

**"MODELO ASSISTENCIAL: Conceito e Operacionalização"**

Otavio Azevedo Mercadante

Vamos definir modelo assistencial em saúde como a forma como estão sendo oferecidos os serviços à população.

Este texto apresenta, resumidamente, quais as características do modelo assistencial que tem sido hegemônico no Brasil, e qual a estrutura organizacional que atende a estas características; a seguir, a proposta de um novo modelo, quais suas principais características e a correspondente exigência de uma nova concepção de organização de serviços; finalmente, apresenta a experiência de reorganização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em quatro quadros explicativos, quais sejam: a estrutura antiga (1969/77), a estrutura de transição (1978/84), a nova estrutura (1986/87) e a proposta para o futuro (198?).

**O modelo assistencial hegemônico:**

As principais características deste modelo, que se consolida após, fundamentalmente, a unificação do sistema previdenciário e, mais tarde, a criação do INAMPS, são:

1) dicotomia entre as ações preventivas e curativas. Neste modelo as ações preventivas devem ser ofertadas por uma rede de Centros de Saúde, a partir da identificação dos problemas de saúde da população suscetíveis às ações de prevenção ("demanda técnica"). As ações estão organizadas em "programações de saúde" e o componente educativo é fundamental, pois esta rede deve trabalhar com "necessidades não sentidas" da população. Esta rede é de responsabilidade do setor público.

As ações curativas são ofertadas com base em uma rede de ambulatórios, pronto-socorros e hospitais, de responsabilidade principalmente do setor privado, a partir de uma demanda de serviços por assistência médica, ("demanda espontânea", a partir de "necessidades sentidas").

2) dicotomia entre atendimento ambulatorial e hospitalar; são vistos como dois momentos autônomos de atendimento ao paciente, sendo a assistência hospitalar o local privilegiado, de maior competência e onde, pela concentração de tecnologias, os problemas de saúde da população podem ser melhor resolvidos.

3) dicotomia entre ações de saúde pública e assistência médica; as primeiras identificadas como aquelas dirigidas ao meio ambiente, à fiscalização da produção e do comércio de produtos, à fiscalização de serviços, controle de vetores, entre outros.

A assistência médica, de caráter privado, se relaciona à saúde pública, ou sendo fiscalizado por ela, ou sendo obrigado a fornecer informações.

4) dicotomia entre assistência à previdenciários (com direito à assistência à saúde, por que contribuem compulsoriamente com o sistema), e assistência a não-previdenciários (população à margem do mercado de trabalho, que foi caracterizado muitas vezes, como o grupo dos "indigentes").

Neste modelo assistencial os serviços de saúde são oferecidos à clientela que procura os Centros de Saúde com exigência de matrícula prévia, com agendamento de consultas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos previamente determinados pelas "programações", apenas nos "horários de expediente da repartição".

Em outro extremo, a população previdenciária procura o atendimento ambulatorial de serviços contratados pelo INAMPS, 24 horas do dia, onde o atendimento se caracteriza pela rapidez e pela dispensa rápida do cliente, sem nenhuma preocupação de seguimento (cada problema atendido se resolve no ato, não guardando relação com eventos anteriores nem com possíveis retornos); a internação hospitalar, quando necessá

ria, é relativamente rápida, e o doente pode ser seguidamente internado em diferentes hospitais contratados, também sem preocupação de seguimentos.

Tanto na rede de Centros de Saúde, como na rede ambulatorial-hospitalar, o vínculo paciente/médico e equipe de saúde não tem papel relevante; no primeiro caso, porque os procedimentos uniformes e previstos nas programações descaracterizam os aspectos pessoais e individuais do cliente (exa gerando, podemos dizer que nos Centros de Saúde não se curam pacientes com tuberculose, mas que se "controla a tuberculose na população"); no segundo caso, porque o que é valorizado é o sintoma e o seu pronto atendimento e a dispensa rápida do paciente ("esvaziar a sala de espera"), não havendo nenhuma preocupação com o seguimento ou a fixação da clientela (o sistema de equipes de plantão, tanto no ambulatório, como no hospital é, portanto, perfeitamente adequado a este tipo de atendimento).

