlindo Fabio Gomes de Souza, Dra. Cristina de A. Possas, Dr. Eleutério Rodrigues Neto e Dr. Luis Cordone Júnior. Como coordenadores dos grupos de trabalho, participam, ainda, Dr. Francisco Eduardo Campos, Dr. André Cesar Medici, Dr. Severino Marcio Pereira Meirelles, Dr. Jair Sarmento da Silva, Dr. Euclides Ayres de Castilho e Dra. Elisa Vianna Sá.

9 Essas críticas são apontadas no texto de Felipe, J. S. ("MPAS – O Vilião da Reforma Sanitária?") que busca respondê-las.

10 O SUDS – São Paulo é um exemplo de como o nível estadual tomou em suas mãos a proposta gerada no nível federal e imprimiu uma direção própria.

11 Veja-se, por exemplo, as reações ao SUDS manifestadas, na imprensa, por membros do Partido de Frente Liberal.

Assinados entre o Governo federal e os Governos estaduais, e permitindo a adesão dos municípios, estes convênios não foram pensados segundo um modelo uniforme; ao contrário, os proponentes dos convênios pretendiam que estes assumissem formas variadas, contemplando, conforme a unidade da federação, níveis diferenciados de transferência de funções e abarcando diferentes esferas descentralizadas de governo. Também a formulação e assinatura dos convênios foram planejadas para serem progressivas, obedecendo às conjunturas mais favoráveis ao processo.

Assim, a implantação do programa – tanto no que se refere à data de assinatura de cada convênio, como no que tange às características de cada sistema estadual – deveria ser depreendida de análise quanto ao grau de centralidade da unidade da federação, ao perfil e grau de inserção nos sistemas político e decisório dos governadores de estado e seus secretários de saúde, e às condições técnicas e operacionais das secretarias de saúde e dos serviços de saúde de cada estado.

Seguindo essa lógica, os convênios contemplaram formas diferenciadas¹² e a implantação do SUDS não se fez segundo um cronograma preestabelecido claramente.

Hoje, tendo a quase totalidade dos estados aderido formalmente ao programa do SUDS,¹³ é possível levantar alguns aspectos com relação aos problemas que sua implementação tem colocado, bem como no que tange aos rumos futuros do processo em curso.

Um primeiro aspecto que cabe levantar diz respeito à utilização do instrumento convênio e seu conteúdo nos diversos casos.

De um modo geral, os convênios, enquanto instrumentos formais que normalizam o relacionamento entre dois ou três níveis de governo, caracterizam-se por estabelecerem relações temporárias onde o nível central delega competências para os outros níveis, mantendo seu poder normativo e financeiro sobre a área-objeto do convênio.¹⁴

Não fugindo a essa regra, o SUDS, consubstanciado por meio de convênio, formaliza uma relação temporária, de dois a quatro anos, e reversível, com a possibilidade de ser denunciado por uma das partes a qualquer tempo.

Concorre ainda, para essa possibilidade de reversão, o fato de o convênio constituir uma delegação de competência que, por isso, não realiza a redefinição permanente das responsabilidades de cada nível de governo em relação ao setor saúde.

Cabe, também, ressaltar que o repasse de recursos mediante convênios, embora seja a alternativa possível no quadro atual de concentração tributária, mantém, em princípio, a relação de dependência de estados e municípios em nível federal.

Ainda que, nessa questão financeira, se aponte um novo papel para a Programação e Orçamento Integradas (POI), com a inclusão nesse instrumento da totalidade de recursos programados para os estados, a POI não prescinde da negociação entre as partes, que é implícita no convênio. Os processos de negociação não estão, de fato, imunes a pressões de caráter político-clientelista.

Um outro aspecto diz respeito à recorrência, na história da administração convênial, da utilização de recursos preferencialmente em atividades-meio. Essa possibilidade está presente nos convênios SUDS quando, por exemplo, se coloca a questão do financiamento da isonomia salarial, cujos custos absorveriam grande parte dos recursos destinados aos estados conveniados.

12 Ver Quadro 1: Quadro comparativo de alguns convênios – SUDS. A análise restringe-se aos convênios cujos textos foram enviados à Consultora: Sergipe, São Paulo, Paraná, Rondônia, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Goiás, Pará, Bahia, Alagoas e Ceará.

13 Até novembro de 1987, alguns estados, como o Maranhão e o Rio de Janeiro, não haviam ainda formalizado sua adesão mediante assinatura do convênio.

14 Chiaregatto, E.A. – As relações entre o governo federal e os governos estaduais: os convênios sob suspeita, 1987.

Com relação ao conteúdo dos convênios, a inexistência de um "convênio SUDS padrão" trouxe problemas, embora sua heterogeneidade apresentasse como vantagem a adaptabilidade do programa à realidade sócio-política, epidemiológica e organizacional específica de cada estado.

No que foi possível observar até agora, identifica-se a ausência de determinados itens cuja inclusão na totalidade dos convênios poderia garantir a operacionalização do programa dentro de padrões mais precisos.

Nesse sentido identificar-se-á alguns pontos, utilizando-se como parâmetro a Instrução Normativa nº 12, de 8 de julho de 1987, da Secretaria do Tesouro, cujas normas deverão ser observadas pelos convênios assinados a partir de 1º de janeiro de 1988.

Já em relação à ementa observa-se que a qualificação dos convenentes, em vários dos convênios SUDS, é inadequada. Em vez de figurarem a União e o Estado, são identificados como convenentes o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Governo do Estado.¹⁵

Também o preâmbulo não cita a qualificação das partes e a legislação de apoio, dispositivos legais que autorizam as partes a assinarem o convênio.¹⁶

Em relação aos itens "das obrigações" observa-se que só figuram obrigações comuns aos convenentes. Não são citadas as obrigações específicas de cada parte, da União e do Estado.

Quanto ao item referente ao controle e avaliação, não é colocado o papel da União como fiscalizadora. Não aparece, em nenhum dos convênios analisados, a questão da responsabilidade pela auditoria.

Com relação ao item financiamento, não é apontada a proibição da utilização dos recursos do convênio para finalidades diversas ao seu objeto¹⁷ e nem a obrigatoriedade da existência de conta específica no Banco do Brasil para os recursos da União destinados ao convênio.

Além disso, existem, nos convênios SUDS, itens que, embora comuns a todos, são tratados diferencialmente, embora essa diversidade não diga respeito às especificidades das unidades federadas. Ressalva-se que essas diferenças podem estar refletindo negociações políticas ou compromissos entre as partes, aos quais poderia ter sido condicionada a assinatura dos convênios. Entretanto, o tratamento uniforme de algumas questões poderia facilitar a sua operacionalização. Alguns exemplos são tomados no equacionamento da transferência de responsabilidade por bens móveis e imóveis, contratos, convênios e credenciamentos do INAMPS, e recursos humanos federais para os estados da federação¹⁸, bem como da gestão do sistema por instâncias colegiadas.

Em relação aos recursos humanos os convênios analisados asseguram a manutenção dos vínculos empregatícios dos servidores. Em sua maioria asseguram os direitos e vantagens por estes já adquiridos e prevêm a cessão dos servidores do INAMPS ao SUDS mediante Termo de Cessão de Pessoal, observando a necessidade de publicação de relação nominal e respectiva identificação funcional (nº de matrícula). Apenas alguns convênios citam a questão da transferência, cessão e relocação de servidores do INAMPS cedidos ao SUDS, e quando o fazem, subordinam a decisão à autorização da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS).¹⁹ No caso específico do Paraná a atribuição permanece da Superintendência Regional do INAMPS, devendo as decisões, no entanto, ser homologadas pela CIS.

15 Como está nos convênios de Sergipe, do Paraná, de Pernambuco, de Goiás, da Bahia e de Alagoas.

16 Por exemplo, em relação ao Estado de Pernambuco, os fundamentos legais para o Estado seriam o artigo 13, § 3º da Constituição Federal e o inciso XVI, do artigo 69, da Constituição Estadual. Para a União os fundamentos legais seriam o artigo 13, § 3º da Constituição Federal e o artigo 10 do Decreto-Lei Federal nº 200/67.

17 Embora a destinação dos recursos esteja identificada na POI (Programação e Orçamentação Integradas), a explicitação de proibição seria um item necessário, de acordo com a Instrução Normativa nº 12.

18 Ver Quadro 2, comparativo do tratamento dado nos convênios - SUDS - às questões de recursos humanos, bens móveis e imóveis, contratos e convênios.

19 Esses casos são previstos nos convênios de Alagoas e Rondônia. No convênio do Rio Grande do Norte a questão é citada, vinculando a decisão à legislação vigente.

Quanto à questão da isonomia salarial, observa-se que os convênios analisados também prevêem soluções diferenciadas. Na maioria dos casos, aponta-se que a isonomia será estudada e proposta pela CIS, sendo que nos convênios de Sergipe, Rio Grande do Norte e Paraná cita-se que o INAMPS contribuirá financeiramente para efetivá-la. De acordo com o respectivo convênio, em Pernambuco a isonomia salarial será financiada pelo MPAS/INAMPS. Cabe destacar ainda o caso de São Paulo, onde é prevista a equivalência salarial para a qual também, expressamente, o INAMPS deverá contribuir.²⁰

Consta ainda de alguns convênios analisados um item referente à política de recursos humanos e definição de perfil adequado para esses recursos do SUDS. Nos casos onde tal questão é citada – Bahia, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe –, essa política e o perfil serão definidos pela CIS. Em Rondônia a CIS fará a proposta do plano de cargos e salários.

De um modo geral, cabe ressaltar os convênios de Goiás e de São Paulo dentre os analisados. O primeiro porque não se refere à questão dos recursos humanos, exceto para afirmar a manutenção dos vínculos empregatícios, direitos e vantagens dos servidores do quadro do INAMPS. O segundo porque afirma a manutenção dos vínculos empregatícios, direitos e vantagens de todos os servidores do SUDS. Além disso, não explicita a transferência de pessoal por meio de Termo de Cessão.

O segundo exemplo de questões que merecem tratamento uniforme refere-se aos bens móveis e imóveis das unidades de prestação de serviços do INAMPS a serem gerenciados pelas Secretarias de Estado da Saúde ou equivalentes, bem como aos contratos, convênios e credenciamentos relativos às funções transferidas ao SUDS. Na maioria dos convênios analisados,²¹ é apontada a cessão de unidades próprias e equipamentos através de termo de cessão de uso ou comodato, específico para cada unidade, com a explicitação, no termo, de que as secretarias de estado deverão garantir o funcionamento, recuperação física e reequipamento das unidades. Com relação aos prédios cedidos ou alugados, não é dada uma solução definitiva. Os convênios indicam que o "INAMPS promoverá gestões que possibilitem sua cessão sem prejuízo de seu funcionamento".

No que tange aos contratos, convênios e credenciamentos, esses mesmos convênios SUDS indicam que eles passarão a ser administrados pelas Secretarias de Estado da Saúde ou equivalentes. É exceção, nesse caso, o convênio de Pernambuco, que prevê a incorporação dos contratos, convênios e credenciamentos ao SUDS, "obedecidas as normas e tabelas definidas pelo INAMPS".

Cabe ressaltar que, neste aspecto, há três exceções, dentre os convênios analisados: o de São Paulo, o de Rondônia e o de Goiás. Este último, não cita a questão da cessão dos bens móveis e imóveis do INAMPS, embora indique que os contratos, convênios e credenciamentos passarão a ser administrados pela Secretaria de Estado da Saúde. O de Rondônia prevê, apenas, que serão transferidas "as atividades, funções, serviços e recursos atualmente desempenhados pelo núcleo regional do INAMPS em Rondônia para os órgãos congêneres da SESAU". Já no convênio de São Paulo, cujo texto é inteiramente diferenciado, os convenientes decidem "ceder, entre si, o uso de bens móveis, imóveis e equipamentos, através de instrumentos jurídicos adequados". Quanto aos contratos, convênios e credenciamentos, este convênio indica a transferência gerencial para o âmbito do SUDS, com participação da CIS e CIMS.

Observa-se, com relação às questões até agora trabalhadas (transferência de pessoal, de bens móveis e imóveis, e de contratos, credenciamentos e convênios), que mesmo as medidas previstas não foram operacionalizadas, como, por exemplo, as lavraturas de termos de cessão de unidades e equipamentos por unidades, e a publicação da relação dos servidores do INAMPS lotados nas unidades cedidas. Isso, possivelmente, porque não estão claros os limites jurídicos e a regulamentação necessária para o empreendimento das respectivas ações.²²

20 A equivalência salarial levaria em conta outras variáveis além do valor do salário direto, como condições de trabalho, turnos, vantagens diferenciadas etc.

21 Sergipe, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Pará, Paraná, Ceará, Bahia e Alagoas.

22 Em reunião na DG/Rio de Janeiro, em 18 e 19 de novembro p.p., superintendentes regionais do INAMPS apresentaram dúvidas dessa natureza em relação à operacionalização dos convênios, revelando dificuldades que têm encontrado na implementação do SUDS.

O terceiro aspecto diz respeito à gestão dos sistemas de saúde por instâncias colegiadas.

A CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento – e as CIS, CRIS, CIMS e CLIS – Comissões Interinstitucionais de Saúde, respectivamente nos âmbitos estadual, regional, municipal e local – nasceram com o Programa das Ações Integradas de Saúde, com o objetivo de facilitar a integração entre organismos do setor público que atuassem no mesmo espaço geográfico. Tratavam de promover um planejamento comum das ações e a otimização de recursos, numa perspectiva plurinstitucional.

No programa SUDS essas instâncias permanecem, porém, com outro papel.

Através dos convênios SUDS são constituídos ainda, em alguns estados,²³ outros colegiados: Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (CES e CMS),²⁴ com caráter deliberativo, absorvendo parte do papel antes delegado às Comissões Interinstitucionais.²⁵

Nesse sentido, às Comissões Interinstitucionais, particularmente às CIS e às CIMS, é atribuído um caráter proeminentemente executivo.

Na maioria dos convênios analisados, cabe à CIS a gestão do SUDS, de acordo com as políticas e diretrizes definidas pelo CES, sendo responsável pela execução e acompanhamento das políticas de saúde no âmbito do estado.

Essas atribuições, por vezes, assumem caráter operacional, por exemplo a homologação de transferências, cessões ou relações de servidores do INAMPS cedidos às secretarias de estado (Alagoas e Rondônia) e a responsabilidade pela prestação de contas mensal do SUDS (Goiás e Sergipe).

Os colegiados (conselhos e comissões interinstitucionais), tal como estão colocados nos convênios, constituem instâncias de decisão e operacionalização paralelas, dispostas de forma hierárquica, às quais ficam subordinadas certas ações da competência de órgãos dos diferentes níveis de governo.

O próprio distrito sanitário, sobre cujo modelo há propostas diferenciadas²⁶, mas que, de um modo geral, constitui a base do sistema pelo disposto nos convênios, reporta-se aos colegiados. No âmbito da atividade-fim, por exemplo, o fluxo proposto para o processo de ampliação ou redução da compra de serviços do setor privado parte do distrito sanitário, ao qual cabe a identificação das necessidades, vai à CIMS para seu parecer "conclusivo" e à CIS, que aprecia ou homologa esse parecer.²⁷

Assim, pensados originalmente como pólos de promoção da integração do SUDS, os colegiados passam a figurar nos convênios como elementos decisores do sistema, duplicando poder decisório com as instâncias de governo estaduais e municipais.²⁸

23 Entre os convênios analisados, são exceções os Estados de Alagoas, Rondônia, Rio Grande do Norte e São Paulo.

24 Muitos estados já contavam com Conselhos Estaduais de Saúde, de caráter consultivo.

25 Ver Quadro 3: Composição das instâncias do SUDS e 4: Política de Saúde – Instâncias Gestoras.

26 Ver texto específico sobre o assunto: "Os Distritos Sanitários".

27 No caso das prestações de contas esse fluxo teria maior número de passagens, quais sejam: distrito sanitário → CIMS → CRIS → CIS → CES → CIPLAN.

