

A REFORMA SANITÁRIA

PROPOSTAS DO PRESIDENTE DO INAMPS

- . SAÚDE E CONSTITUINTE
- . A DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE
- . A ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE E O DISTRITO SANITÁRIO

Neste nosso segundo folheto sobre a REFORMA SANITÁRIA, reunimos três textos.

O primeiro, SAÚDE E CONSTITUINTE, sistematiza algumas idéias que expusemos na Sub-Comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembléia Nacional Constituinte, acrescido de comentários referentes ao relatório final da Comissão de Ordem Social.

O segundo, A DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE, como o próprio título indica, recupera o vínculo Reforma Sanitária - Democratização da Saúde, como um aspecto dos processos complexos de democratização da sociedade.

O terceiro, A ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE E O DISTRITO SANITÁRIO, talvez o mais inovador e ousado, desenvolve o conceito operativo de Distrito Sanitário enquanto instrumento monitor dos novos conteúdos das práticas de saúde, aprofundando reflexões sobre a gestão e os planos de carreira dos profissionais de saúde.

A Reforma Sanitária já é um processo em curso.

No INAMPS, em consonância com as diretrizes estratégicas do Ministro Rafael de Almeida Magalhães, estamos implementando um vasto elenco de medidas no sentido da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com a participação solidária dos Ministérios da Saúde, da Educação e do Trabalho, e em co-responsabilidade com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, traduzindo os princípios aprovados pelo Presidente Jose Sarney através do Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. As idéias que aqui trazemos à discussão inserem-se no detalhamento de um projeto cuja execução está em marcha.

JULHO - 1987

HESIO CORDEIRO

Presidente do INAMPS

SUMÁRIO

.SAÚDE E CONSTITUINTE	4
- A Ordem Social e a Saúde na Constituição Brasileira	5
- A Descentralização dos Serviços de Saúde: Municipalização e Estadualização como estratégias para unificação. Conceito de unificação. Co-gestão como estratégia de transição.....	6
- O relacionamento do poder público com as instituições particulares de prestação de assistência médica	8
- O financiamento setorial. Fundo de Seguridade Social. Programação e Orçamentação Integradas	9
.A DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE	12
- A gestão democrática	15
.A ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE E O DISTRITO SANITÁRIO...	18

S A U D E

E

C O N S T I T U I N T E

A ORDEM SOCIAL E A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA

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

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

Na concepção ainda vigente, a ação do Estado na área social é enfocada sob uma ótica preconceituosa, tendo como tônica a ineficiência do aparelho estatal, a completa incapacidade gerencial do Estado na execução das políticas sociais. Em outros termos, cai-se no círculo vicioso de que tudo que é público é ineficiente, funciona mal, e que, portanto, os investimentos sociais não devem constituir uma prioridade governamental. Cabe à Constituinte romper, de uma vez por todas na história das políticas sociais do país, com esses preconceitos, revisando a função social do Estado na sociedade brasileira.

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

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

A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
MUNICIPALIZAÇÃO E ESTADUALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIAS PARA UNIFICAÇÃO.
CONCEITO DE UNIFICAÇÃO. CO-GESTÃO COMO ESTRATÉGIA DE TRANSIÇÃO.

Entendemos que a descentralização dos serviços de saúde, através de sua municipalização ou estadualização, deva ser uma das estratégias centrais no sentido da extensão da cobertura, da ampliação do controle social sobre a qualidade do atendimento e da própria possibilidade de aprimoramento dos cuidados de saúde.

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

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

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

O salto do modelo vigente para o novo modelo pode ter como mecanismo de transição a co-gestão, ou seja, a montagem de um orçamento em que se defina as várias fontes de financiamento, oriundas da União, da Previdência, dos estados, do município, de recursos para investimento vinculados ao FAS ou ao FINSOCIAL, e de recursos externos.

A montagem dessa sistemática de co-gestão para a transição supera, a nosso ver, problemas tais como as dificuldades no fluxo de repasses de recursos às prefeituras, em função de entra

ves de ordem administrativa e burocrática. O mecanismo da co-gestão permite que, a partir da definição de um orçamento e de um sistema de acompanhamento, os repasses sejam feitos de forma automática a cada mês, com avaliação do cumprimento das metas físico-financeiras.

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

No nosso entender o processo de unificação significa, antes de tudo, uma reaglutinação de forças sociais. Esta dar-se-á a partir da implementação dos projetos concretos de unificação ora em curso, que não precisam esperar pela nova Constituição ou sequer pela nova Lei do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Devem ser acumuladas experiências concretas que envolvam os profissionais de saúde, os órgãos de representação da sociedade civil, principalmente dos trabalhadores rurais e urbanos, os partidos políticos e comissões ou grupos de saúde existentes no interior destes partidos. O processo de unificação do sistema de saúde a partir de sua base articulará os apoios sociais e políticos para sua progressiva consolidação.

O RELACIONAMENTO DO PODER PÚBLICO COM AS INSTITUIÇÕES
PARTICULARES DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

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

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

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

Esta questão é sempre bastante polêmica, dado que as formas de contratação de serviços baseadas no princípio do direito público não têm sido aceitas, ou têm sido bastante questionadas, pelo setor privado de caráter lucrativo.

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

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

O FINANCIAMENTO SETORIAL. FUNDO DE SEGURIDADE SOCIAL.
PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO INTEGRADAS.