O modelo organizacional que corresponde ao modelo assistencial hegemônico:

Basicamente, a organização dos serviços de saú de no Brasil corresponde ao modelo assistencial descrito. A Lei nº 6.229 do Sistema Nacional de Saúde de 1975 é absolutamente coerente com este modelo, ao definir em seus primeiros parágrafos dois grandes campos de atuação do setor público no país: o do Ministério da Saúde, voltado para as ações coleti vas e sobre o meio ambiente, e o do Ministério da Previdência e Assistência Social, voltado para a assistência médica aos indivíduos.

Apresentaremos aqui, mais especificamente, as características dos serviços públicos de saúde, organizados nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que são:

- 1) caráter uni-institucional, na medida em que a intervenção estatal deve se dar no campo específico das ações preventivas e de saúde coletiva.
- 2) centralização normativa e planejamento central, de forma a garantir que as programa

ções e suas respectivas normas, sejam uniformemente cumpridas em todos os serviços. A concepção básica é a de um "estado-maior" com suas estratégias e táticas de combate e controle às doenças. Neste modelo, os níveis intermediários da organização devem garantir a regularidade e uniformidade das ações; as suas estruturas portanto tem que ser semelhantes e cada nível intermediário reproduz, em tamanho menor, os níveis centrais.

3) os sistemas de supervisão, avaliação e controle são propostos com base nas metas a serem cumpridas por cada programação de saúde. O enfoque da supervisão é, portanto, sobre a programação de saúde (cumprimento das metas e das normas previstas) e não sobre o atendimento ao paciente; neste sentido, o especialista é progressivamente relegado a papel secundário no sistema de supervisão e sobressai a figura do sanitarista, com visão mais técnico-administrativa e com "maior visão dos problemas de saúde coletiva". A própria organização, com vários níveis intermediários (que permitem o adequado alcance do controle) e cada nível reproduzindo as regularidades e uniformidades dos demais, favorece este afastamento do supervisor da assistência direta ao paciente (em cada nível, um supervisor de relatórios, com solida os dados de sua área).

4) A rede de assistência médico-sanitária apresenta a "vocação principal" dos serviços públicos de saúde. No caso da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a rede hospitalar se ocupava quase que exclusivamente de doenças que exigiam internação hospitalar e/ou asilar e que acometiam as populações de baixa renda (tuberculose, hanseníase e doenças mentais).

#### Emergências e características do novo modelo assistencial:

Não cabe neste texto identificar as determinações sociais e o processo histórico que levaram à emergência da proposta de novo modelo assistencial.

Trabalhos bastante conhecidos sobre a questão da medicina comunitária, da medicina preventiva e social são a base para compreensão do novo modelo assistencial.

As suas principais características, em contra posição ao modelo hegemônico, são:

1) integração entre ações preventivas e cura tivas, baseadas na constatação óbvia que esta dicotomia é artificial, não atende adequadamente às ne cessidades de saúde da população e não corresponde ao conheci mento científico sobre o processo saúde-doença. Podemos exem plificar com o caso da tuberculose, onde o diagnóstico e tra tamento precoces podem e devem ser realizados no ambulatório, a partir de uma demanda de pacientes com tosse há 3 semanas; ora, no modelo antigo, por um lado não é viável o diagnóstico precoce (pois a "assistência médica" não está incorporada ao atendimento do Centro de Saúde - quem tem tosse procura o pron to-atendimento dos serviços contratados pelo INAMPS). Por ou tro lado, se o paciente com tosse há 3 semanas é atendido pelo Centro de Saúde e não tem tuberculose, não é inscrito no programa e deixa de ser atendido em suas necessidades de saúde. Somente o atendimento universal, a partir da demanda es pontânea e com resolutividade é capaz de, ao mesmo tempo, dar conta da integralidade das necessidades de saúde do paciente e da necessidade de se controlar a doença. O exemplo dado é facilmente aplicável a outras nosologias: hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, infecções oculares, malária, den gue e outras.

2) integração entre atendimento ambulatorial e hospitalar, vistos como dois momentos do mesmo processo de atendimento ao paciente e que guardam conti nuidade entre si. Neste sentido, o hospital deixa de ser vis to isoladamente e com auto-suficiência e se prevê uma adequa ção entre níveis de necessidade e níveis de resolutividade de problemas (hierarquização de serviços). A assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido com base no modelo assistencial antigo talvez seja o exemplo mais gritante da total incapacidade de se atender de forma adequada às necessi dades mais elementares de saúde da população.