28 Em uma situação-limite pode-se inferir que tais instâncias se transformariam em operacionalizadoras de decisões tomadas pelos colegiados, muito embora estes sejam compostos de representantes das próprias instâncias.

Esta situação é ainda agravada em face do argumento de que as comissões, particularmente a CIS, não constituem pessoa jurídica e não poderiam decidir sobre atos que são da competência de órgãos da estrutura das instituições convenientes.²⁹

1.5 - ALTERNATIVAS DE REORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO SETOR

Em relação aos rumos que o movimento de implantação do SUDS poderá seguir, é possível a construção de hipóteses acerca dos pontos de chegada deste processo. A primeira supõe a aprovação das propostas da Comissão Nacional de Reforma Sanitária na Constituinte, e a promulgação de uma nova lei do Sistema Nacional de Saúde, possibilitando, assim, o alcance do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do SUDS.

A segunda supõe a não-concretização em termos legais do Sistema Único de Saúde e, ainda, que o SUDS se consolide (e se esgote) na sua concepção original, como um sistema unificado e pluriinstitucional, com base estadual.

A terceira também supõe a não-aprovação do Sistema Único de Saúde e, paralelamente, que o SUDS se encaminhe para um outro modelo de organização do setor saúde (diferenciado com relação ao SUDS), originando sistemas de saúde mais independentes e descentralizados, relativamente ao nível federal, que prescindiriam da unificação deste nível.

O primeiro cenário, que possibilita atingir, através do SUDS, o Sistema Único de Saúde, tem como pressuposto básico a reorientação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde que estão sendo implantados, a partir da promulgação da nova lei do Sistema Nacional de Saúde.

No nível federal implica que o órgão único, mais do que um financiador de ações de saúde, seria o formulador de um Plano Sanitário Nacional, imprimindo diretrizes globais a serem assumidas pelos outros níveis de governo, papel que hoje cabe à CIPLAN. Supõe a coordenação verticalizada e hierarquizada das ações exercidas em todos os níveis.

Nos níveis estadual e municipal, implica a reestruturação dos seus arcabouços institucionais, em razão da redefinição formal de seus papéis, assumindo as competências, em cada nível, da pluralidade dos prestadores públicos de serviços de saúde. Implica, ainda, a necessidade de constituir os distritos sanitários, numa concepção territorial e funcional, como base do Sistema Nacional de Saúde. Estes seriam subordinados aos municípios ou a consórcios de municípios, questão que aparece de forma ambígua nos textos que tratam do Sistema Único de Saúde.

Com relação aos colegiados, eles deverão ter um novo papel e uma composição adequados ao sistema. Hoje os colegiados buscam promover a integração entre instituições que atuam numa mesma base geográfica, com competências comuns na prestação de serviços. No cenário hipotético de que trata este item, os colegiados teriam um papel de integração vertical entre as instituições responsáveis por níveis de atenção à saúde diferenciados. E, no sentido horizontal, um papel de integrar ao sistema o setor privado que presta serviços complementares e a sociedade civil organizada.

O segundo cenário, que trabalha com a hipótese da não-institucionalização do Sistema Único de Saúde e supõe a consolidação do SUDS como meta (isto é, não transitoriamente), implica a implantação de sistemas estaduais de saúde, desiguais entre si, respeitadas as especificidades dos vários estados.

Mantida a pluralidade institucional nos três níveis de governo, a gestão do sistema não poderá prescindir de instâncias colegiadas que integrem horizontalmente as ações de saúde do setor público em cada nível.

²⁹ Depoimento, nesse sentido, foi dado em reunião dos superintendentes regionais do INAMPS, em 19 de novembro p.p. (Rio de Janeiro/DG), citando questionamento feito pelo Tribunal de Contas da União a um estado da federação.

Quanto à integração vertical, a representação da esfera federal (MPAS, MS, MT e MEC) nos colegiados de nível estadual e municipal e a atuação da CIPLAN, formulando as orientações globais para o setor, trariam de garanti-la. No entanto, o fato de um único órgão do nível federal manter-se como o principal financiador das ações de saúde dará, necessariamente, a ele um peso diferenciado.

Este fato concorre, ainda, para uma virtual redução da autonomia das unidades da federação no estabelecimento de seus planos de saúde específicos. Ou seja, embora a autonomia do nível estadual seja potencialmente aumentada (dado seu papel na definição, planejamento, gerência e execução do conjunto das ações de saúde no Estado), os recursos terão sempre que ser renegociados com o responsável pelo repasse no nível federal.

Há que se acrescentar, também, que um sistema construído nestas bases manteria o processo de delegação de competências do nível central (Governo federal e/ou estadual) para as instâncias descentralizadas (estado e/ou municípios), o que impossibilita a redefinição permanente de papéis dos diversos níveis de governo, em relação às ações de saúde. Além desse problema, cabe enfatizar que não se alteram as condições restritivas à otimização da organização do setor, inerentes à administração através de convênios. Entre estas condições, ressalta-se a possibilidade de reversão do processo a cada mudança na conjuntura política.

O terceiro cenário, que também tem como hipótese a não-concretização do Sistema Único de Saúde, supõe o encaminhamento do SUDS para um sistema diferenciado, apoiado nos estados e municípios.

A hipótese refere-se aqui à possibilidade de o nível periférico do sistema – municípios e estados – assumir, na prática, a redefinição de seu próprio papel na organização do setor saúde e passar a conduzir o processo de mudança. Essa hipótese tem por base o peso diferenciado que representam, hoje, os atores que atuam no âmbito político-partidário, em particular, na busca do resgate do papel das unidades federadas em relação ao Estado. Nesse caso, os parâmetros para a reorganização do setor poderão estar mais referidos à inserção político-econômica de cada unidade federada do que à questão técnica.

É fundamental considerar que a ocorrência de uma reforma tributária dará base efetiva a uma maior autonomia das unidades federadas e poderia constituir um fator importante na construção deste cenário. Mas, ainda que ela não ocorra, a relação entre o órgão federal financiador e as unidades federadas se alteraria. Isto porque a atuação do financiador poderá se restringir à de um banco social, com um papel normativo mais restrito. A unificação do nível federal, nesse caso, deixa de se colocar como questão.

**Quadro I
COMPARATIVO DE ALGUNS CONVÊNIOS - SUDS
CARACTERÍSTICAS/ESTADOS**

ALAGOAS	GOIÁS	PARÁ	R.G. NORTE	SP NORTE
<p>– INAMP 247 – Postos de Saúde – FIEUP 102 – Centros de Saúde – SUCAM 11 PAM – CEJAF 8 Casas Maternas – IAN 17 Unidades Mistas – UFAL 8 Hospitais Gerais – SES/SEFUSAL 1 Unidade de Emergência – CIS 1 Hemocentro – CIMS/CMS – DI (Direto Sanitário)</p>	<p>– INAMP/R 107 – Postos de Saúde – FIEUP 102 – Centros de Saúde – SUCAM 11 PAM – CEJAF 8 Casas Maternas – IAN 17 Unidades Mistas – UFAL 8 Hospitais Gerais – SES/SEFUSAL 1 Unidade de Emergência – CIS 1 Hemocentro – CIMS – DI</p>	<p>– INAMP/R 879 Postos de Saúde – FIEUP 487 Centros de Saúde – SUCAM 46 Casas de Parto – CEJAF 11 Unidades Mistas – IAN 27 Hosp. (Gerais/Espec.) – UFBA 1 Unidade de Emerg. oral – SESAB/SEB 1 laboratório central – CES 1 Hemocentro – CIS – CIMS – CIMS – DS</p>	<p>– INAMP/R 341 PS – FIEUP 160 CS – SUCAM 10 PAM – CEJAF 20 Unidades Mistas – IAN 10 Hospitais – U.F.R.N. 30 Unid. Emergenciais – SSAP/RN – F. Hosp. Valde Gurgel – CIS – CIMS – C.E.R.S.</p>	<p>– INAMP/R 341 PS – FIEUP 160 CS – SUCAM 10 PAM – CEJAF 20 Unidades Mistas – IAN 10 Hospitais – U.F.S.E. – SEB – CIS – CRIS – CIMS – DS</p>
<p>SSOSFUSAL: Administra e recebe a rede. Próprios concedidos mediante termo de convênio ou cessado de uso.</p>	<p>Implícito no texto do convênio a transferência dos equipamentos próprios para SES/OSEGO.</p>	<p>SESAB/SEB – Idem Alagoas Próprios concedidos mediante termo de convênio ou cessado de uso.</p>	<p>SSAP – Idem Alagoas Próprios concedidos mediante termo de convênio ou cessado de uso.</p>	<p>SEB – Idem Alagoas Próprios concedidos mediante termo de convênio ou cessado de uso.</p>
<p>DS – Detecta necessidade de ampliar/reduzir a rede. CMS – Elabora parecer conclusivo baseada na necessidade assai do DS Distribuição de Orçamento. CIS – Aprecia o parecer. CIMS SSOSFUSAL – Administra a rede. MAPAS – Processa pagamento.</p>	<p>Idem Alagoas</p>	<p>Idem Alagoas</p>	<p>CMS – Elabora parecer conclusivo baseado na necessidade de assistência da população, disponibilidade orçamentária. CIS – Aprecia o parecer. CIMS SSAP – Administra a rede. Estatu que de autorização de pagamento (de acordo o fluxo definido pelo MAPAS).</p>	<p>DS – Identifica necessidade de ampliar/reduzir a rede. CIMS – Elabora parecer conclusivo. CRIS – Delibera a favor. CIMS CIS – Homologa o parecer. SEB – Administra a rede. MAPAS – Processa pagamento.</p>
<p>Com a transferência da Secretaria Técnica da CIS para Associação de Planos, da SSSS/FUSAL, a direção de planos, do SUDS passa a ser de competência da SSSS/FUSAL. CMS – Estabelece acompanhamento pol. munic. saúde. CIS – Gestão/Coordenação.</p>	<p>CEB – Estabelece política estadual de saúde. CISB – Estabelece política municipal de saúde. (não está explicitado).</p>	<p>CEB – Estabelece política estadual de saúde. CISB – Estabelece política municipal de saúde conforme diretrizes da pol. estadual.</p>	<p>CMS – Estabelece a pol. municipal de saúde, de acordo com diretrizes da pol. estadual. Atividade de planejamento passa de secretaria Técnica da CIS para a Unidade Setorial de Planejamento da SSAP.</p>	<p>CEB – Estabelece política estadual de saúde. CISB – Estabelece as políticas municipais conforme diretrizes da pol. estadual.</p>
<p>INAMP – Máximo de 60%, reduz 5% a.e. entre 65/82. SSS/FUSAL – Crescimento de 7%, até 9% em R.G. 89, do respectivamente na participação do orçamento global do Estado. SSS/FUSAL – IEM-CMS-MUNICÍPIOS – Participação nos 40% restantes. CIS-CMS – Gestão do orçamento unificado. CIMS – Prestação de contas mensal do SUDS.</p>	<p>INAMP/MS – Repassa recursos à SES/OSEGO MS – Repassa recursos à SES/OSEGO SUCAM, FIEUP, SES/OSEGO – Recursos orçamentários no mínimo em percentuais idênticos aos atuais. CIS – Aprova prestação de contas, encaminhada para CIPLAN. CIS – Elabora POI/Prestação de contas mensal do SUDS. CIS-CIMS – Gestão do orçamento unificado.</p>	<p>INAMP/MS – Repassa recursos à SESAB/SEB. Repassa recursos específicos para a isonomia salarial entre servidores de SESAB/SEB e INAMP/MS. MS – Repassa alimentos, medicamentos, vestíveis etc. para SESAB/SEB. SEB/AB – Mantém rec. orçamentários no mínimo em percentuais idênticos aos atuais. CIS/CIMS – Controla/acompanha orgam. unificados, aprova prestação de contas (CIS). CIS/CIMS – Gestão do orçamento unificado. CIS – Elabora a POI/Prestação de contas mensal do SUDS.</p>	<p>INAMP/MS – Máximo de 60%, reduzir em 5% a.e. até 1990 caso não ocorra necessidade de ampl. de capac. instalada. SSAP – Eleva participação em até 5% do org. do Estado até 1990. IAS/MS/CMS/MUNICÍPIOS – Participação nos 40% restantes. CIS – Elabora POI, presta contas mensalmente do SUDS à CIPLAN, relatório trimestral de prestação de contas dos recursos à CI-PLAN/GO, Estado, D.O. INAMP/MS. CIMS – Prestação de contas mensal do SUDS, encaminhada à CIS.</p>	<p>INAMP/MS – Participação máxima de 60% do org. unif. repassa recursos específicos para a isonomia salarial. SEB – Mantém rec. orçamentários no mínimo em percentuais idênticos aos atuais, diferenciados acordados. SEB/MS/CMS/MUNICÍPIOS – Participação nos 40% restantes. CIS – Elabora POI, presta contas mensalmente do SUDS ao CIS, gestão do orçamento unificado, aprova prestação de contas e encaminhada para CIPLAN. CIS – Elabora POI, presta contas mensalmente do SUDS ao CIS, gestão do orçamento unificado. CIS – Gestão, controle e acompanhamento do orçamento unificado.</p>
<p>CIS/CMS – Responsáveis pelo controle/avaliação do SUDS. CIS – Acompanhamento/avaliação da política municipal de saúde.</p>	<p>CEB – Acompanhamento/avaliação da política estadual de saúde, apreciação do processo de controle e avaliação do SUDS. CIS – Acompanhamento/controle/avaliação do plano de ação, plano de aplicação de recursos e programas de execução físico-financeira. CIMS – Acompanhamento/avaliação de política municipal de saúde.</p>	<p>CEB – Idem Goiás e acompanhamento/controle/avaliação do plano de ação e do plano de aplicação de recursos e cronograma de execução físico-financeira. CIS – Executa o processo de controle/avaliação do SUDS. Relatórios de Acomp./Controle/avaliação encaminhado à CENS/CIPLAN. CIMS – Acompanhamento/avaliação da pol. munic. saúde. CIMS – Controle/avaliação do SUDS a nível municipal.</p>	<p>DATANORV – Mantém as atuais atividades de processamento e as que vierem a ser criadas pelo MAPAS. SSAP – Passará a efetuar o trabalho de processamento de dados do SUDS (excetuado pela DATANORTE), visando à implantação do Sist. de Inf. de Saúde do Estado. CIS – Promoverá implantação do Sist. Único de Inf. de Saúde no Estado; acompanhamento e avaliação do SUDS. CIMS – Acompanhamento avaliação de política municipal de saúde.</p>	<p>CEB – Acompanhamento/avaliação de política de saúde e apreciação do processo de controle/avaliação do SUDS. CIS – Controle/avaliação do SUDS. CIMS – Acompanhamento/avaliação das políticas municipais de saúde. CIS – Controle/avaliação do SUDS.</p>
<p>INAMP/MS – Normaliza prestação de serviços. CIS – Normaliza controle/avaliação de prestação de serviços, detalhamento da forma e dos casos em que se aplicará a isonomia salarial.</p>	<p>INAMP/MS – Normaliza prestação de serviços. CIS – Normaliza, controle/avaliação da prestação de serviços.</p>	<p>INAMP/MS/CIS – Idem Alagoas. CIS – Elabora/aprova o seu reg. Interno, aprova reg. interno de CIS, estabelece instruções/diretrizes para CIMS elaborarem o respectivos reg. internos.</p>	<p>INAMP/MS – Normaliza prestação de serviços. CIS – Estabelece mecanismos para isonomia salarial e dos critérios de remuneração, promoção e acesso funcional, detalhamento da forma e dos casos em que se aplicará a isonomia salarial; tempo integral geográfico e a criação do emprego único nos serviços públicos de saúde cujo critério serão remediados à CIPLAN para homotipoção.</p>	<p>INAMP/MS – Normaliza prestação de serviços. CIS – Elabora e aprova o desav. reg. interno, aprova R.I. da CIS, dá diretrizes gerais para CIMS e CIMS elaborarem R.I. CIS – Elabora o R.I., normaliza o processo de controle/avaliação de compra de serviços, detalhamento das formas e dos casos em que se aplicará a isonomia salarial; tempo integral geográfico e criação do emprego único nos serv. públicos de saúde cujo critério serão remediados à CIPLAN para homotipoção.</p>
<p>CIS – Caráter deliberativo/executivo controle político/diretrizes das AIS, formula estratégias para desenv. Monogeral e a política de R.H. do SUDS. CIMS – Caráter executivo, coordenação do SUDS a nível municipal. CIS – Caráter executivo, gestão do SUDS no nível municipal, controle político do CIMS. DS – Unidade operacional do SUDS. Normaliza, controle/avaliação da prestação de serviços.</p>	<p>CEB – Coordena o SUDS com caráter deliberativo. CIS – Gestão do SUDS, conforme políticas e diretrizes do CES, estrat. p.desev. Monogeral e do SUDS. CIMS – Coordenação e Gestão do SUDS no nível municipal segundo a política estadual de saúde. DS – Idem Alagoas.</p>	<p>CEB – Coordenação do SUDS. CIS – Gestão do SUDS, caráter executivo conforme políticas/diretrizes do CES, formula estratégias para desenv. Monogeral e de política de R.H. do SUDS. CIS – Caráter deliberativo, coordenação do SUDS a nível estadual. DS – Idem Alagoas.</p>	<p>CIS – Coordenação/Gestão do SUDS, conforme políticas/diretrizes das AIS. Formula pol. R.H. do SUDS (deba partil de R.H.). CIMS – Coordenação/Gestão do SUDS a nível municipal. DS – Idem Alagoas. CEBMS – A CIS atua, decide segundo pedido de mecanismos de cooperação e apoio do SUDS. RNV apresentada pela Comissão Estadual de Reforma Sanitária.</p>	<p>CEB – Coordenação do SUDS/Apreciação da política de R.H., caráter deliberativo. CIS – Gestão do SUDS conforme diretrizes do CES, delimitação de estatísticas para desenv. Monogeral e política de R.H., caráter executivo. CIMS – Coordenação do SUDS, segundo diretrizes do CES. CIS – Gestão do SUDS, caráter executivo. CIS – Deverão ser constituídas em municípios maiores ou de população dispersa com reg. interno aprovado pela CIMS. DS – Idem Alagoas.</p>

