

## ÍNDICE

Exposição de motivos dos Ministros	03
Projeto do Decreto	11
Decreto Presidencial	12

E.M. 031

Em 10 de julho de 1987.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República

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

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

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

4. Entretanto, dados os compromissos públicos da Nova República de resgate da dívida social, entendem os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social que é necessário estabelecer as bases de uma política comum, de curto prazo, que seja coerente com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e que procure implementar medidas factíveis e viáveis que expressem os elementos de consenso já obtidos na sociedade brasileira e aprofundem as experiências de integração alcançadas nas Ações Integradas de Saúde. Resulta daí, uma imprescindível vontade política de consolidação das Ações Integradas de Saúde como o elemento tático mais significativo, neste momento, dentro da estratégia da reforma.

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

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

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

8. Para isso, propõe-se:

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

Dessa forma competirá:

#### I.1 - À União

- Gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Nacional de Saúde, em nível nacional;
- Elaboração do Plano Nacional de Saúde;

- Execução direta de serviços, de pesquisa e de cooperação técnica, de abrangência nacional;
- Regulamentação das relações entre o setor público e privado na prestação de serviços de saúde;
- Normatização nacional de assistência integral à saúde, da vigilância epidemiológica, da vigilância nutricional e alimentar, da vigilância sanitária, do controle das condições de trabalho, do saneamento, do meio ambiente, da informação em saúde, da pesquisa e desenvolvimento tecnológico e da produção, distribuição e controle de insumos críticos;
- Garantia da redistribuição espacial dos recursos do Sistema Nacional de Saúde;
- Implementação dos Planos Nacionais de Recursos Humanos, de Informação em Saúde, de Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde e de Produção e Distribuição de Insumos Críticos (equipamentos, medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados).

#### I.2 - Aos Estados

- Gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Estadual de Saúde;
- Adaptação das normas e diretrizes federais ao Sistema Estadual de Saúde;
- Execução direta de serviços de saúde de abrangência estadual ou micro-regional;
- Participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas;
- Elaboração e coordenação do Plano Estadual de Saúde;
- Implementação dos Planos Estaduais de Recursos Humanos, informação em saúde, desenvolvimento científico e tecnológico e de produção e distribuição de insumos críticos.

#### I.3 - Aos Municípios

- Gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde;

- Execução direta dos serviços de saúde de abrangência municipal, especialmente os de atenção básica, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde ocupacional e de controle de endemias;

- Participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas;

- Elaboração e coordenação do Plano Municipal de Saúde;

- Implementação dos Planos Municipais de recursos humanos, informação e saúde e de distribuição de insumos críticos.

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

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

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

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

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

elaboração de normas técnicas, administrativas e jurídicas, a serem aprovadas pela CIPLAN e implementadas pelos gestores do Sistema Nacional de Saúde.

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

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

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

15. Reforços das instâncias colegiadas das AIS:

- Na área federal da CIPLAN, que deverá criar mecanismos de articulação com a área econômica e ir integrando, organicamente, as funções de planejamento das diversas instituições federais.

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

A CIPLAN caberia coordenar a formulação do Plano Nacional de Saúde e do

orçamento unificado de saúde, consolidando os orçamentos federais, estaduais e municipais e acompanhando suas execuções.

- Na área estadual, as Comissões Interinstitucionais de Saúde, ampliando-se sua representatividade e dando a elas o papel de coordenar sua execução.

- Nas áreas micro-regionais ou municipais, as Comissões Regionais de Saúde ou Comissões Municipais de Saúde, responsáveis pela coordenação da formulação dos planos regionais ou municipais de Saúde e pelo acompanhamento de suas execuções.

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

17. Deverão ser gradualmente incluídos na sistemática do planejamento único e orçamento unificado, as ações e os recursos pertinentes aos órgãos e orçamentos estaduais e municipais.

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

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

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

A pluralização se justifica pelo fato de que, num país continental como o Brasil,

não se poderá pensar num modelo assistencial único, mas, ao contrário, nos diferentes modos organizacionais, referidos por uma concepção nacional global, porém adaptados às respectivas realidades regionais.

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

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

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

21. A organização distrital será norteada pelos seguintes pressupostos:

- que sejam coerentes com as particularidades geo-políticas e sanitárias de determinada área;
- que sejam compostas de um conjunto de unidades ordenadas, segundo graus de complexidade, dados pela tecnologia que utilizam e pela natureza dos procedimentos médico-sanitários que executem, compatíveis com as necessidades da população sob sua responsabilidade;
- que guardem, entre si, uma relação de complementariedade técnica e funcional, através dos mecanismos eficazes de referência e contra-referência;
- que haja uma definição clara de responsabilidade de uma autoridade sanitária quanto à administração da questão saúde em relação a uma determinada população, localizada em certa área geográfica.

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

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

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

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

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

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

ROBERTO SANTOS  
Ministro da Saúde

RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES  
Ministro da Previdência e Assistência Social

Obs.: publicado no Diário Oficial de 21 de julho de 1987, na seção 1, pág. 11.505.

E.M. 032

13 de julho de 1987.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República

Temos a honra de submeter à elevada consideração de Vossa Excelência o Projeto de Decreto anexo que dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS).

2. O art. 1º do Projeto cria os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) e o art. 2º delega poderes aos Ministros de Estado da Saúde e da Previdência e Assistência Social para baixarem as instruções necessárias à execução do disposto neste Decreto, nas suas respectivas áreas de competência.

3. O texto proposto possibilitará que se consolide e desenvolvam qualitativamente as Ações Integradas de Saúde (AIS), cujas diretrizes foram aprovadas por Vossa Excelência na Exposição de Motivos nº 31, de 10 de julho de 1987, encaminhada conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

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

ROBERTO SANTOS  
Ministro da Saúde

RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES  
Ministro da Previdência e Assistência Social

Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987.

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

“O PRESIDENTE DA REPÚBLICA”, no uso da atribuição que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição e tendo em vista o disposto no art. 10, do Decreto-lei 200, de 25 de fevereiro de 1967,

**D E C R E T A:**

Art. 1º Fica criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde (AIS) e que será implantado e executado observadas as diretrizes aprovadas pelo Presidente da República na Exposição de Motivos nº 31, de 10 de julho de 1987.

Art. 2º Os Ministros de Estado de Saúde e da Previdência e Assistência Social baixarão as instruções necessárias para a execução do disposto neste Decreto, nas suas respectivas áreas de competência. Os atos que versarem sobre matéria de atribuição de ambos os Ministérios serão expedidos por instrução conjunta.

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

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

**JOSÉ SARNEY**  
Presidente da República

Obs.: publicado no Diário Oficial de 21 de julho de 1987, na seção 1, pág. 11.503.