3) integração entre as ações de saúde pública e a assistência médica; neste sentido, as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária passam a se integrar às ações de assistência médica, de modo a que os

aspectos de colaboração e orientação se sobreponham às ações meramente de fiscalização, desligadas de seu conteúdo técnico e quase sempre com características burocráticas-cartoriais.

4) universalização do atendimento sem distinção entre clientela previdenciária e não previdenciária; esta característica do novo modelo é fundamentalmente consequência de um movimento social de ampliação dos direitos da cidadania, reconhecendo que todo brasileiro tem direito à saúde e que é dever do Estado o atendimento a este direito.

A equalização, universalização e acessibilidade de dos serviços de saúde, representam também a possibilidade de um atendimento integral a toda a população, a partir da identificação de suas necessidades e da ampliação e melhor utilização dos recursos disponíveis.

No novo modelo assistencial ressalta a importância da relação comunidade/serviço de saúde e cliente/equipe de saúde. As características do modelo apresentado apontam para uma clara identificação: a clientela conhece e exige atendimento do "seu" serviço e do "seu" médico ou profissional de saúde; os serviços conhecem o seu território, a sua população e as suas necessidades e o atendimento tem continuidade para cada morador nele inscrito.

#### O Modelo Organizacional que corresponde ao novo modelo assistencial

A crise financeira da Previdência Social no final da década de 70 e a queda do regime autoritário de 64 em 1983, com o advento da Nova República, podem ser identificados como os marcos mais importantes nas mudanças que ocorreram na organização dos serviços de saúde do país.

A crise acima referida levou à formação do CONASP e a proposta de reorientação da assistência médica da previdência social e ao convênio das Ações Integradas de Saúde, assinados a partir de 1982/83. Inicialmente este convênio entre INAMPS/Estados/Municípios foi concebido como

uma modalidade de contratação de serviços da rede pública estadual e municipal pelo INAMPS.

O objetivo, face à necessidade de conter despesas, foi o de utilizar ao máximo a capacidade ociosa da rede ambulatorial (Centros e Postos de Saúde) e rede hospitalar, estaduais e municipais.

As AIS, entretanto, com o advento da Nova República, passaram a ser vistas como a estratégia fundamental para um Sistema Unificado de Saúde, radicalmente diferente do Sistema Nacional de Saúde proposto pela Lei 6.229 e que tem como base o novo modelo assistencial com as características já discutidas.

Surge então a necessidade de uma reorganização radical dos serviços públicos de saúde de modo a que eles possam corresponder às exigências deste novo modelo assistencial.

As características básicas desta nova organização, em contraposição a existente, são:

1) caráter multi-institucional, pois o novo modelo assistencial exige uma integração entre os serviços prestados diretamente pelos níveis federal, estadual e municipal, entre si, e com a rede contratada.

É inconcebível hoje, face ao novo modelo assistencial, qualquer instituição de saúde em qualquer nível que não preveja em sua própria estrutura organizacional comissões de integração inter-institucional. As CIS, CRIS, CLIS e CIMS deixam de ser, portanto, apenas comissões de gerenciamento de convênios AIS e passam a ser comissões de gerenciamento de todos os serviços de saúde, no seu nível de competência, e em seu território de abrangência.

2) planejamento de nível regional, descentralizado; normas flexíveis e adequadas à realidade regional.

O novo modelo assistencial, por sua abrangência e complexidade de ações desenvolvidas só é viável em uma estrutura descentralizada.

Quando os serviços de saúde se tornarem acessíveis e permeáveis a todos os problemas de saúde da população, as nosologias e os padrões de procura e satisfação dos serviços de saúde específicos de cada região inviabilizarão qualquer tentativa de planejamento/normatização centralizados.

Portanto é de baixo para cima que o novo modelo assistencial deverá ser implantado; é de baixo para cima que os órgãos centralizadores e burocráticos serão questionados até sua reformulação total. Os papéis serão invertidos: não mais o nível de prestação de serviços que trabalhará para atender aos níveis centrais, mas o nível central que trabalhará para o nível de prestação de serviços, cuja resposta é dada à população.

### 3) profunda alteração na concepção e prática dos sistemas de supervisão

O perfil do supervisor que o novo modelo assistencial exige é totalmente diferente do atualmente existente nas Secretarias de Saúde. Este novo supervisor deve estar sempre ligado diretamente ao atendimento à clientela, seja nos Centros de Saúde, ambulatórios ou hospitais; a sua principal qualificação é a competência e experiência para resolver problemas, quando os pacientes são a ele encaminhados, e para orientar a equipe de saúde, seja diretamente no atendimento, seja indiretamente nas discussões de caso.