Município	PARANÁ	PERNAMBUCO	PARÁ	CEARÁ	RONDÔNIA	SÃO PAULO
<p>- INAMPS 329 CS - L.F. PR 27 FAM - CDM 13 Hospitais - SESA 1 Laboratório Central - CES 1 Hospital - CEM - CMS - DS</p>	<p>- INAMPS 800 PB - FIESEP 847 CB - SUCAM 81 Unidades Básicas - CEME 105 H.C. (Gerias/Exp.) - INAN 1 Hospitalito - UFPE 1 Lab. Farmacêutico - SESFUSAM - CES - CIB - CMS - CMS - DS</p>	<p>- INAMPS - SUCAM - MCB - CIB - FIESEP - UFPA - SESPA - MIBH - MUSPA - CSUEPA</p>	<p>- INAMPS - FUSEB - SSE-CES-CIS - CIB - DS</p>	<p>- SUCAM - SESAIH - IMPAS/INAMPS - PNEF - CIS - CIMS - FIESEP</p>	<p>- INAMPS - RFS - CIS - DATA/HEV - CIMS - APAS - FMS</p>	<p>- INAMPS - RFS - CIS - DATA/HEV - CIMS - APAS - FMS</p>
<p>SEM - Item Agudos. Próprios concedidos mediante termo de comodato ou cessado de uso.</p>	<p>SESPFUSAM - Item Agudos. Próprios concedidos mediante termo de comodato ou cessado de uso.</p>	<p>SESPA - Administra e requisita a rede. Próprios concedidos mediante termo de comodato ou cessado de uso.</p>	<p>SE - Administra e requisita e requisita pela CES. Próprios concedidos mediante termo de comodato ou cessado de uso.</p>	<p>Transf. para órgãos congêneres de SESAU.</p>	<p>PAM no INAMPS integrado ao órgão regional no CSE ou município. Integra no SUDS os hospitais próprios do INAMPS. Próprios concedidos através de instrumentos jurídicos adequados.</p>	<p>PAM no INAMPS integrado ao órgão regional no CSE ou município. Integra no SUDS os hospitais próprios do INAMPS. Próprios concedidos através de instrumentos jurídicos adequados.</p>
<p>Item Agudos</p>	<p>De serviços privados ou com fins lucrativos e/ou pessoas físicas ativamente contratuadas, convênios ou credenciados pelo INAMPS sendo incorporados ao SUDS segundo normas do INAMPS. DS - Identifica necessidade de ampliação/reduzir a rede. CIBS - Elabora parecer conceitual segundo necessidade de assist. e disponibilidade orçamentária. IMPAS - Processo pagamento. SESPFUSAM - Controle de serviços para obras e reformas.</p>	<p>SESPA - Contratos, convênios e credenciamento. CIBS - EM parecer exclusivo sobre novos serviços prestados. CIS - Apreciação sobre o parecer da CIMS.</p>	<p>SE - Contratos, convênios e credenciamento. CIBS - EM parecer exclusivo sobre novos serviços prestados. CIS - Apreciação sobre o parecer da CIMS.</p>	<p>Transf. para órgãos congêneres da SESAU.</p>	<p>Transferência gerencial para SUDS com participação da CIS e CIMS - IMPAS - Processo de pagamento.</p>	<p>Transferência gerencial para SUDS com participação da CIS e CIMS - IMPAS - Processo de pagamento.</p>
<p>O SUDS Paraná constitui-se através do órgão único de saúde, compreendendo as aplicações financeiras de todas as instituições públicas integrantes do sistema.</p> <p>A operacionalização do convênio deve-se estar de assessoria do termo ativo atual, utilizando prog. org. integrada encaminhada pela CES à CIPLAN, com prévia aprovação da CES.</p> <p>As atividades de planejamento e execução das ações de saúde dos serviços locais de med. social do INAMPS, passarão a ser exercidas pelas regionais de saúde do SESAU/OP.</p>	<p>CEB - Estabelece política estadual de saúde, aprova política de RH. CIBS - Estabelece política municipal de saúde, que seguirá diretrizes de política estadual de saúde.</p>	<p>Elabora autonomia salarial. Política de R.H. - com apreciação do CES</p>	<p>CIBS - Estabelece, avalia e executa a política do SUDS a nível municipal. CES - Estabelece diretrizes de política estadual de saúde. CIS - Formula a política de R.H., apreciada pela CES, detalha e implementa a política.</p>	<p>CIS - Um representante do INAMPS para co-pedir mecanicistas para estabelecer plano de cargos e salários.</p>	<p>Presidente da CIS-SP, por delegação no âmbito de suas competências dos peritos, cria coordenações setoriais correspondentes ao planejamento.</p>	<p>Presidente da CIS-SP, por delegação no âmbito de suas competências dos peritos, cria coordenações setoriais correspondentes ao planejamento.</p>
<p>INAMPS - Recursos para o orçamento unificado. Recursos específicos para isonomia salarial entre INAMPS/SES/OP/Municípios. SESA - Aumentar participação para 10% do org. estadual, no mínimo percentual nos percentuais atuais. CIS/CIMS - Gerenciar orçamento unificado. CIB - Prestação de contas trimestral para CESCIP/ANVOP, do Estado/DO. INAMPS.</p>	<p>INAMPS - Participação mínima de 60% no orçamento unificado. Recursos específicos para financiar política de R.H.; Transferir recursos comprometidos orçamentariamente para as unidades hospitalares, co-gêneras e se que vierem a sã-lo; Transferir recursos financeiros necessários à contratação de unidade hospitalar co-gênera à conta vinculada ao convênio. CIBS - Controle/companhamento do orçamento unificado; Aprova prestação de contas mensal e remete para CIPLAN. CIBS - Elabora POI. CIS/CIMS - Gestão do orçamento. CIBS - Controle/companhamento do orçamento, remete prestação de contas à CIS. CIBS - Prestação de contas mensal ao CIMS. SESPFUSAM/SESA/ESCOP/OP - Participação mínima de 40% no orçamento unificado.</p>	<p>SUDS - Financiamento pela co-participação das instituições. - Termo aditivo e termo de ajuste para suplementação de recursos necessários. - Estado, autarquias e fundações - no mínimo o percentual mantido pelo orçamento anual. IMPAS - Processo pagamento de contratações. - Recursos liberados mensalmente. - CIS presta contas mensalmente para CES que é encaminhada para a CIPLAN. - CIMS presta contas mensalmente para CES que é encaminhada para a CIPLAN. INAMPS - Repassa recursos para isonomia.</p>	<p>SUDS - Financiamento pela co-participação das instituições. CIS e CIMS - geram orçamento unificado. CES - Controle e acompanhamento do orçamento. Termo Aditivo ou Termo de Ajuste - suplementação de recursos necessários. Estado, autarquias e fundações - no mínimo o percentual mantido pelo orçamento anual. Orçamento único: INAMPS de 50% e 60% Tesouro Nacional - restante Estado - 10% crescendo até 30%. CIB - Presta conta do SUDS para o CES que remete para a CIPLAN. CIBS - Presta conta para CIS que é homologada para CES que remete para a CIPLAN. CIS - Remete relatório trimestral para CIPLAN. Recursos liberados mensalmente.</p>	<p>FES e FMS - Constituído por Organismos Únicos, aplicações movimentadas pela SESAU e Prol. Municipal, controladas pela CIS e CIMS. 1987 - INAMPS participa no FES com CIB 10%, 348.000,00 Gov. Est. participa com CIB 1.083.847.000,00 CIB e CIPLAN - Elaboração POI</p>	<p>Financiamento através da co-participação das instituições integrantes em quadrados. IMPAS - Processo pagamento para convênios, credenciamentos e convênios. INAMPS - Cliente o mínimo de manutenção da rede de saúde custada pelos recursos federais do Estado de São Paulo. Estado e Municípios - No mínimo o percentual mantido pelo orçamento anual. Funções e Autarquias - Item Estado e Municípios. Projetos de investimento com insuficiência de recursos orgam. - utilização de recursos do FAS, FISCIONAL, FINAME e outras fontes coordenadas e administradas pelo Governo Federal.</p>	<p>Financiamento através da co-participação das instituições integrantes em quadrados. IMPAS - Processo pagamento para convênios, credenciamentos e convênios. INAMPS - Cliente o mínimo de manutenção da rede de saúde custada pelos recursos federais do Estado de São Paulo. Estado e Municípios - No mínimo o percentual mantido pelo orçamento anual. Funções e Autarquias - Item Estado e Municípios. Projetos de investimento com insuficiência de recursos orgam. - utilização de recursos do FAS, FISCIONAL, FINAME e outras fontes coordenadas e administradas pelo Governo Federal.</p>
<p>O controle e avaliação de rede de serviços que permanecerá a cargo do INAMPS, estabelecerá mecanismos e pontuações estabelecidas nas normas vigentes, os relatórios dessas avaliações deverão ser periodicamente enviados ao CESCIBS.</p> <p>CISCIBS - Acompanhamento/avaliação de SUDS, subsidiadas pelas instituições participantes, remetendo os resultados e nível laboral e estadual respectivamente para aprovação/apreciação (aterrá regulamentação específica). Será desenvolvido sistema único de informações de saúde pela CELEPAR (convênio específico).</p>	<p>CEB - Acompanhamento/avaliação de Pol. Estadual. CIB - Controle/avaliação do SUDS. CIBS - Acompanhamento/avaliação de Pol. Municipal. CIS - Controle e avaliação do SUDS no nível estadual - apreciação CES. Nível municipal - regulamentação específica.</p>	<p>CEB - Acompanhamento e avaliação de Política Estadual de Saúde. CIB - Controle e avaliação dos serviços privados. CIS - Controle e avaliação do SUDS no nível estadual - apreciação CES. Nível municipal - regulamentação específica.</p>	<p>CEB - Acompanhamento e avaliação de Política Estadual de Saúde. Comissão de Implantação do SUDS - até a criação CES - supervisionar e avaliar a implantação. CIS - Regulamenta o controle e avaliação dos serviços privados e/ou pessoas físicas prestadoras de serviços. CIS e CIMS - Controle e avaliação do SUDS - apreciação estadual pelo CES. Nível Municipal - Regulamentação específica.</p>	<p>CIS - Acompanhamento e avaliação - relatório trimestral de avaliação e prestação de contas para CIPLAN. CIS - Implanta sistema único de informações, em saúde.</p>	<p>CIPLAN - em seus respectivos CIBS - nívris - controle e CIMS - avaliação. CISCIBS - Controle da execução orçamentária decorrente da POI.</p>	<p>CIPLAN - em seus respectivos CIBS - nívris - controle e CIMS - avaliação. CISCIBS - Controle da execução orçamentária decorrente da POI.</p>
<p>CIS - Realização de adaptações de normatizações técnicas administrativas das inst. conveniadas: firmar convênios e termos ativos.</p>	<p>CEB - Elabora/aprova seu estatuto; dá diretrizes gerais para CIBS e CIMS elaborarem Reg. Internos; Aprovar R.I. da CIS. CIBS - Regulamento Controle/avaliação de prestação de serviços obedecendo critérios do INAMPS. Detalhará a forma e as bases em que se aplicará a isonomia salarial, tempo integral geográfico e a opção pelo emprego único nos serv. públicos de saúde. CIS - Com relação às unidades hospitalares co-gêneras: estabelecer os critérios para designação dos representantes dos usuários/func. dos Hosp.; Estabelece atribuições e competências para o Conselho Diretor.</p>	<p>Presidência do INAMPS normaliza a adaptação de estatuto de SRI/PA ao convênio. CIBS - Estabelece política de saúde pública e a regionalização assistencial única.</p>	<p>SUDS - Política de saúde estabelecida pelo CES. CIBS - Política de saúde estabelecida pelo CES. CIS - Apreciação do regime de CIS e estabelecimento de instruções e diretrizes gerais para as CIMS relacionadas aos respectivos regimes.</p>	<p>CIS - mecanismo para estabelecimento de Plano de Cargos e Salários. CIPLAN - Orienta implantação do Sistema Único de Informação.</p>	<p>CIS - Normaliza controle/avaliação de prestação de serviços em consonância com a Política Nacional de Saúde e promove relacionamento com o CIPLAN. CIS - isonomia salarial e normalizar mecanismos e instrumentos técnicos de POI.</p>	<p>CIS - Normaliza controle/avaliação de prestação de serviços em consonância com a Política Nacional de Saúde e promove relacionamento com o CIPLAN. CIS - isonomia salarial e normalizar mecanismos e instrumentos técnicos de POI.</p>
<p>CEB - Caráter deliberativo com representação popular e democratização das decisões e comp. paritária entre gov. e SUDS. CIB - Caráter executivo, define diretrizes gerais para CIMS elaborarem seus regulamentos, formula política de R.H. do SUDS. CIBS - Caráter deliberativo e executivo; coordena o SUDS no município, se que diretrizes da política estadual. DS - Item Agudos.</p>	<p>INAMPS - Designar seus representantes no C.D. e Diretor Técnico do Hospital. CEB - Caráter deliberativo; coordena o SUDS. CIB - Caráter executivo; gestão do SUDS, conforme diretrizes do CES; Elaboração da política de R.H.; Formula estratégias para o desenv. técnico gerencial e pol. de R.H. CIBS - Caráter deliberativo; Coordenação do SUDS no Município. CIMS - Caráter executivo; gestão do SUDS conforme diretrizes do CIMS. SESPFUSAM - Designar seus representantes no C.D. Adjunto da Unidade Hospitalar co-gênera. DS - Item Agudos.</p>	<p>Coordenação SUDS. Aprova regime de CIS e estabelece instruções e diretrizes gerais para CIMS. CIS - Gestão do SUDS a nível municipal - de acordo com políticas e diretrizes do CES. CIBS - Gestão do SUDS a nível municipal - de acordo com políticas e diretrizes do CIMS. DS - Unidade operacional do SUDS.</p>	<p>SUDS - Coordenação de forma colegiada através da CES; gestão pela CIS. CIS - Apreciação do regime de CIS e estabelecimento de instruções e diretrizes gerais para as CIMS relacionadas aos respectivos regimes. CIBS - Elabora seu regime e aprova o regulamento da CIMS. DS - Unidade operacional do SUDS.</p>	<p>INAMPS - Co-gestor (com um representante ativo) de CIS.</p>	<p>CIS - Coordena o SUDS nas decisões concernentes à implementação e operação do sistema. CIS e CIMS - Coordenação e controle da execução orçamentária de CIS. A partir de 1988 os projetos e atividades do SUDS serão programadas, organizadas e executadas exclusivamente através da POI - prevista nas AIS.</p>	<p>CIS - Coordena o SUDS nas decisões concernentes à implementação e operação do sistema. CIS e CIMS - Coordenação e controle da execução orçamentária de CIS. A partir de 1988 os projetos e atividades do SUDS serão programadas, organizadas e executadas exclusivamente através da POI - prevista nas AIS.</p>