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

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

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

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

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

A gestão do programa e orçamento únicos dar-se-á pe-
las Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tendo na CIBLAN,
nos Conselhos Estaduais de Saúde, nas CIS e nas CIMS os órgãos co-
legiados de deliberação e fiscalização. Naturalmente que tais con-
selhos e comissões deverão ter sua composição ampliada, com a in-
clusão da representação dos trabalhadores urbanos e rurais, da
classe patronal, dos profissionais de saúde e dos prestadores de
serviços. Nesta formulação o INAMPS não será mais executor dire-
to de serviços, nem gerenciador dos convênios e dos contratos com
o setor filantrópico, privado, hospitais universitários e outros.
Tais atribuições são transferidas, como responsabilidade, às Se-
cretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

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

Quando pensamos nos direitos a serem assegurados na
futura Constituição através dos itens referentes ao financiamento
setorial, devemos destacar a consolidação da idéia do direito à
saúde como um direito universal, que não se reparte entre aqueles
que trabalham ou não trabalham, que são vinculados à Previdência
ou que não são a ela vinculados. Para tanto é de fundamental im-
portância propor condições práticas para que tal conceito possa
se viabilizar e, nesse sentido, alguns tópicos nos parecem indis-
pensáveis de menção com vista à correção das distorções que hoje
em dia apresentam.

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

Certamente outra condição à qual é preciso atender,
se refere à ampla recuperação do funcionamento e à expansão da re-

de pública de serviços, e não apenas os serviços básicos, mas também a garantia de referência aos níveis de hospitalização necessário, inclusive os de maior complexidade tecnológica e portanto mais caros. Isto no campo específico da assistência médica, que evidentemente não se resolve em si mesmo. É preciso que se destinem amplos recursos aos programas de combate às doenças endêmicas e epidêmicas, e que se façam investimentos na área de produção de insumos, de medicamentos, de tecnologia, de equipamentos e em todos os programas de formação dos profissionais de saúde.

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

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

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

A DEMOCRATIZAÇÃO

DA SAÚDE

A reforma sanitária rege-se por três grandes princípios.

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

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

O orçamento de saúde também deve ser unificado.

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

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

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

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

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

O segundo princípio é o da descentralização das ações de saúde: estadualização, municipalização, distritalização. O sistema é federativo, com a unificação da gestão nos secretários estaduais e municipais de saúde. E a sua unicidade se dá pela base:

o distrito sanitário, que não é uma mera unidade administrativa, mas um conceito operacional, uma ferramenta para a mudança dos conteúdos das práticas de saúde.

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

O terceiro princípio é o da democratização da saúde.

Democratizar é extinguir privilégios: assegurar para todos o acesso aos serviços de saúde existentes, ampliá-los e melhorá-los.

Este é o critério mais evidente, o mais simples e o mais importante. Passa pela ampliação do gasto público em saúde, por uma gestão tecnicamente eficaz e eficiente, pelo incremento da rentabilidade dos investimentos sociais, pelo crescimento da produtividade do trabalho, pela melhoria da qualidade e pela maior resolutividade dos serviços oferecidos pelo setor público.

A obtenção destes requisitos depende em larga escala das pressões sociais canalizadas tanto pelas lutas do funcionalismo por aumentos salariais e melhores condições de trabalho, como pelas lutas dos usuários por melhoria dos serviços de saúde a que têm direito, inclusive exigindo do funcionalismo mais disciplina laboral e mais produtividade no trabalho.

As condições institucionais, ou as regras do jogo, que potencializam estas pressões sociais, configuram outro aspecto relevante da democratização da saúde. Elas dizem respeito à democratização da gestão.

A GESTÃO DEMOCRÁTICA

A gestão democrática alicerça-se no governo das leis, na transparência do poder e na participação da cidadania.

O primado das leis sobre os governantes, ou seja, o estado de direito, é requisito democrático. A democracia é o governo das leis. O casuísmo é o arbítrio. Logo, a gestão democrática precisa de regras claras, assenta-se na observância de normas escritas, vinculatórias, que regulem os processos decisórios na administração pública.

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

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

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

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

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

A gestão democrática tem o desafio de aperfeiçoar os mecanismos tradicionais (obrigatoriedade de publicação dos atos administrativos no Diário Oficial ou no Boletim de Serviços, franquia de acesso às informações para a imprensa, prestação de contas aos Tribunais e Comissões Parlamentares etc) e de inventar os novos mecanismos capazes de imprimir-lhe maior transparência.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A ADMINISTRAÇÃO DA

SAÚDE E O

DISTRITO SANITÁRIO

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

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

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

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

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

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

A admissão sempre se dará através de distritos localizados em regiões mais carentes. As funções de administração de

saúde (de unidade local a gestão do distrito) corresponderão, no plano de carreira, a perfis de qualificação profissional que serão pré-condições para o exercício de cargos e de gestão.

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

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

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

A auto-gestão do hospital complexo ou do distrito sanitário vincula-se necessariamente aos planos estadual e municipal de saúde e à gestão unificada e descentralizada do sistema. A gerência é autônoma nos planos de pessoal, execução orçamentária, aquisição de material de consumo, medicamentos e equipamentos de pequena ou média complexidade.

O Plano de Carreira do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) de um determinado Estado ou Município comtemplaria, portanto:

- a) planos específicos vinculados aos distritos sanitários ou hospitais complexos;
- b) progressão por mérito, incluindo o concurso no caso da progressão entre planos de distritos ou hospitais distintos;
- c) o plano geral de carreira incluiria, assim, todas as alternativas, do distrito mais simples ao hospital mais complexo.

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

O quadro da entidade que sucederá ao INAMPS na gestão dos recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS)

para a saúde será constituído a partir de processo seletivo que ocorrerá após a definição da nova estrutura.

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

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

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