Este supervisor não poderá nunca ser retirado do atendimento direto ao paciente: se isto ocorrer ele se desqualificará tecnicamente e passará a ser um "supervisor de papéis e relatórios".

A característica pluri-institucional do novo modelo obriga a organização a escolher o supervisor frequentemente fora de seus quadros e a autoridade do mesmo será fundamentalmente uma autoridade técnica; neste sentido as comissões inter-institucionais deverão facilitar amplamente o intercâmbio de supervisores, especialmente dos centros de excelência e referência e hospitais de ensino.

4) As secretarias municipais e estaduais de saúde devem incorporar aos seus objetivos e portanto a sua estrutura organizacional a problemática da assistência médica.

Não se trata de abandonar as suas atribuições e competências nas áreas tradicionais da Saúde Pública (isto tem sido denunciado por alguns como "inampização" das Secretarias de Saúde); mas, como foi visto antes, o novo modelo assistencial exige a integralidade das ações de saúde e estas Secretarias devem assumir a questão da assistência médico-ambulatorial, hospitalar e de emergência como problemas seus, de sua competência e responsabilidade.

A Reorganização da Secretaria de Estado da Saúde: a estrutura antiga, a estrutura de transição, a nova estrutura, perspectivas futuras.

Nos quadros em anexos, apresentamos esquematicamente estes momentos de estruturação e reestruturação da SES.

O anexo I, resume a estrutura que é basicamente a da Reforma Administrativa de 1.969 mais pequenas alterações ocorridas no período 69/77. Suas características principais são:

1. Centralização Técnico Normativa e de Planejamento no Departamento Técnico Normativo.
2. Rede de prestação de serviços (Centros de Saúde, Ambulatórios, Hospitais e Laboratórios) subordinados à diferentes estruturas (Coordenadorias) sem nenhuma integração entre eles a nível local.
3. Uma única Coordenadoria regionalizada; as demais são departamentalizadas sob a ótica da especialização e/ou de processo, e não são regionalizadas.
4. As Coordenadorias tem uma pesada organização burocrática; elas comportam Departamentos, Divisões, Serviços, Seções e Setores que se reproduzem em todas elas e nos níveis dos Departamentos Regionais de Saúde.

de.

5. Distância acentuada entre os níveis de de cisão e execução, com grande número de es calões intermediários de decisão.
6. Sistema de supervisão na CSC, concebido nos vários níveis da organização.
7. Atividades de vigilância epidemiológica e sanitária pulverizadas em vários órgãos.

O Anexo II resume a estrutura em transição, ca racterizada pelas seguintes alterações:

1. Criação do Fundo Estadual de Saúde em 1978, regulamentado em 1979; entretanto este pa sa a captar recursos extra-orçamentários significativos somen te a partir do convênio AIS.
2. Assinatura do convênio AIS (1983) que se expande principalmente em 1986, atingindo toda a rede estadual, 501 municípios (correspondendo a 98% da população do Estado).
3. Implantação da CIS, CRIS e CIMS; o Secretá rio da Saúde, como presidente da CIS assu me, para a SES o papel de coordenadora dos serviços públicos de saúde no Estado (intervenção e desapropriação do Hospital São Marcos, intervenção no Hospital Matarazzo e outras medi das são tomadas pela CIS).
4. Os Diretores dos DRS(s) são a partir de 1983 caracterizados como "sub-secretários de saúde" para a região: presidem a CRIS e os Grupos Regi nais de Integração de Ações de Saúde (GRIAS) que consolidam os orçamentos das várias unidades da SES a nível da região. Eles coordenam e implantam convênios de integração de servi ços com mais de 400 municípios.

A atuação dos GRIAS e das CRIS foi incentivada pelos órgãos de nível central (Coordenadorias), os quais fo ram gradativamente repassando uma série de responsabilidades' de caráter administrativo, e que muito contribuiu para o pro cesso de descentralização.