COMPARATIVO DO TRATAMENTO DADO NOS CONVÊNIOS – SUDS – ÀS QUESTÕES DE RECURSOS HUMANOS, BENS MÓVEIS E IMÓVEIS E CONTRATOS E CONVÊNIOS

CONVÊNIOS	AL	BA	GO	SE	PA
Sobre a Questão de Recursos Humanos					
• prevê termo de cessão de pessoal	sim	sim	omisso	sim, mediante aprovação da CIS	sim
• prevê publicação de relação nominal dos servidores do INAMPS com a respectiva identificação	sim	sim	omisso	sim	sim
• prevê a manutenção dos vínculos empregatícios	sim	sim	sim	sim	sim
• assegura direitos e vantagens	sim	sim	omisso	sim	sim
• sobre transferência, cessão, relocação de servidores do INAMPS, para fora das unidades do Estado	autorizada pela CIS	omisso	omisso	omisso	omisso
• sobre isonomia salarial	regulamentada pela CIS	regulamentada pela CIS	omisso	regulamentada pela CIS. INAMPS contribui	regulamentada pela CIS
• sobre a política de RH do sistema e definição do perfil	omisso	definida pela CIS	omisso	formulada pela CIS	definida pela CIS
Sobre a Questão dos Bens Móveis e Imóveis e Contratos e Convênios					
• prevê cessão em comodato e/ou cessão de uso para próprios do INAMPS	comodato ou uso um a um para próprios e equipamentos	comodato ou uso um a um para próprios e equipamentos	omisso	sim, um a um	comodato ou uso (um a um) prédios próprios e equipamentos
• prevê termo de cessão de uso de bens móveis e imóveis	sim, idem SE	sim, idem SE	omisso	(Sim) deve explicitar que a SES deve garantir o funcionamento recup. física e reequipamento	sim, idem SE
• sobre prédios cedidos ou alugados pelo INAMPS de terceiros	idem SE	idem SE	omisso	INAMPS providenciará gestões que possibilitem a cessão	idem SE
• sobre contratos, convênios credenciamentos	passam a ser administrados pela SES	passam a ser administrados pela SES	passam a ser administrados pela SES	passam a ser administrados pela SES	passam a ser administrados pela SES

Sobre a Questão de Recursos Humanos

. prevê termo de cessão de pessoal	sim	sim	sim	omisso	sim
. prevê publicação de relação nominal dos servidores do INAMPS com a respectiva identificação	sim	omisso	sim	omisso	sim
. prevê a manutenção dos vínculos empregatícios	sim	sim	sim	sim (para todos)	sim
. assegura direitos e vantagens	sim	sim (inclusive carga horária)	sim	sim (para todos)	sim
. sobre transferência, cessão, retotação de servidores do INAMPS, para fora das unidades do Estado	omisso	respeitada a legislação vigente	autorizada pela CIS	omisso	autorizada pela SR, com homologação da CIS
. sobre isonomia salarial	sim, financiada pelo MPAS/INAMPS	regulamentada pela CIS. INAMPS contribui	omisso	equivalência salarial. INAMPS contribui	regulamentada pela CIS. INAMPS contribui
. sobre a política de RH do sistema e definição do perfil	definida pela CIS	definida pela CIS	CIS propõe plano de cargos e salários	omisso	formulada pela CIS

Sobre a Questão dos Bens Móveis e Imóveis e Contratos e Convênios

. prevê cessão em comodato e/ou cessão de uso para próprios do INAMPS	cessão, comodato ou uso para cada unidade própria e equipamentos (A implantação do SUDS é condicionada ao término de obras e reequipamento de unidades do INAMPS)	comodato ou cessão de uso para próprios e equipamentos	transf. p/ SESAU (não diz como)	ceder entre si uso de bens móveis, imóveis e equipamentos através de investimentos jurídicos adequados.	sim, próprios e equipamentos
. prevê termo de cessão de uso de bens móveis e imóveis	sim, idem SE	sim, idem SE	omisso	omisso	sim, idem SE
. sobre prédios cedidos ou alugados pelo INAMPS de terceiros	idem SE	idem SE	não consta	não consta	idem SE
. sobre contratos, convênios e credenciamento	incorporados ao SUDS, obedecidas as normas e tabelas de provas pelo INAMPS	passam a ser administrados pela SES	omisso	transferência gerencial p/ o âmbito do SUDS com participação da CIS e CIMS	passam a ser administrados pela SES

	CONVÊNIOS	PE	RN	RO	SP	PR
Sobre a Questão de Recursos Humanos						
. prevê termo de cessão de pessoal	sim	sim	sim	sim	omisso	sim
. prevê publicação de relação nominal dos servidores do INAMPS com a respectiva identificação	sim	omisso	sim	omisso	omisso	sim
. prevê a manutenção dos vínculos empregatícios	sim	sim	sim	sim	sim (para todos)	sim
. assegura direitos e vantagens	sim	sim (inclusive carga horária)	sim	sim	sim (para todos)	sim
. sobre transferência, cessão, relocação de servidores do INAMPS, para fora das unidades do Estado	omisso	respeitada a legislação vigente	autorizada pela CIS	omisso	omisso	autorizada pela SF, com homologação da CIS
. sobre isonomia salarial	sim, financiada pelo MPAS/INAMPS	regulamentada pela CIS. INAMPS contribui	omisso	equivalência salarial. INAMPS contribui	regulamentada pela CIS. INAMPS contribui	
. sobre a política de RH do sistema e definição do perfil	definida pela CIS	definida pela CIS	CIS propõe plano de cargos e salários	omisso	omisso	formulada pela CIS
Sobre a Questão dos Bens Móveis e Imóveis e Contratos e Convênios						
. prevê cessão em comodato e/ou cessão de uso para próprios do INAMPS	cessão, comodato ou uso para cada unidade própria e equipamentos (A implantação do SUDS é condicionada ao término de obras e reequipamento de unidades do INAMPS)	comodato ou cessão de uso para próprios e equipamentos	transf. p/ SESAU (não diz como)	ceder entre si uso de bens móveis, imóveis e equipamentos através de investimentos jurídicos adequados.	sim, próprios e equipamentos	
. prevê termo de cessão de uso de bens móveis e imóveis	sim, idem SE	sim, idem SE	omisso	omisso	omisso	sim, idem SE
. sobre prédios cedidos ou alugados pelo INAMPS de terceiros	idem SE	idem SE	não consta	não consta	não consta	idem SE
. sobre contratos, convênios e credenciamento	incorporados ao SUDS, obedecidas as normas e tabelas de provas pelo INAMPS	passam a ser administrados pela SES	omisso	transferência gerencial p/ o âmbito do SUDS com participação da CIS e CIMS	passam a ser administrados pela SES	

COMPOSIÇÃO DAS INSTÂNCIAS DO SUDS

	AL	BA	GO	PE	PR
CES	Não integra o sistema.	Representantes de organismos públicos: - INAMPS/FSESP/SUCAM/ FUNDACENTRO - Secretarias Estaduais (Saúde, Planej., Trab., Educ., Administr. Desenv. Urbano)/Procurador Geral do Estado/Ass. Legis./Deleg. Reg. Trab./UFBA - União de Prefeitos Representantes da sociedade civil: - CGT/CUT/FETAG/Servidores da Saúde. - Ass. Moradores/Mov. Ecológico/Pastoral da Saúde. - Prestadores Privados/Filantropicos.	Representantes de organismos públicos: - INAMPS/FSESP/SUCAM/ FUNDACENTRO - Secretarias Estaduais (Saúde, Planej., Trab., Educ./Superint. Meio Ambiente)/Procurador Geral do Estado/Ass. Legis./Deleg. Reg. Trab./UFGO/SANEAGO. - União de Prefeitos Representantes da sociedade civil: - CGT/CUT/FETAG/Servidores da Saúde. - Ass. Moradores/Pastoral da Saúde. - Prestadores Privados/Filantropicos.	"Representantes das instituições comprometidas direta ou indiretamente com o SUDS e representantes da sociedade civil organizada e presidida pela SES".	A ser criado, deverá se pautar por: - Democratização das decisões. - Composição paritária Gov./Soc. Civil.
CIS	- Superint. Reg. do INAMPS. - Dir. Reg. da SUCAM. - Dir. Reg. da FSESP. - Reitor da UFAL - Secretário da Saúde (Presidente da CIS).	- Superint. Reg. do INAMPS. - Dir. Reg. da SUCAM. - Dir. Reg. da FSESP. - Reitor da UFBA - Secretário da Saúde (Preside a CIS).	- Represent. do MPAS/INAMPS - Dir. Reg. da SUCAM - Dir. Reg. da FSESP - Represent. da UFGO - Secretário da Saúde (Preside a CIS)	- Superint. Reg. do INAMPS - Dir. Reg. da SUCAM - Dir. Reg. da FSESP - Reitor da UFPE - Secretário da Saúde (Preside a CIS)	Superint. Reg. do INAMPS - Dir. Reg. da SUCAM - Reitor da UFPR - Representante da Assoc. das Secretarias Municipais de Saúde. - Secretário da Saúde (preside a CIS)
CRIS	Não integra o sistema.	Não integra o sistema.	Não integra o sistema.	Não integra o sistema.	Não integra o sistema.
CMS	Citada mas não detalhada.	- Entidades comunitárias. - Instituições convenentes com atuação no município. - Representante da Prefeitura Municipal (preside o CMS)	Não integra o sistema.	Idem Bahia.	Idem Bahia.
CIMS	- Entidades comunitárias. - Instituições convenentes com atuação no município. - Representante da Prefeitura Municipal (preside a CIMS)	Citada mas não detalhada.	"Presidida pelo representante da Prefeitura (...) terá composição paritária".	Citada mas não detalhada.	Citada mas não detalhada.

continua

	RN	SE	RO	PA	SP	CE
CES	Não integra o sistema.	<p>Representantes de organismos públicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - INAMPS/SUCAM/FSESP - Secretarias Estaduais (Saúde, Planej., Ciência e Tecnol., Trab., Educ., Administr. Desenv. Urbano, Fazenda, de Articul. com Municípios)/Ass. Legist./Deleg. Reg. Trab./UFSE - Secr. Munic. Saúde - Aracaju <p>Representantes da sociedade civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CGT/CUT/FETASE/Servidores da Saúde. - Ass. Moradores/Mov. Ecológico/Pastoral da Saúde. - Prestadores Privados/Filantropicos. 	Não integra o sistema.	<p>Composição paritária por representantes das instituições comprometidas direta ou indiretamente com o SUDS e de representantes da sociedade civil organizada.</p> <p>Presidência: secretário de Estado da Saúde Pública.</p>	Não integra o sistema.	<ul style="list-style-type: none"> - forma colegiada - dirigente INAMPS - Secretaria de Estado da Saúde
CIS	Citada mas não detalhada.	Composição a ser determinada pela CIPLAN.	Constou apenas a presença de um representante do INAMPS.	<ul style="list-style-type: none"> - Superint. Reg. do INAMPS - Reitor da UFPA - Dir. Reg. SUCAM 	Presidida pelo Secretário Estadual de Saúde, também responsável pela Superintendência Regional do INAMPS-SP	<ul style="list-style-type: none"> - Sup. Reg. INAMPS - Reitor UFC - Dir. Resp. SUCAM, voto do Min. Saúde - Diretor Reg. FSESP, SUCAM ou da FSESP - Secr. Est. Saúde
CRIS	Não integra o sistema.	Não integra o sistema.	Não integra o sistema.	Não integra o sistema.	Não integra o sistema.	Não integra o sistema.
CMS	Não integra o sistema.		Não integra o sistema.	<p>Entidades comunitárias. Instituições participantes do CES e convênio no Município.</p> <p>Representantes da Pref. Municipal.</p>	Não integra o sistema.	
CIMS	Idem Alagoas.	Citada mas não detalhada.	Citada mas não detalhada.		Citada mas não detalhada.	<ul style="list-style-type: none"> - entidades comunitárias - inst. participantes do convênio com atuação do município. - representantes da Pref. Municipal.

POLÍTICA DE SAÚDE - INSTÂNCIAS GESTORAS

		ALAGOAS	GOIÁS	BAHIA	R.G.NORTE	SERGIPE	PARANÁ	PERNAMBUCO	RONDÔNIA	PARÁ	SÃO PAULO	CEARÁ
POLÍTICA ESTADUAL	DEFINIÇÃO DA POLÍTICA	Segue políticas definidas nas AIS	CES	CES	Segue políticas definidas nas AIS	CES	CES*	CES	CIS*	CES	CIS	CES
	AVALIAÇÃO DA POLÍTICA	Não cita	CES	Não cita	Não cita	CES	Não cita	CES	CIS	CES	CIS	CES
	EXECUÇÃO DA POLÍTICA	CIS	CIS	CIS	CIS	CIS	CIS	CIS	CIS		CIS	CIS
	ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO	CIS	CIS	CIS	CIS	CIS	CIS	CIS	CIS		CIS	CES
POLÍTICA MUNICIPAL	DEFINIÇÃO DA POLÍTICA	CMS	CIMS*	CMS	CIMS	CRIS	CIMS	CMS		CMS/CES		CIMS
	AVALIAÇÃO DA POLÍTICA	CMS	CIMS	CMS	CIMS	CRIS	CIMS	CMS		CIS	CIMS	CIMS
	EXECUÇÃO DA POLÍTICA	CIMS	CIMS	CIMS	CIMS	CIMS	CIMS	CIMS	CIS	CIS/CIMS		CIMS
	ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO	CIMS	CIMS	CIMS	CIMS	CIMS	CIMS	CIMS			CIMS	CIMS

* Não está explícito no texto.

2 – OS DISTRITOS SANITÁRIOS

A idéia central que orienta a construção de um modelo conceitual de distrito sanitário, amplamente discutida por especialistas da área e atores envolvidos no processo de transformação da prestação de assistência médico-hospitalar, é consequência de uma proposta maior de fortalecimento do nível local. Tal fortalecimento seria obtido a partir da integração das diferentes instituições públicas e privadas, sob comando único.

Nos princípios mais gerais de reorganização e redimensionamento do setor saúde, surge como fundamental a participação mais concreta e efetiva dos estados e municípios. A relevância quanto à participação destes níveis de governo é dada à medida que, com a transformação do caráter da prestação de assistência médica, envolvendo os princípios de integração, hierarquização, regionalização e equidade no atendimento, os estados e municípios deixariam de ser apenas os executores dos serviços médicos e de saúde, e passariam a ser os gestores e planejadores de uma política desenvolvida em nível estadual e municipal para o setor saúde.

O planejamento ou as diretrizes mais gerais estariam estreitamente vinculados, tanto no caso dos estados quanto dos municípios, com as características específicas de suas respectivas áreas de responsabilidade. Neste sentido, estas duas esferas deveriam traçar estratégias de ação compatibilizando e adequando seus planos de saúde com a problemática específica de suas localidades. No nível federal, restaria apenas a formulação e normatização das ações de abrangência nacional.

É neste contexto de transformação da assistência médica, introduzindo a questão da atualização e municipalização, que emerge a idéia de construção de distritos sanitários, como forma de caracterizar a unidade operacional básica do novo modelo de prestação de assistência à saúde, integrando toda rede que opera nesse nível.

Neste sentido, os distritos sanitários aparecem como uma maneira de garantir a extensão da cobertura populacional no que se refere às ações e serviços de saúde existentes. Mais que isto, a distritalização da rede básica de atendimento irá viabilizar alterações quanto ao conteúdo das práticas de saúde, uma vez que pretende identificar novas necessidades de prestação de serviços voltadas para as demandas locais na área de saúde.

Considerando os critérios contidos na noção de descentralização, os distritos sanitários foram pensados a partir da delimitação de uma dada população residente em uma determinada área geográfica. A eles caberia desenvolver e executar ações básicas de promoção, proteção e recuperação da saúde voltadas tanto para o indivíduo como para o meio.

Com a intensificação do processo de descentralização da assistência médica, foram se aperfeiçoando as análises e as propostas de modelo de distrito sanitário. Neste sentido, surgiram, principalmente entre os atores envolvidos mais diretamente nesta problemática, conceitos mais bem detalhados e mais definidos, quanto aos mecanismos e instrumentos necessários para o funcionamento do ponto de vista operacional e gerencial destes módulos de atendimento básico.

Preende-se identificar neste texto prováveis implicações passíveis de ocorrência no momento da implementação e funcionamento dos distritos, dada a sua base conceitual. Para tanto serão abordados os itens principais que estão contemplados na bibliografia utilizada, aparecendo de forma não-consensual entre os seus formuladores.

Embora considerando que haja outros aspectos de igual relevância e necessários para a implementação do distrito sanitário, apresentando pontos de convergência e de divergência nos textos que o abordam, optou-se por destacar, nesta análise, aqueles que parecem mais fundamentais e menos claros em sua base conceitual.

Assim, dois aspectos serão trabalhados: a questão do gerenciamento dos módulos e relações de vinculação e subordinação destes com os níveis governamentais (federal, estadual e municipal); e o plano de carreira formulado para os profissionais que deverão integrar o quadro de funcionários dos distritos.

Antes porém, no Quadro 5, são apresentadas, conforme mencionado, as demais características, com as variações apontadas pelos seus analistas, com relação aos elementos integrantes do distrito sanitário.

Dentre as propostas apresentadas, observa-se que, na evolução conceitual do distrito sanitário, embora se verifique uma certa uniformidade quanto à concepção de um módulo de saúde que obedeça aos princípios de regionalização, hierarquização, integração, universalização e integralidade, os aspectos referentes ao funcionamento do distrito sanitário aparecem com características diferenciadas.

A base conceitual, que é comum aos trabalhos, faz referência a um módulo de saúde pensado a partir da identificação de novas necessidades de prestação de serviços médicos e de saúde em sua área de abrangência. Neste ponto, portanto, é comum o entendimento quanto à construção de um distrito sanitário com área geográfica de abrangência definida, população adscrita, rede básica e hospitalar (próprios e contratados), com capacidade para prestar atendimento básico à população adscrita e gerência única.

Ainda que alguns documentos apontem sugestões para a construção de distritos com capacidade de atendimento variando entre 50 e 200 mil habitantes, não existe uma definição *a priori* quanto às dimensões dos mesmos. Este aspecto está justificado em função da necessidade de adequar as estratégias de atendimento às demandas específicas de cada localidade. Também são consideradas as questões relacionadas à compatibilização do número de habitantes atendidos à dimensão da rede física e equipamentos instalados existentes, das características geográficas da área dos meios de comunicação existentes etc. Desta forma, os distritos são apontados como podendo possuir uma área de abrangência que seja menor, igual ou maior que o município, já que os critérios de delimitação de área estão relacionados, em linhas gerais, à problemática local da questão saúde.

Esta questão, que a princípio, pela sua flexibilidade, pode apontar para uma maior coerência na implantação dos módulos, pode, todavia, introduzir algumas implicações no que se refere às formas de vinculação e subordinação com as instituições governamentais envolvidas na prestação de assistência médico-hospitalar.

O funcionamento de um distrito sanitário supõe, por via de regra, a elaboração de um plano que seja compatível com as suas características, que atenda à problemática local de saúde básica e que disponha de uma gerência única que garanta a sua implementação. No caso de distritos menores e/ou iguais a um município, estas questões, em princípio, parecem relativamente tranquilas, uma vez que se supõe que a gerência destes seja indicada pelo prefeito ou autoridade equivalente e a ele vinculada. Todavia, partindo-se da possibilidade de implementação de distritos maiores que o município, fica a dúvida com relação a quem ou a qual esfera de governo a autoridade do distrito deverá responder e sobre o nível governamental que indicaria o gerente.

Partindo-se desta hipótese, ou seja, da existência de distritos maiores que os municípios, é contemplada a possibilidade de uma gerência indicada por meio de consórcios intermunicipais ou de Secretarias Estaduais de Saúde. Todavia, isto coloca uma outra questão. Quais seriam os critérios de articulação das ações desenvolvidas nestes distritos com relação aos planos estaduais e municipais de saúde?

Pensados inicialmente como a unidade funcional do SUDS, os distritos passaram a ser caracterizados posteriormente numa perspectiva organizacional. Esta mudança de orientação, não obstante as necessidades de adequação para implementação do sistema descentralizado de saúde, parece confrontar-se com o conceito de municipalização. Os distritos, ao ultrapassarem a delimitação geográfica do município e dispondo de independência de gestão, podem estabelecer relações de vinculação direta com a esfera estadual e até mesmo federal. Neste caso, pode ocorrer que o funcionamento do sistema de saúde passe a ser, em sua base, autônomo no plano operacional e, em termos de planejamento e definição de tarefas e responsabilidades, monitorado por alguma destas esferas mencionadas. Ter-se-ia, assim, um sistema desconcentrado em sua base, porém centralizado no nível estadual ou federal.



Quadro 5
PROPOSTAS SOBRE A ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE DISTRITOS SANITÁRIOS

NOME	GESTÃO	PLANO DE CARREIRA	POPULAÇÃO ADSCRITA	UNID. BÁSICAS POR POPULAÇÃO
Distrito Sanitário - Conselho Nacional de Assistência Social e Previdência Social - Núcleo Básico de Organização e Serviço de Saúde*	<ul style="list-style-type: none"> - Não DS são concentradas as responsabilidades da cobertura, a administração dos meios de forma a garantir a reatividade das ações. - Gestor identificado pela população, pelo profissional de saúde, pelos chefes de unidade, pelos prefeitos e vereadores, como o agente controlador do sistema. - O gestor será o executor de uma gestão colegiada, onde participam PMMPS, estado, o município e outros órgãos federais (FIESP) e as formas organizadas de representação da população, com amplo poder decisório. Deverão participar também os prestadores de serviços não-públicos. - Esse gestor deverá gerar instrumentos de programação físico-financeira e programação integradas de todas as unidades do distrito e dispor de poder autoritativo na execução financeira, respeitando as diretrizes de legislação e de normas das diferentes instituições. 		<p style="text-align: center;">SIM</p> <ul style="list-style-type: none"> - O médico como o demais profissionais deverá responsabilizar-se por um segmento determinado da população, seja através de um setor territorial/populacional sob sua responsabilidade, seja através de atribuição das funções dentro do ou da inscrição voluntária de unidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Base operacional - políclinicas integradas por pediatras, clínico gerais e gineco-obstetras. - Essas unidades são funcionais, não necessariamente unidades básicas. - A estrutura organizativa é de abrangência total das atividades das políclinicas. - Nível primário e nível secundário. - 3 políclinicas - cada uma 1 gineco-obstetra, 3 pediatras e 3 clínicos. - Cada políclinica atua como porta de entrada para o grupo populacional geograficamente delimitado (15 e 20 mil pessoas). - Cada DS é formado por um conjunto de políclinicas (estima-se em 3).
Distrito Sanitário - Conselho Nacional de Assistência Social e Previdência Social - Núcleo de Trabalho do Grupo Organizador e Humanização da Assistência*	<ul style="list-style-type: none"> - As unidades devem ter autonomia gerencial. - A gerência das unidades deve ser exercida através de um colegiado formado por representantes das equipes de saúde (atividades), da área administrativa e dos usuários vinculados à unidade. - Esse colegiado é responsável pelo planejamento, acompanhamento e controle das atividades assistenciais desenvolvidas a nível local. - A gerência cotidiana deve ser exercida por um gestor executivo (dirigente), também membro do referido colegiado. - A gerência do DS é elemento estruturante tanto para a atribuição dos níveis e das unidades entre si. - A rede de serviços do DS deverá dispor de um gestor executivo, responsável pela execução financeira, prestação de serviços específicos, implementação do processo de planejamento integrado etc. - Junto ao gestor atuará o Conselho de Saúde do DS, constituído pelos diretores da rede e por representantes da população, com funções de planejamento incluindo inventário de recursos, acompanhamento e avaliação do desempenho de rede. - A depender do grau de implementação do SUDS, também poderão compor o conselho, representantes do poder público (fed., est. e mun.) indicados pela CIS ou CIMS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Regime de trabalho em tempo integral, possibilitando o exercício das atividades em um único local e principalmente nas unidades de 1º nível. - Isonomia salarial e plano de cargos e salários para garantir a atratividade dos profissionais à proposta. - Revisão dos mecanismos de recrutamento e seleção possibilitando a regionalização do processo seletivo e buscando a existência de residência dos candidatos na área do DS. - Deverá ser instituída, no setor público, a carreira de gerente ou administrador em saúde com formação específica em administração e planejamento de serviços de saúde. 	<p style="text-align: center;">SIM</p> <ul style="list-style-type: none"> - A vinculação da população aos serviços poderá assumir várias modalidades. - Adscrição da população a um determinado serviço em função da área de abrangência do mesmo, sendo indelimitado que profissional/equipe atende à população. - Adscrição da população a um determinado serviço em função da área de abrangência do mesmo, com designação, pelo serviço de equipes responsáveis pelo atendimento. - Inscrição voluntária de indivíduos/famílias e profissionais mediante a escolha de um único profissional médico que representa toda a equipe assistencial, composta por diferentes profissões. 	<ul style="list-style-type: none"> - Porta de entrada - 1º nível. - 3 níveis de assistência no DS - 1º nível - ações do cuidado individual e coletivo. - 2º nível - considerado como atendimento ambulatorial especializado, com serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico. - 3º nível - atendimento em situações emergenciais e internações. - Os demais serviços de saúde de outros níveis de complexidade tecnológica (amb. especializado - 2º nível, e hospitalar - 3º nível) devem assumir o papel de unidades de suporte na rede/grade do sistema, mantendo o caráterístico de assistência temporária.
Distrito Sanitário - Associação Brasileira de Saúde - Núcleo de Trabalho do Grupo Organizador e Humanização da Assistência*	<ul style="list-style-type: none"> - Gestor único em nível de DS al) DS que o município autoridade local delegada pela CIMS. b) DS e ao Município Secretário Municipal ou equivalente. c) DS - que o município autoridade delegada pela CRIS. - Participação popular concentrada através dos Conselhos Comunitários - autônomos em relação ao poder público e com poderes de fiscalização, controle e apresentação de proposta de prioridades. - Como unidade operativa, compreenderá como estruturas gestoras: <ul style="list-style-type: none"> a) Área Pública - CIMS - se for o município - CIS - se for o município - CRIS se corresponder a um contexto de municipalização. b) Participação comunitária através do Conselho de Saúde do S. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada projeto de unificação e descentralização no âmbito de cada Estado e Município gerará um subprojeto de insonomia de cargos e salários, garantindo, durante um certo período, a participação dos órgãos federais na destinação dos recursos para sua efetivação. 	<p style="text-align: center;">SIM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adscrição/vinculação de grupos de pop. à equipe de saúde e de indivíduos/famílias ao médico (especialidades básicas). 	
Distrito Sanitário - Associação Brasileira de Saúde - Núcleo de Trabalho do Grupo Organizador e Humanização da Assistência*	<ul style="list-style-type: none"> - Terá autonomia de gestão, resultando o plano de saúde. - A gerência do DS dar-se-á através de um gestor técnico indicado pela CIMS, podendo ser profissional vinculado a qualquer das instituições em transferência para o SUDS. - A autogestão do hospital completo do DS vincula-se necessariamente aos planos estadual e municipal de saúde e a gestão unitária e descentralizada de saúde. - Há gerência autônoma nos planos de pessoal, execução orçamentária, aquisição de material de consumo e medicamentos e equipamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Específico no DS com regime de progresso e ascensão funcional de acordo com as escalas e estatutos do DS. - Contempla a passagem do plano de carreira entre distritos, através de avaliação de desempenho, qualificação profissional etc. - Adscrição ao DS será através dos distritos localizados em regiões mais carentes. - Profissionais vinculados exclusivamente ao distrito, podendo dividir o período de trabalho em unidades diversas. - O SUDS compatibiliza os vários planos num plano geral de carreira. 	<p style="text-align: center;">SIM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A continuidade do cuidado deve ser garantida até a hospitalização em clínicas básicas do hospital local.
Módulo de Saúde - Conselho Nacional de Assistência Social e Previdência Social - Núcleo de Trabalho do Grupo Organizador e Humanização da Assistência*	<ul style="list-style-type: none"> - A administração do Módulo deverá coordenar todos os serviços prestados tanto pelo hospital geral, quanto pelas unidades básicas de saúde, assim como responder pelas ações administrativas, pela capacitação de pessoal e pela avaliação do funcionamento e enquadramento das unidades que compõem o módulo. - Participação da população na gestão do módulo. - MS - rede de serviços organizados sistêmica e hierarquicamente em níveis de complexidade, articulados funcionalmente sob gerência única. 	<ul style="list-style-type: none"> - estabelecer, com prioridade, o processo de desenvolvimento de recursos humanos 		<ul style="list-style-type: none"> - M. Saúde - Composto por um hospital geral e várias unidades básicas de saúde. - A USBS a porta de entrada.
Distrito Sanitário - Conselho Nacional de Assistência Social e Previdência Social - Núcleo de Trabalho do Grupo Organizador e Humanização da Assistência*	<ul style="list-style-type: none"> - A gerência do SUDSRU será feita por um Conselho Estadual de Saúde (CES), sob a presidência do Secretário de Estado de Saúde, e composto de representantes da SESRL, das instituições públicas que integram o SUDSRU e do RS. O CES define a Política Estadual de Saúde. - A nível regional, existirá uma RS, com uma Direção Regional que dependerá administrativamente de SESRL. O Diretor da RS será um funcionário da SESRL. A Direção Regional terá um Conselho Regional de Saúde, responsável pela condução política do SUDSRU, composto de representantes de SESRL e das SMS dos municípios que compõem a RS. - A RS será integrada ao CES. - O DS é a "célula fundamental" da RS. 		<ul style="list-style-type: none"> - Destaca-se a necessidade de que toda a população que habita na área esteja sob a responsabilidade do DS, de modo que exista uma relação biunívoca indivíduo - DS e DS - indivíduo. 	