Concomitantemente à experiência que esses grupos regionalizados foram adquirindo, o PMS (Programa Metropolitano de Saúde) criado como nova Coordenadoria em 1985, cuidou dos estudos de um novo modelo de gerenciamento integrado nas cinco áreas objeto daquele programa, o que se traduziu pela criação dos Módulos de Saúde. Estes últimos concebem um sistema de unidades básicas de saúde, hospital geral, pronto-socorro, laboratório e ambulatório especializado sob uma gerência unificada eliminando os entraves ao trânsito da clientela entre os diversos segmentos do sistema.

Os resultados positivos advindos desses modelos integradores permite empreender, a partir do segundo semestre de 1985, os estudos que conduziriam a uma ampla reforma administrativa para dar à Secretaria uma concepção organizacional mais moderna e adequada às diretrizes de regionalização, hierarquização e descentralização administrativa. Com a colaboração da FUNDAP foram realizados grupos de discussão junto aos diversos níveis da organização a fim de colher experiências e opiniões. Desses estudos surge a idéia básica de criação dos ERSAs.

Estes processos são concomitantes: discussão e implantação de novo modelo assistencial, implantação das AIS, proposta dos ERSA(s).

5. São criados o Departamento de Recursos Humanos e o Centro de Informações de Saúde, modernizando a estrutura de nível central.
6. A rede de prestação de serviços da SES amplia-se e aumentam as dificuldades à coordenação dos serviços a nível local, tendo em vista o novo modelo assistencial que começa a ser proposto.

O Anexo III sintetiza a nova estrutura da SES já implantada, a partir dos ERSA(s), e em implantação a nível central. São suas principais características:

1. Os Decretos nºs 25 519 de 17/7/86 e 25 609 de 30/7/86 criaram 47 ERSAs no Interior do Estado e 15 na região Metropolitana de São Paulo. O ERSA foi concebido de forma a contar com uma estrutura administrativa

central de dimensão reduzida que a nível regional coordena o processo de planeamento em consonância com as políticas da Pasta, organiza a execução dos programas de Saúde e avalia seus resultados e impacto. Os diversos tipos de órgãos estaduais de saúde - centros de saúde, hospitais gerais e especializados, ambulatórios e laboratórios de saúde pública - subordinam-se ao ERSA, o qual, por sua vez, subordina-se a uma das cinco Macro-Regiões propostas.

É importante ressaltar que, consoante com os princípios de reformulação do papel do setor público de saúde, as atribuições do ERSA não se restringem à coordenação e gerência das unidades estaduais da sua região; mais do que isto, através das CRIS, lhe é assegurada uma participação primordial na condução do processo de planeamento e na coordenação de todo o setor de saúde regional, incluindo os órgãos federais, municipais e privados.

2. A coordenação de macro-região tem as seguintes características:

2.1 É instância orçamentária, de planeamento e avaliação para os ERSAs a ela subordinados.

2.2 Subordina-se diretamente ao Secretário de Estado da Saúde.

2.3 São atribuições da Coordenação de Macro-Região:

- analisar e compatibilizar os planos, programas, projetos e propostas de orçamento elaborados pelos ERSAs de sua região;
- consolidar e encaminhar ao Secretário da Saúde orçamento da sua Região;
- promover a avaliação e o controle dos resultados obtidos pelo trabalho dos ERSAs de sua Região, com vistas ao processo de planeamento;
- garantir o desenvolvimento, nos ERSAs

da Região, das políticas em implantação definidas pela Secretaria.

2.4 A Coordenação Macro-Regional compõe-se do Coordenador e do Conselho dos Diretores de ERSAs da região.

- O Conselho, presidido pelo Coordenador, reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada 15 dias, tendo por sede da reunião, alternadamente, todos os ERSAs da Região, e, extraordinariamente, por convocação do Coordenador, em local por ele indicado.
- O Coordenador contará com uma equipe de no máximo 4 técnicos (profissionais de nível universitário) e uma secretária. Esse corpo de apoio ficará sediado em São Paulo. Para as atividades de administração de seus recursos humanos e materiais a Coordenação se utilizará do suporte administrativo do Gabinete do Secretário da Saúde.

2.5. A Coordenação das Macro-Regiões tem uma estrutura mínima de suporte administrativo na área de finanças. As antigas Coordenadorias estão sendo extintas; cerca de 1.500 servidores foram deslocados para o nível dos ERSA(s) ou outros órgãos.

3. Na nova estrutura existe apenas o ERSA, que se relaciona diretamente com as unidades de prestação de serviços e o nível central; não há estruturas intermediárias entre o ERSA e o nível central.