continua

REFERÊNCIA	SISTEMA DE INFORMAÇÕES	Nº DE HABITANTES	RELAÇÃO COM AS ESFERAS DE GOVERNO	FINANCIAMENTO U.O. U.D.	FUNCIONAL X ORGANIZACIONAL
<p>Unidade Nacional de Assistência à Saúde e Previdência Social - Projeto Básico de Planejamento dos Serviços de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A um determinado grupo de DS, que deverá variar de 100.000 a 300.000 hab., de acordo com a existência de serviços, deverá estar integrado um hospital geral, conformando a rede de serviços identificada pela população como "unidade". - A credibilidade das policlínicas depende, em muito, da garantia de referência dos pacientes em níveis hierárquicos superiores. 	<p>50.000 habitantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - O desenho do sistema pode atingir níveis mais complexos, incluindo, no mínimo, o atendimento hospitalar de urgência e a integração nas especialidades médicas básicas. 		<ul style="list-style-type: none"> - Idealmente, deverá futuramente ser constituído um fundo comum de recursos para o distrito, administrado por seu gestor único, segundo as diretrizes definidas pelo colegiado gestor. 	
<p>Unidade Nacional de Assistência à Saúde e Previdência Social - Documento de Trabalho para o Planejamento e Ação das Ações Assistenciais</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O âmbito do hospital deve ser considerado de demanda referida. - Os serviços auxiliares de diagnósticos (patologia clínica, medicina nuclear) também estão acessíveis à população de área de abrangência da unidade somente através do sistema de referência de outros níveis. - O único setor do hospital com demanda aberta é a emergência. - Articulação funcional dos serviços de 3º nível de um DS com os serviços especializados, principalmente aqueles de tecnologia de ponta, de outros D.S. Tal articulação é fundamental para garantir aos pacientes o acesso a serviços não disponíveis no âmbito de um determinado DS. 	<p>Não consta. (Sujeito-se que pode variar) Há uma estimativa para uma pop. de 200.000 habitantes.</p>	<p>O grau de enraizamento e os níveis de articulação não foram explicitados. Também não é claro com quais instituições de governo, estabelecimento de relações, embora, via o Conselho de Saúde, possa, se houver a participação das três esferas de governo com representantes indicados por CIS e CIMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Não deve haver formas distintas de pagamento, por ex.: 1º nível - coberto financeiramente através do orçamento; 2º e 3º níveis - pagamento por produção. - É problemático também atribuir, a diferentes patologias, valores de pagamento também diferentes (incompatibilidade entre unidades organizacionais). - Proposta de programação organizacional ou cobertura populacional, pois permite a previsibilidade de custos, e estabilidade dos mesmos e a eliminação de disputa de clientela entre diversos serviços. - O orçamento deve ser originado de um plano anual de trabalho que contemple o conjunto das ações que a unidade deve prestar, mas a tradicional comparação de proposta de trabalho e orçamento previamente calculadas. - Na sistemática de posto por cobertura (ou captação) considerase a existência das ações e serviços que devem ser prestados pela unidade. 	
<p>Albuquerque Cordeiro - Base das Operacionais - Planejamento e Organização de Saúde</p>	<p>Instrumentos de Informações</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carteira pessoal de saúde - dados pessoais, características - história clínica, tratamentos e exceções a risco nas condições de vida e trabalho. - Registro de dados sobre o meio ambiente e ambiente de trabalho relativo ao território compreendido do DS ou conjunto de DS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definidos pela CIS em cada Estado, podendo coincidir ou não com o território de um município. 			<ul style="list-style-type: none"> - DS - como unidade menor de análise (e de operação) do sistema. - Não é mera unidade administrativa, mas um conceito operacional.
<p>Albuquerque Cordeiro - Estrutura dos Hospitais e Semitórias</p>					
<p>Estado de Saúde do Rio de Janeiro - Modelo Organizacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Áreas de saúde compostas de um conjunto de módulos. - Identificação do sistema de referência/contrá-referência entre os pacientes atendidos no Módulo e o atendimento especializado, nos ambulatórios e Hospitais de Base ou especializados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pertencente ao M.S., com a finalidade de permitir controle de pessoal, fluxo financeiro e da produção das atividades-lim, complementado por informações sobre utilização dos serviços pelo cliente. 	<p>200.000 habitantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Unidade com autonomia organizacional e administrativa. 	<p>Módulo de saúde como unidade organizacional e de planejamento para o Desenv. Modelo Assistencial.</p>
<p>Projeto para a Implantação do Estado do Rio de Janeiro</p>	<p>O D.S. é a porta de entrada do SUS/RSI</p> <p>O DS será apoiado pela RS, no que se refere às suas necessidades de horizontalização ou de uso de recursos de um grau de especialização ou qualificação maior que o seu nível de resolubilidade. A relação com a RS será feita através dos sistemas de referência e contra-referência, informações, programação, encaminhamento e de administração.</p> <p>O DS não desmoverá as funções médicas assistenciais: será o locus privilegiado para a intervenção sobre os fatores causais, ou associados (...)</p>	<p>O DS é a base dos sistemas de Informação de Região de Saúde.</p> <p>No DS deverão existir os seguintes subsistemas de informação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sobre a população (área de abrangência do DS e pop. adscrita ao DS); - sobre recursos e produção; - sobre situação epidemiológica; - sobre custos; - subsistema administrativo. 	<p>Um mínimo de 10.000 hab.; cobertura ideal: 50.000 hab.</p> <p>O âmbito mínimo de um DS é um bairro, podendo abranger uma Região Administrativa, um Distrito Municipal ou no mínimo um município inteiro (em municípios com menos de 10.000 hab., ou quando a população estiver dispersa, adotará-se a forma de "Unidade Básica de Saúde" - clínica geral, pediatria e gineco-obstetícia).</p>		<p>O DS é a estrutura organizacional que contempla as seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - unidade física que sedia os serviços necessários à resolução dos problemas de saúde na região; - área geográfica delimitada; - máxima resolubilidade com o mínimo de equipamento.

Entretanto, poderia pensar-se no distrito sanitário como uma forma de divisão organizacional contida nos limites do município e extrapolando-os na hipótese de consorciamento de municípios. Sendo assim, preservada a autonomia municipal, os distritos formulariam e implementariam seus próprios planos operacionais subordinados ao planejamento municipal de saúde.

A ligação, neste caso, com o nível estadual se daria em relação ao sistema de referência e contra-referência e às orientações relativas a programas de vigilância epidemiológica e sanitária desenvolvidos em âmbito regional.

Numa perspectiva um pouco diferenciada, há uma outra maneira de se pensar o gerenciamento do distrito sanitário. Ele pode ser concretizado com a participação e o envolvimento das comissões interinstitucionais, criadas com o objetivo inicial de gerenciar a rede descentralizada de serviços.

Nos convênios de criação do SUDS firmados em alguns estados, estas comissões (CIS e CIMS principalmente) acabam tornando-se um elemento-chave no processo de implementação do programa. Por suas atribuições interferem diretamente no processo de tomada de decisões dos órgãos públicos (estaduais e municipais) responsáveis pela questão saúde. Neste sentido, os convênios parecem sugerir um importante papel à CIS e à CIMS na condução do plano de descentralização, vinculando as ações das esferas de governo existentes às determinações desenvolvidas pelas mesmas.

Entretanto, cabe questionar se estas instâncias teriam condições de assumir, enquanto comissões, um papel de gerência. Esta questão se coloca no caso do distrito pelo fato de que, com a indicação da gestão vinda destas comissões e a elas respondendo, independentemente do tamanho do distrito, é provável que se construa um sistema sustentado por uma organização frágil institucionalmente, passível de geração de conflitos, tanto na operacionalização quanto na responsabilização das ações executadas.

Em vez da gerência por instâncias colegiadas, a viabilização dos distritos, como organizações de caráter institucional plural, poderia dar-se, em certo grau, com a criação de órgãos da Administração Indireta, capazes de operar recursos pluriinstitucionais e com a previsão de Conselhos de Administração multiinstitucionais. Entretanto, estes órgãos deverão vincular-se a um nível de governo.

O Quadro 6 exemplifica as alternativas e as hipóteses sugeridas em relação ao gerenciamento dos distritos sanitários.

Outro aspecto que merece ser avaliado diz respeito aos conteúdos para planos de carreira nos distritos sanitários. Esta questão, nos documentos que a abordam, apresenta aspectos diferenciados, chegando em certos momentos a se oporem.

De uma maneira geral, pode-se dizer que o movimento de reorganização do setor saúde coloca, entre outros fatores, a necessidade de elaboração de uma nova política de recursos humanos e uma política de cargos e salários compatível com os perfis profissionais que se pretende ter e comprometida com o tipo de prestação de saúde que se deseja realizar.

No caso dos distritos sanitários são apontadas alternativas de elaboração de planos de carreira por distritos sanitários, contemplando a possibilidade de progressão e ascensão funcional de acordo com as funções e estruturas dos distritos sanitários. A possibilidade de deslocamento dos profissionais da área para outros distritos é vinculada ao plano de carreira, deslocamento este que se faria mediante de avaliação de desempenho e qualificação profissional.

Ainda que estas sugestões apontem para a necessidade de elaboração de instrumentos que permitam e ofereçam aos quadros profissionais da área de saúde estímulos e melhores oportunidades para a carreira profissional, uma questão se coloca. Abrindo-se a possibilidade de passagem dos profissionais para outros distritos, sem uma regulamentação, *a priori*, do tempo de permanência dos funcionários no seu local de trabalho, pode-se ferir o princípio da vinculação do profissional de saúde a uma determinada clientela. É possível pensar, como alternativa, em instrumentos que permitam a ascensão funcional e profissional internamente ao próprio distrito.

Outra questão diz respeito à qualidade do atendimento. Partindo-se da hipótese, que a admissão para os cargos e funções existentes se realizará em distritos localizados nas regiões mais carentes, como é abordado em alguns documentos, comprometer-se-ia não apenas a qualidade e o grau de eficiência e eficácia dos serviços prestados, como também poderia haver uma obstrução dos critérios de exigência de residência dos profissionais na mesma área do distrito sanitário.

Além disso, a política de recursos humanos deve dispor de instrumentos que garantam e promovam estímulos profissionais e funcionais para os quadros a ela correspondentes. Por outro lado, seria conveniente pensar em um regime de trabalho que oferecesse aos profissionais a faculdade de cumprirem parte de sua jornada no acompanhamento de outras atividades: no âmbito de outros distritos ou, no caso da equipe médica, em hospitais de referência ou de alta complexidade, sem comprometer, entretanto o vínculo de trabalho com a sua unidade.

DISTRITO SANITÁRIO: Entendido como um módulo de atenção básica à saúde, com: área geográfica de abrangência definida, população adscrita, rede básica e hospital geral (próprios ou contratados), com capacidade para prestar o atendimento básico à saúde dessa população, e recursos financeiros plurinstitucionais administrados por uma gerência única.