4. O ERSA está organizado para ter do ponto de vista administrativo e técnico alto grau de autonomia, nas áreas de planejamento, avaliação e controle, e nas áreas de recursos humanos, materiais e financeiros.

5. As áreas de vigilância epidemiológica e sanitária, antes dispersas, passam a ser integradas em dois Centros, com ações coordenadas por um Conselho de Vigilâncias.

As ações de Vigilâncias, em seus aspectos de normatização, planejamento, avaliação e controle, par tem do CVS/CVE e permeiam toda a estrutura de prestação de serviços, através dos ERSA(s).

6. A CST é alterada para Coordenação de Institutos de Pesquisas, acolhendo o Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia.
7. São criadas a nível central, novas unidades de apoio com relacionamento direto com os ERSA(s).

O Centro de Apoio ao Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (CADAIS), com a finalidade de assessoria ao Secretário e aos ERSA(s), providenciando, articulando, reunindo e divulgando subsídios técnicos e científicos de mandados pela rede de prestação de serviço, especialmente em relação ao novo modelo assistencial e às ações integradas de saúde. O CADAIS não tem especialistas; é formado por um corpo de técnicos capacitados a coordenar grupos de trabalho e comissões (permanentes ou não). Os especialistas são recrutados da rede de prestação de serviços, e dos órgãos de excelência e referência, dentro e fora da Secretaria.

O Centro Técnico de Manutenção de Equipamentos e Edificações é órgão de apoio técnico aos ERSA(s) na área de planejamento da manutenção dos equipamentos e das edificações da rede física, atuando de forma descentralizada.

O Anexo IV é uma proposta para o futuro: a rede de serviços do INAMPS e Estado é transferida aos municípios e integradas funcionalmente em módulos (ou "distritos sanitários") que abrangem um município, parte de um município' (nos grandes municípios) ou consórcios de municípios (nos pequenos municípios).

Nesta proposta, a rede de prestação de serviço própria da SES, através de Decretos específicos, se extingue paulatinamente; os equipamentos e rede física são transferidos aos municípios e os Recursos Humanos colocados à disposição, com vencimentos, garantidos todos os direitos adquiridos.

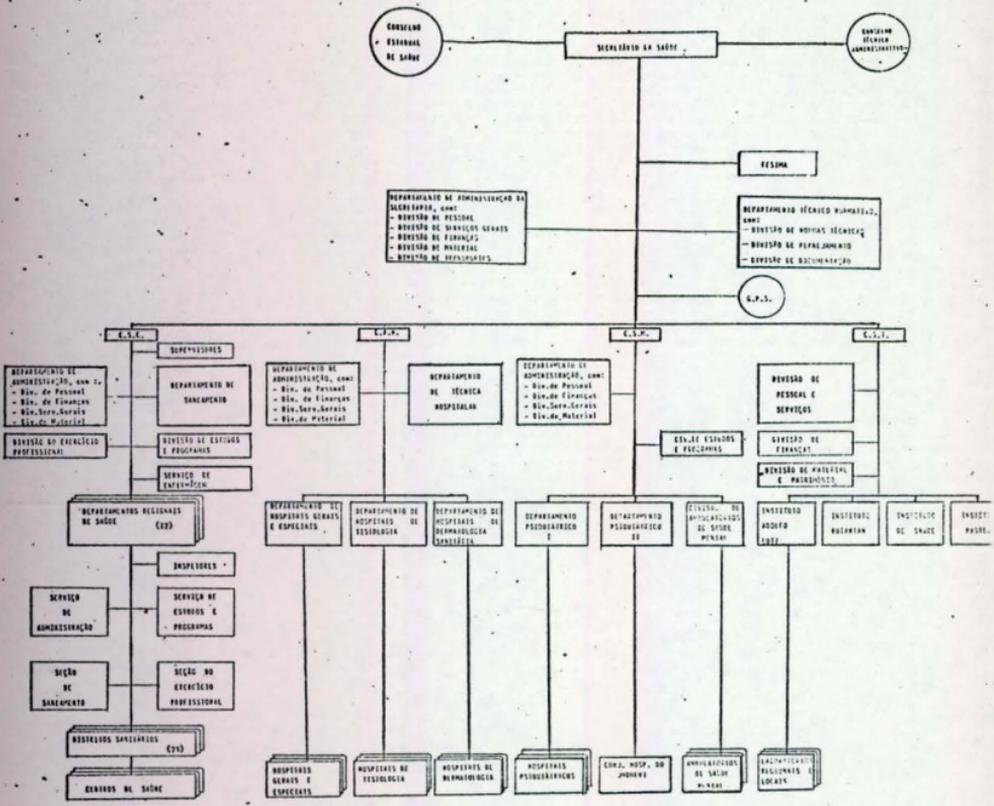
Os órgãos técnicos e as unidades de pesquisa