HIPÓTESES DE GERENCIAMENTO	ABRANGÊNCIA			Implicações
	Menor que o Município	Igual ao Município	Maior que o Município	
Gerente indicado e respondendo: A	Ao Prefeito	Ao Prefeito	Ao Secretário de Estado da Saúde	Sistema que propicia a geração de conflitos, com Estado e Município atuando na mesma área de competência: atenção básica à saúde.
B	Ao Prefeito	Ao Prefeito	Ao Gestor do Consórcio Intermunicipal	Sistema municipalizado.
C	À CLIS	À CIMS	À CRIS	Sistema sustentado por organização frágil institucionalmente, que pode gerar conflitos na operacionalização e responsabilização das ações.
D	Ao Secretário de Estado da Saúde	Ao Secretário de Estado da Saúde	Ao Secretário de Estado da Saúde	Sistema estadualizado. Pode gerar conflito em relação à autonomia municipal.
E	Ao organismo da Administração Indireta, vinculado ao Município, que comporte, em seu Conselho Curador, membros representantes das três esferas de governo envolvidas (federal, estadual e municipal).	Ao organismo da Administração Indireta, vinculado ao Município, que comporte, em seu Conselho Curador, membros representantes das três esferas de governo envolvidas (federal, estadual e municipal).	Ao organismo da Administração Indireta, vinculado ao Governo do Estado, que comporte, em seu Conselho Curador, membros representantes das três esferas de governo envolvidas (federal, estadual e municipal).	Sistema que propicia a participação multissetorial na gerência, mas requer a redefinição de tarefas e responsabilidades. Pode propiciar a geração de conflitos com funções ora municipais ora estaduais atuando numa mesma área de competência: atenção básica à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A ACUMULAÇÃO capitalista ...
s.d. **A acumulação capitalista e a crise do modelo no setor saúde**; alguns marcos históricos. s.n.t.
- ASSISTÊNCIA MÉDICA. Instituto Nacional ...
s.d. **Assistência Médica – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS**. s.n.t.
- BARBOSA, Pedro Ribeiro
1987 **A prática de planejamento no setor saúde**: Identificação de estratégias e compromissos para a viabilização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (em particular a estadualização do INAMPS) no Estado de Alagoas. Maceió, AL. (Documento para debate)
- BARDAWIL, José Carlos
1985 A Previdência é uma questão política. **Senhor**, São Paulo, n.216, pp.3-7, maio. Entrevista.
- BATISTA, Margarida Maria Costa
1985 O incrementalismo como proposta alternativa de desenvolvimento gerencial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, pp.38-49, out./dez.
- BATISTA, Margarida Maria Costa & MEIRELLES, José Carlos Dantas
1984 Estratégias e metodologias de apoio ao desenvolvimento pessoal, profissional e funcional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, pp.13-38, abr./jun.
- BELACIANO, Mourad Ibrahim
s.d. **Saúde no nordeste**; apontamentos sobre os impasses da política nacional de saúde. s.n.t. 281p.
- BRAGA, José Carlos de Souza & PAULA, Sérgio Góes de
1981 **Saúde e previdência**; estudos de política social. São Paulo, CEBES/HUCITEC.
- BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. CIPLAN
1987 **Programação e orçamentação integrada 1988/1990**. s.l., MS, MPAS, INAMPS, MEC, MTB. 74p. (Documento Preliminar).
- BRASIL. Comissão Nacional da Reforma Sanitária, Rio de Janeiro
1987 **1987 ano da reforma sanitária**. Rio de Janeiro. Texto-proposta para o componente SAÚDE na Nova Constituição Brasileira, resultante da 8ª reunião realizada em 30-31 mar. 1987 no Rio de Janeiro.
- 1987 **Síntese da Coordenação dos Grupos Técnicos como contribuição ao documento final a ser elaborado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro, Coordenação dos Grupos Técnicos, Secretaria Técnica da CNRS.
- BRASIL. Leis, decretos etc.
1987 Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. **Diário Oficial**, Brasília, 21 jul. Seção 1, p.11.503. Dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados de Saúde nos Estados (SUS) e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS
s.d. **Os direitos do brasileiro à saúde**. s.n.t.
- 1983 **Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social**. 3.ed. s.l., INAMPS.
- 1987 **Boletim da mudança**. Rio de Janeiro, MPAS, INAMPS.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS
1987 **Convênio que entre si celebram o MPAS, com a intervenção do INAMPS, o MS, com a intervenção da FSESP, da SUCAM, da CEME e do INAN, o MEC, com a intervenção da Universidade Federal da Bahia, e o Governo do Estado da Bahia, mediante a SESAB, com a intervenção do ISEB, objetivando a constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado da Bahia**. Brasília.
- 1987 **Convênio que entre si celebram o MPAS, com a intervenção do INAMPS, o MS, com a intervenção da FSESP, da SUCAM, da CEME e do INAN, o MEC, com a intervenção da Universidade Federal de Alagoas, e o Governo do Estado de Alagoas, por intermédio da Secretaria da Saúde e Serviço Social/FUSAL, com o objetivo de estabelecer os mecanismos de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em Alagoas**. Maceió.
- 1987 **Convênio que entre si celebram o MPAS, com a intervenção do INAMPS, o MS, com a intervenção da FSESP, da SUCAM, da CEME e do INAN, o MEC, com a intervenção da Universidade Federal de Goiás, e o Governo do Estado de Goiás, mediante a Secretaria da Saúde, com a intervenção da OSEGO, objetivando a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de Goiás – SUDS/GO**. Goiânia.
- 1987 **Convênio que entre si celebram o MPAS, com a intervenção do INAMPS, o MS, com a intervenção da FSESP, da SUCAM, da CEME e do INAN, o MEC, com a intervenção da Universidade Federal de Pernambuco, e o Governo do Estado de Pernambuco, por intermédio da Secretaria da Saúde, com a intervenção da FUSAM, objetivando a constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de Pernambuco**. Brasília.
- 1987 **Convênio que entre si celebram o MPAS, com a intervenção do INAMPS, o MS, com a intervenção da FSESP, da SUCAM, da CEME e do INAN, o MEC, com a intervenção da Universidade Federal de Sergipe, e o Governo do Estado de Sergipe, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde e Bem-Estar Social, com o objetivo de estabelecer os mecanismos de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de Sergipe**. Aracaju.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS
1987 **Convênio que entre si celebram o MPAS, com a intervenção do INAMPS, o MS, com a intervenção da FSESP, da SUCAM, da CEME e do INAN, o MEC, com a intervenção da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e o Governo do Estado do Rio Grande do Norte, por intermédio da Secretaria da Saúde Pública e FHWG, com o objetivo de estabelecer os mecanismos de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Rio Grande do Norte.** Natal.

1987 **Convênio SUDS–SP;** convênio entre a UNIÃO, pelo MPAS, com a participação do INAMPS, de um lado, e o Estado de São Paulo, com a participação da Secretaria de Estado da Saúde (SES), de outro, com a intervenção do MS e do MEC, visando efetivar a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de São Paulo (SUDS), previsto no compromisso interinstitucional de 21 de maio de 1987. Brasília.

1987 **Planejamento do MPAS/SINPAS 1987-1989;** plano de ação 1987. s.l.

1987 Portaria nº 4.090, de 28 de setembro de 1987. **Diário Oficial,** Brasília, 21 out. Seção 1, p. 17411. Aprova a estrutura básica transitória da Direção Geral do INAMPS e das direções regionais, para os estados na quais venha a ser instituído o SUDES.

1987 Portaria nº 4.111, de 08 de outubro de 1987. **Diário Oficial,** Brasília, 21 out. Seção 1, pp. 17411-3. Aprova o REGIMENTO INTERNO da Consultoria Jurídica do MPAS.

1987 Portaria Interministerial nº 21, de 22 de outubro de 1987. **Diário Oficial,** Brasília, 23 de out. Seção 1, p. 17595. Inclui, na qualidade de membro efetivo da CIPLAN, 01 (um) representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

1987 **Primeiro Termo Aditivo ao convênio celebrado em 19 de maio de 1987 entre a União Federal, por intermédio do MPAS, do INAMPS, do INPS, do MS e do MEC, e do outro lado o Distrito Federal, por intermédio das Secretarias de Saúde e Serviços Sociais, e a Fundação Universidade de Brasília – FUB, objetivando a criação de um Núcleo de Estudos, Pesquisas e Assistência à Saúde Mental, vinculado à diretoria da Faculdade de Ciências da Saúde.** Brasília.

1987 **Primeiro Termo Aditivo ao convênio nº 05/86, de 08/05/86, que entre si celebram o MEC/Fundação Universidade de Brasília, o MPAS/INAMPS e o Distrito Federal/Secretaria da Saúde, visando à implantação do regime de co-gestão no Hospital do Distrito Federal Presidente Médici, pelas Instituições envolvidas.** Brasília.

1987 **Primeiro Termo Aditivo ao Termo de Adesão do Município de Pelotas ao convênio nº 08/84, que entre si celebram o MPAS, por intermédio do INAMPS, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, por intermédio de sua Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, e a Prefeitura Municipal de Pelotas por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar, objetivando implantar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Município dentro das AIS, com intervenção do Ministério da Saúde e Ministério da Educação.** Brasília.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS
1987 **Protocolo de intenções que entre si celebram o MPAS, o MS, o MEC, o Governo do Estado do Rio Grande do Norte e a Prefeitura Municipal de Natal, objetivando estabelecer os mecanismos de implantação do Sistema Municipal de Saúde Integrado ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Rio Grande do Norte.** Natal.

1987 **Protocolo de intenções que entre si estabelecem o MPAS, por intermédio do INAMPS, o MS, o Governo do Estado de Mato Grosso, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e a Prefeitura de Cáceres, objetivando estabelecer os procedimentos e mecanismos necessários à implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Município.** Brasília.

1987 **Protocolo de intenções que entre si estabelecem o MPAS, por intermédio do INAMPS, o MS, o Governo do Estado de Mato Grosso, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e a Prefeitura de Cuiabá, objetivando estabelecer os procedimentos e mecanismos necessários à implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Município.** Brasília.

1987 **Protocolo de intenções que entre si estabelecem o MPAS, através do INAMPS, o MS, o Governo do Estado de Mato Grosso, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e a Prefeitura de Rondonópolis, objetivando estabelecer os procedimentos e mecanismos necessários à implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Município.** Brasília.

1987 **Protocolo de intenções que entre si estabelecem o MPAS, o MS e o Governo do Estado de Mato Grosso, objetivando estabelecer os procedimentos e mecanismos necessários à implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de Mato Grosso.** Brasília.

1987 **Protocolo de intenções que entre si estabelecem o MPAS, o MS e o Governo do Estado do Rio Grande do Norte, objetivando estabelecer os procedimentos e mecanismos necessários à implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado do Rio Grande do Norte.** Brasília.

1987 **Protocolo de intenções que entre si estabelecem o MPAS, o MS e o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, objetivando estabelecer os procedimentos e mecanismos necessários à implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul.** Brasília.

1987 **Segundo Termo Aditivo ao convênio celebrado em 19 de maio de 1987 entre União Federal, por intermédio do MPAS, do INAMPS, do INPS, do MS e do MEC, e do outro lado o Distrito Federal, por intermédio das Secretarias de Saúde e de Serviços Sociais, e a Fundação Universidade de Brasília – FUB, objetivando a manutenção e ampliação do COROATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos, vinculado ao Núcleo de Estudos, Pesquisas e Assistência à Saúde Mental da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.** Brasília.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS

1987 **Terceiro Termo Aditivo ao convênio 08/84 que entre si celebram o MPAS, por intermédio do INAMPS, e o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, por intermédio de sua Secretaria da Saúde e Meio Ambiente, com o objetivo de implantar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul, dentro das Ações Integradas de Saúde, com intervenção do Ministério da Saúde e Ministério da Educação.** Brasília.

1987 **Termo Aditivo ao convênio 12/84 que entre si celebram o MPAS, por intermédio do INAMPS e o Governo do Estado de Mato Grosso, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde, com o objetivo de implantar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de Mato Grosso, dentro das Ações Integradas de Saúde, com intervenção do Ministério da Saúde e da Universidade Federal de Mato Grosso.** Brasília.

1987 **Termo Aditivo ao convênio SUDS – SP; Termo Aditivo ao convênio que entre si celebram o MPAS, com a participação do INAMPS, e o Estado de São Paulo, com a participação da Secretaria de Estado da Saúde, com a intervenção do MS e do MEC, visando definir recursos para implantação e operacionalização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de São Paulo (SUDS-SP).** Brasília.

1987 **Termo Aditivo ao convênio que entre si celebram o MPAS, com a intervenção do INAMPS, o MS, com a intervenção da FSESP, da SUCAM, da CEME e do INAN, o MEC, com a intervenção da Universidade Federal de Alagoas, e o Governo do Estado de Alagoas, por intermédio da Secretaria de Saúde e Serviço Social/FUSAL, com o objetivo de estabelecer os mecanismos de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em Alagoas.** Brasília.

1987 **Termo Aditivo ao convênio que entre si celebram o MPAS, com a intervenção do INAMPS, o MS, com a intervenção da FSESP, da SUCAM, da CEME e do INAN, o MEC, com a intervenção da Universidade Federal de Goiás, e o Governo do Estado de Goiás, mediante a Secretaria do Estado de Goiás, com a intervenção do OSEGO, objetivando a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de Goiás – SUDS – GO.** Goiânia.

1987 **Termo Aditivo ao convênio que entre si celebram o MPAS, com a intervenção do INAMPS, o MS, o MEC e o Estado da Bahia, através da Secretaria da Saúde, com a intervenção do ISEB, com o objetivo de implantação e operacionalização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado da Bahia.** Brasília.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS

1987 **Termo Aditivo ao convênio que entre si celebram o MPAS, com a intervenção do INAMPS, o MS, o MEC e o Estado de Pernambuco, por intermédio da Secretaria da Saúde, com a intervenção da FUSAM, com o objetivo de implantação e operacionalização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de Pernambuco.** Brasília.

1987 **Termo Aditivo ao Termo de Adesão do Município de Cáceres ao convênio nº 12/84, que entre si celebram o MPAS, por intermédio do INAMPS, o Governo do Estado de Mato Grosso, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde, e a Prefeitura Municipal de Cáceres, por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde, objetivando implantar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Município, com intervenção do Ministério da Saúde e da Universidade Federal de Mato Grosso.** Brasília.

1987 **Termo Aditivo ao Termo de Adesão do Município de Cuiabá ao convênio nº 12/84, que entre si celebram o MPAS, por intermédio do INAMPS, o Governo do Estado de Mato Grosso, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde, e a Prefeitura Municipal de Cuiabá, por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde, objetivando implantar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Município, com intervenção do MS e da Universidade Federal de Mato Grosso.** Brasília.

1987 **Termo Aditivo ao Termo de Adesão do Município de Rondonópolis ao convênio nº 12/84, que entre si celebram o MPAS, o Governo do Estado de Mato Grosso, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde, e a Prefeitura Municipal de Rondonópolis, por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde, objetivando implantar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Município, com intervenção do MS e da Universidade Federal de Mato Grosso.** Brasília.

1987 **Termo Aditivo nº 01/87; Termo Aditivo ao convênio 01/87 que entre si celebram o Governo do Estado de Alagoas, através da Secretaria de Saúde e Serviço Social, com a intervenção da FUSAL, e a Prefeitura Municipal de Arapiraca, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social, com o objetivo de estabelecer os mecanismos de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Município de Arapiraca.** Arapiraca.

1987 **Termo de Adesão ao convênio que entre si celebram o MPAS, com a intervenção do INAMPS, o MS, com a intervenção da FSESP, da SUCAM, da CEME e do INAN, o MEC, com a intervenção da Universidade Federal de Sergipe, o Governo do Estado de Sergipe e a Prefeitura Municipal de Aracaju, por intervenção da Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de estabelecer os mecanismos de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Município de Aracaju.** Aracaju.

- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS
1987 **Termo de compromisso interinstitucional que entre si estabelecem o MPAS, por intermédio do INAMPS, e o Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Saúde, com intervenção do MS, objetivando fixar as diretrizes e bases da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de São Paulo.** Brasília.
- 1987 **Termo de Compromisso que entre si estabelecem o MPAS, por intermédio do INAMPS, e o Governo do Estado de Alagoas, por intermédio da Secretaria de Saúde e Serviço Social/FUSAL, objetivando estabelecer os procedimentos e mecanismos necessários à implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de Alagoas.** Maceió.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Secretaria Geral
1981 **Resolução CIPLAN nº 3, de 25 de março de 1981.** s.l., s.ed. Aprova as normas para a adequação e expansão da rede de atenção à saúde nas unidades federadas.
- 1987 **Resolução CIPLAN nº 13, de 13 de outubro de 1987. Diário Oficial** Brasília, 23 out. Seção 1, p.17596. Aprova o documento PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO INTEGRADA - 1988/90.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS; Ministério da Saúde – MS; Ministério da Educação – MEC
s.d. **Ações Integradas de Saúde;** programação e orçamentação integrada 1986. s.n.t.
- s.d. **Ações Integradas de Saúde;** programação-orçamentação integrada 1987. s.n.t.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia
1984 **Estatísticas de mortalidade;** Brasil 1981. Brasília, Centro de Documentação. 354p.
- 1985 **Estatísticas de mortalidade;** Brasil 1982. Brasília, Centro de Documentação. 353p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde
1986 **Cadastro de Estabelecimentos de Saúde;** Brasil 1985. Brasília, Centro de Documentação. 2v.
- BRASIL. Secretaria de Planejamento da Presidência da República – SEPLAN, SEMOR
1985 Ministério da Saúde. In:_____. **Cadastro de Administração federal** Brasília.
- CAMPOS, Anna Maria
1980 Um novo modelo de planejamento para uma nova estratégia de desenvolvimento. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, v.14, n.3, pp.27-45, jul./set.
- CAMPOS, Juarez de Queiroz
1985 **Administração dos serviços de saúde.** São Paulo, s.ed.
- CAMPOS, Juarez de Queiroz; FERNANDES, Aloisio; ROZENBOJM, Jayme
1986 **Assistência médico-hospitalar no Brasil** resumo histórico, situação atual e perspectivas. São Paulo, IEPCO – Instituto de Estudos dos Problemas Contemporâneos da Comunidade. 162p.
- CHIEREGATTO, Edmur A.
s.d. **Programas federais de execução estadualizada;** os convênios sob suspeita. s.n.t.
- CHORNY, Adolfo
1987 **Subsídios para a implantação do SUDS no Estado do Rio de Janeiro;** documento para discussão. Rio de Janeiro, Secretaria de Saúde, CIS.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS. . .
1986 **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde,** Brasília, 13-17 out. 1986. **Relatório Final** Brasília, MS. 54p.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. . .
1986 **Conferência Nacional de Saúde,** 8, s.l., 17-21 mar. 1986. **Relatório Final.** s.l., s.ed. 21p.
- 1987 **Conferência Nacional de Saúde,** 8, Brasília, 1986. **Anais.** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 429p.
- CORDEIRO, Hélio de Albuquerque
1985 **O INAMPS na Nova República.** Rio de Janeiro, MPAS, INAMPS. Discurso de posse.
- 1987 **A reforma sanitária;** propostas do Presidente do INAMPS. s.l., INAMPS. 20p.
- DATAPRESS
1987 **Datapress,** Rio de Janeiro, ano 1, n.9, abr.
- DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social, Rio de Janeiro
s.d. **Adequação da estrutura organizacional** pré-conceituação. s.n.t.
- s.d. **Informativo Projeto MIPS.** s.l.
- s.d. **Projeto MIPS – Modernização e Informatização da Previdência Social;** pré-conceituação dos projetos. Rio de Janeiro.
- 1987 **Banco de dados da Previdência Social –** pré-conceituação. s.l.
- FBH – Federação Brasileira de Hospitais, Rio de Janeiro
s.d. **A cobertura assistencial hospitalar no Brasil** Rio de Janeiro. 24p.
- FELIPE, José Saraiva
1987 **MPAS – O vilão da reforma sanitária?** Brasília. Depoimento.

FENAESS – Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, São Paulo & FBH – Federação Brasileira de Hospitais, Rio de Janeiro

1987 **Deliberações da Assembléia Geral, realizada em 08 e 09/01/87, entre os representantes dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde dos Estados da Bahia, Ceará, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo, liderados pela FENAESS e FBH.** São Paulo.

FIORI, José Luiz, coord.

1986 **Diagnóstico de alguns obstáculos a uma ação planejada do INAMPS,** 1º relatório parcial. s.l., s.ed. (Convênio IEI/INAMPS/FINEP).

FONSECA, Aloysio de Salles

1985 A reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social; primeiro ano. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, v.19, n.1, pp.106-146, jan./mar.

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo, São Paulo

s.d. **Contrato FUNDAP/DATAPREV/INAMPS.** São Paulo. (Ordem de Serviço, 8).

1987 Seminário sobre o setor saúde, relatório final. In: CICLO DE SEMINÁRIOS SOBRE AÇÃO GOVERNAMENTAL, São Paulo, 22-23, jan. 1987.

FURNAS CENTRAIS ELÉTRICAS S.A., Rio de Janeiro

1987 **Relatório de progresso do convênio FURNAS/DATAPREV/INAMPS.** Rio de Janeiro. (Ordem de Serviço, 1 – Relatório, 1). Apresenta ao INAMPS os trabalhos relativos ao "Projeto para Execução de Estudo, Diagnóstico e Desenvolvimento ao Modelo Conceitual de Suprimento do INAMPS".

A GERÊNCIA dos equipamentos

s.d. **A gerência dos equipamentos.** s.n.t.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Rio de Janeiro

s.d. **Administração dos hospitais e a reforma sanitária.** s.n.t.

s.d. **Assistência médica na previdência social:** o INAMPS na Nova República. s.l., MPAS, INAMPS.

s.d. **Instruções específicas do INAMPS.** s.n.t.

s.d. **Memória – Mato Grosso.** s.n.t.

s.d. **Projeto básico de reorganização dos serviços de saúde.** s.n.t.

s.d. **Quadro-resumo de Quantitativo de Servidores – SRRJ.** s.n.t.

s.d. **Quantitativo de Servidores – Direção Geral.** s.n.t.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Rio de Janeiro

s.d. **Quantitativo de Servidores – SRRJ.** s.n.t.

s.d. **A reforma sanitária - bases estratégicas e operacionais para a descentralização e unificação do sistema de saúde.** s.n.t. 17p.

s.d. **Relatório de atividades – maio/julho, 1985.** s.l., MPAS, INAMPS.

s.d. **Relatório do Grupo de Aperfeiçoamento e Humanização das Ações Assistenciais.** s.n.t.

s.d. **Relatório MPAS – exercício 1985: Parte A – área de saúde/serviços médicos.** s.n.t.

Social, Rio de Janeiro

1987 **A atualização/municipalização do setor saúde em Rondônia pressupõe cinco grandes linhas de atuação.** Brasília.

[1987] **INAMPS – estrutura matricial (grupos de trabalho).** Rio de Janeiro. (Documento Interno).

1987 **Resolução INAMPS nº** . Brasília. Procede a alterações na organização do INAMPS e define competência e atribuições.

INSTITUTO GALLUP DE OPINIÃO PÚBLICA, s.l.

1984 **Síntese dos resultados da pesquisa sobre atitudes e expectativas de beneficiários de serviços de medicina de grupo.** s.l. Pesquisa realizada entre 26 de maio e 18 de jul. 1984 e patrocinada pela ABRAMGE.

LEVCOVITZ, Eduardo

1987 **A reestruturação da Direção Geral do INAMPS: uma proposta para debate.** Rio de Janeiro, INAMPS.

MACEDO, Carlyle Guerra de

1979 Recursos humanos para a saúde. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, v.13, n.4, pp. 79-94, out./dez.

MCGREEVEY, W.

1987 **Policies for reform of health care, nutrition and social security in Brasil.** s.l., World Bank. 14p.

MANUAL DE ORGANIZAÇÃO. . .

1979 **Manual de organização,** atribuições e competências. s.l., s.ed.

1987 **Manual de organização,** organograma. s.l., s.ed.

MATOS, Ruy de Alencar

1980 A função gerencial e o desenvolvimento de recursos humanos. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, v.14, n.3, pp.19-26, jul./set.

1982 O desenvolvimento de recursos humanos na Administração Pública; do modelo tecnocrático ao modelo democrático. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, v.16, n.3, pp.4-24, jul./set.

1985 **Desenvolvimento de recursos humanos e mudança organizacional.** Rio de Janeiro, LTC, ANFUP.

- MEDICI, André Cezar & SILVA, Pedro Luiz Barros
1986 **Financiamento e gasto do setor saúde no Brasil até 1986**, balanço, perspectivas e opções e política. s.l., s.ed. 85p.
- MONTORO, André Franco
1984 **O discurso do governador**. s.l., s.ed. Discurso pronunciado no dia 29 de novembro de 1984, data da assinatura do Decreto nº 22.970, criando as 42 Regiões de Governo.
- MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de & FLORES, Oviromar
1985 O plano de reorientação da assistência médica da previdência social; uma análise de sua coerência, factibilidade, viabilidade e desenho da estratégia. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, pp.26-47, jan./mar.
- MOTTA, Paulo Roberto
1981 Treinamento e desenvolvimento gerencial; influências sobre a experiência das empresas estatais no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, pp.124-133, jan./mar.
- O'DONNELL, Guilherme
1987 **Los actores del pacto democratizante**; reflexiones sobre la transición brasileña. s.l., s.ed.
- OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de & AZEVEDO, Maria Emília R.M. de
1985 Previdência social; diagnóstico e perspectivas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, pp.59-94, jan./mar.
- PEREIRA, Maria José Lara de Bretas
1985 Desenvolvimento organizacional na Administração Pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, pp.75-105, jul./set.
- POPULAÇÃO recenseada e estimada. . .
1986 População recenseada e estimada - 11 - População residente estimada, segundo as unidades da federação e municípios - 1985. **Anuário Estatístico do Brasil - 1985**, Rio de Janeiro, Seção 2-A, cap.5, pp.69-87.
- POSSAS, Cristina de Albuquerque, coord.
1986 **Reforma sanitária - a hora da ação**; questões para o debate da reforma sanitária nos estados e municípios brasileiros. Rio de Janeiro, CNRS. 19p.
- PROJETO de municipalização dos. . .
s.d. **Projeto de municipalização dos serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo**. s.n.t. Versão preliminar para discussão.
- PROPOSTA - JORNAL DA REFORMA SANITÁRIA
1987 **Proposta - Jornal da Reforma Sanitária**, Mangueiras, ano 1, n.1, mar.
- PROPOSTAS para a CIS
s.d. **Propostas para a CIS**; 5 diretrizes e 7 resoluções; medidas para o SINPAS. s.n.t.
- RACIONALIDADE e descentralização. . .
s.d. **Racionalidade e descentralização no INAMPS**. s.n.t.
- REVISTA DA ASSOCIAÇÃO COMERCIAL
1986 **Revista da Associação Comercial**, Rio de Janeiro, ano 47, n.1218, mar.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde
1987 **Minuta do decreto que cria o Programa Especial de Saúde da Baixada e dá outras providências**. Rio de Janeiro.
- RODRIGUES FILHO, José
1985 O mercado de serviços médicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, pp.95-105, jan./mar.
- RODRIGUES NETO, Eleutério
s.d. **Proposta de conteúdo para uma nova lei do Sistema Nacional de Saúde**; em substituição à lei 6.229/75 apresentada à CNRS. s.n.t. 13p.
- SAMPAIO, Gilberto de Mesquita; PARENTE, Laura Ibiapina; WOHLAND, Milan
1987 Uma experiência de descentralização em Administração Pública. **Cadernos FUNDAP**; organizações públicas - estudos de casos, São Paulo, ano 7, n.13, pp.23-26, abr.
- SANTOS, Geraldo Borges
1980 Desenvolvimento institucional; uma estratégia. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, pp.5-18, jul./set.
- SANTOS, Nelson Rodrigues dos et alii
s.d. **Roteiro para o plano de operacionalização**. São Paulo, Secretaria da Saúde.
- SÃO PAULO. Leis, decretos etc.
1987 Decreto nº 27.140, de 30 de junho de 1987. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 1º jul. s.p.
- SÃO PAULO. Secretaria da Saúde
s.d. **Circular aos diretores dos ERSAs do Estado de São Paulo**. s.n.t.
- s.d. **Versão preliminar das propostas do convênio de municipalização**. São Paulo.
- 1987 **Compromisso de expansão dos Termos de Adesão ao convênio 7/83 - AIS, para os municípios do Estado de São Paulo**. São Paulo.
- 1987 **Compromisso de expansão dos tetos financeiros dos Termos de Adesão ao convênio 7/83 - AIS, para os municípios do Estado de São Paulo**. São Paulo.
- SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde
s.d. **Modelo assistencial e organizacional do PMS**. São Paulo. Documento para discussão.
- SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Departamento de Administração. Seção de contratos e convênios
1987 Extrato de convênio. Convênio que celebram, de um lado, o MPAS, por intermédio do INAMPS, e de outro lado, o Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Saúde, tendo em vista a organização e implantação no Estado de São Paulo do Centro de Referência Regional Sul do Sistema Integrado de Reabilitação, Traumatologia e Ortopedia. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 11 jun. Seção 1, pp.7-8.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Departamento de Administração. Seção de contratos e convênios
1987 Extrato de Termo de Compromisso; Termo de Compromisso Interinstitucional que entre si estabelecem o MPAS, por intermédio do INAMPS, e o Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria da Saúde, com intervenção do MS, objetivando fixar diretrizes e bases da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 11 jun. Seção 1, p.7

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. CIS – SP – Comissão Interinstitucional de Saúde do Estado de São Paulo
1987 **Resolução CIS - SP 31/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 32/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 33/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 34/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 35/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 36/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 37/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 38/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 39/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 40/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 41/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 42/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 43/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 44/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 45/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 46/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 47/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 48/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 49/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 50/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 51/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 52/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 53/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 54/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 55/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 56/87**. São Paulo.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. CIS – SP – Comissão Interinstitucional de Saúde do Estado de São Paulo
1987 **Resolução CIS - SP 57/87**. São Paulo.

1987 **Resolução CIS - SP 58/87**. São Paulo.

SAÚDE EM DEBATE

1985 **Saúde em debate**, São Paulo, n.17, jul.

SEMINÁRIO SOBRE ESTADUALIZAÇÃO...

1987 **Seminário sobre estadualização do INAMPS**, 1, Maceió, 1987. **Relatório Final**. Maceió. Relatório consolidado dos relatórios específicos dos grupos de trabalho, bem como os debates ocorridos nas plenárias.

SHIRABAYASHI, Mari, coord.

1986 **Problemática dos recursos humanos em saúde no Estado de São Paulo**. São Paulo, FUNDAP, CECBE. 128p.

SILVA, José Afonso da

1973 Estrutura do orçamento-programa.

In: _____, **Orçamento-programa no Brasil**.

São Paulo, Revista dos Tribunais. cap.2, pp.38-71.

1973 Execução do orçamento-programa. In: _____, **Orçamento-programa no Brasil**. São Paulo, Revista dos Tribunais. cap.4, pp.305-347.

SILVA, Pedro Luiz Barros

1986 Políticas governamentais e perfis de intervenção: reflexões acerca da análise da intervenção estatal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, pp.3-28, abr./jun.

1987 **Observações sobre o documento "Programação e orçamentação integrada"**. [Rio de Janeiro], [INAMPS]. mimeo

SISTEMA Estadual de Saúde...

s.d. **Sistema Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul** s.n.t.

SOUZA, Isabel R.O. Gómez de

1987 A estratégia participativa de Administração Pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, pp.44-53, jan./mar.

STEPHANES, Reinhold

1984 **Previdência social**: um problema gerencial; introdução ao conhecimento; uma experiência – gestão 74/77; recursos financeiros, benefícios em espécie, assistência médica, encaminhamento de soluções (pontos para discussão). Rio de Janeiro, Lidador.

SUDS – Sistemas...

1987 **SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados**. s.l., MPAS, INAMPS. 11p. Contém Exposição de Motivos 031, de 10 de jul. de 1987; Exposição de Motivos 032, de 13 de jul. de 1987, e Decreto nº 94.657, de 20 de jul. de 1987.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury

1985 Reorientação da assistência médica previdenciária: um passo adiante ou dois atrás? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, pp. 48-58, jan./mar.

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas, Campinas
s.d. **Documento básico – questão da saúde**. s.n.t.

1986 **Projeto "Complexo Previdenciário Brasileiro: organização, formas de gestão e processo decisório"**. Campinas, NEPP. (Relatório Técnico, 2).

VIANNA, Solon Magalhães

1986 **Saúde, descentralização e desburocratização**. Brasília.

1987 **Constituinte e reforma sanitária**. Brasília, IPEA.

1987 **Reforma sanitária**: o financiamento da transição. Brasília, IPEA.

VIANNA, Solon Magalhães & PIOLA, Sérgio Francisco

1986 **Os desafios da reforma sanitária**. Brasília. 62p.



Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP
Rua Cristiano Viana, 428 - CEP 05411 - São Paulo - SP - Brasil - Fone (011) 881-5311
Endereço Telegráfico FUNDAP - São Paulo - SP - Telex (011) 30658 - FDAD-BR