da SES passam a se diferenciar no sentido de serem o apoio técnico e de fornecimento de insumos à rede de serviços de saúde administrada pelos municípios e consórcios municipais.

A contratação de serviços na rede privada passa a ser descentralizada; os recursos são alocados em Fundos Municipais ou Inter-Municipais de Saúde; os convênios são tripartites (Estado/Município/Instituição privada) e acompanhados e avaliados pelos seus partícipes.

ANEXO I

ESTRUTURA BÁSICA DA SECRETARIA DA SAÚDE. (1969/77)



**FUNDOS**

- FUNDOS ESPECIAIS DE DESPESAS

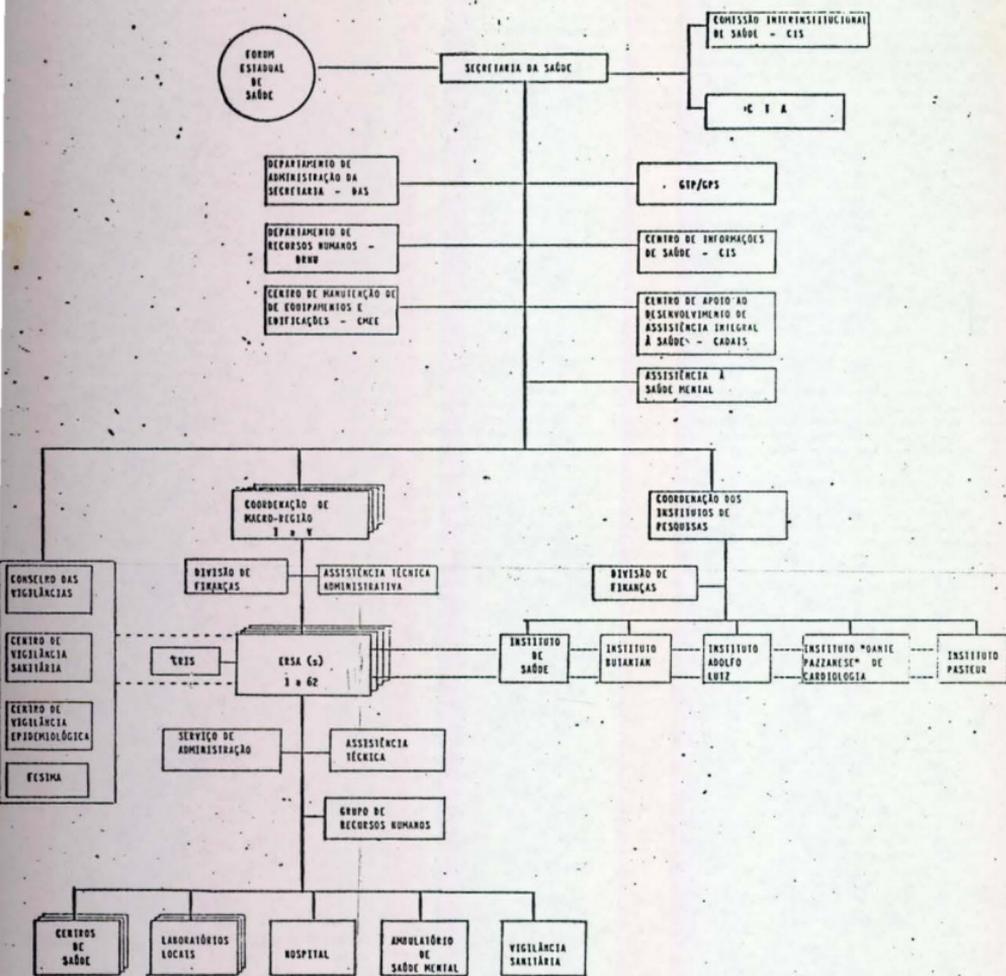
**UNIDADES ADMINISTRATIVAS VINCULADAS**

- FURP
- SUCEN





ESTRUTURA BÁSICA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (NOVA) 1986/87



FUNDOS

- FUNDOS/AIS
- FUNDOS ESPECIAIS DE DESPESA

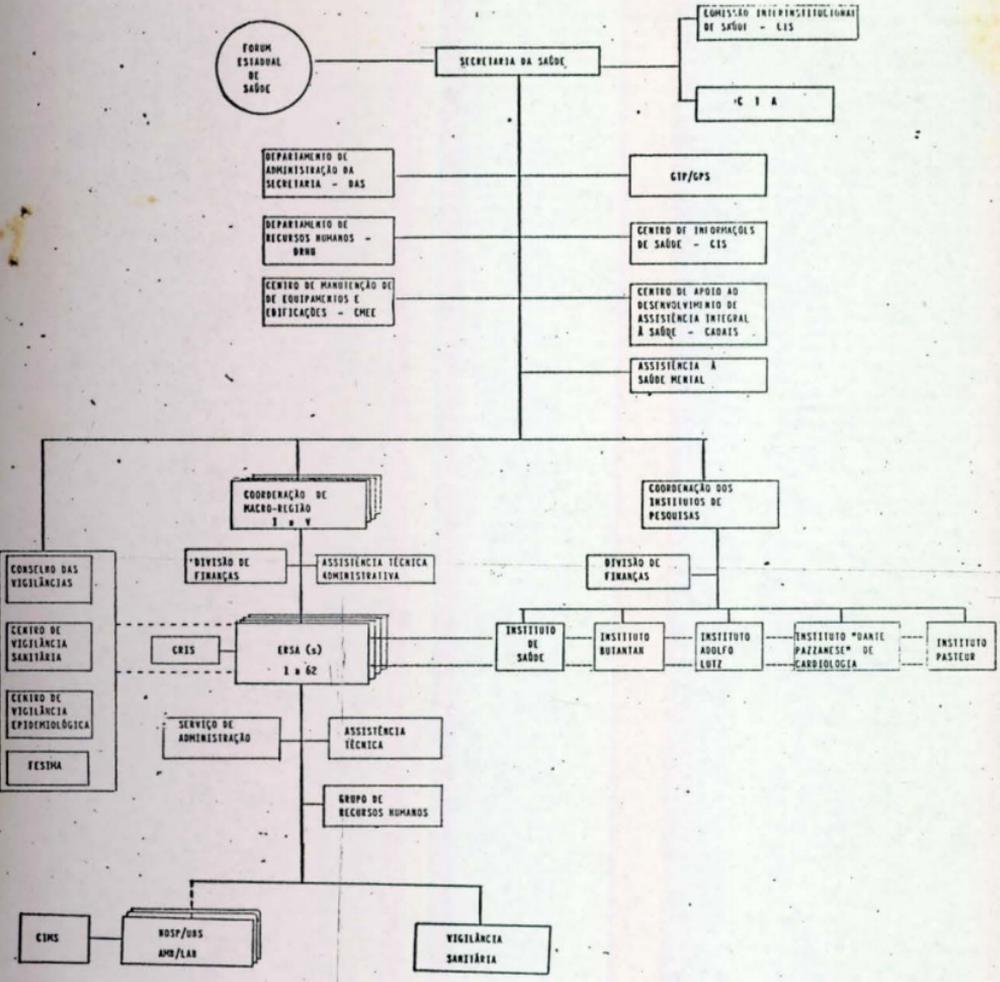
UNIDADES ADMINISTRAÇÃO INDIRETA VINCULADAS

- FURP
- SUCEN
- FCPO



ANEXO IV

ESTRUTURA BÁSICA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (FUTURA)



- FUNDS**
- FUNDOS ESPECIAIS DE DESPESA
  - FUNDES/AIS

- UNIDADES ADMINISTRAÇÃO INDIRETA VINCULADAS**
- FURP
  - SUCEN
  - FCPO
  - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS
  - HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

Obs.: Unidades operadas pelo Município ou consórcio municipal e unidades conveniadas.  
 Execução das atividades de Vigilância Sanitária através de convênios com municípios.

Obs.: Neste modelo, os Hospitais, Centros de Saúde, Ambulatórios e Laboratórios da SES são transferidos ao município, bem como Hospitais e PARS do INAMPS.