

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Técnica da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com o objetivo de subsidiar os trabalhos da Comissão na discussão do conteúdo da nova Carta Constitucional que deverá fixar os objetivos a serem alcançados no projeto de lei da Reforma Sanitária brasileira, consolidou, na coletânea a seguir, algumas propostas apresentadas ao debate amplo da VIII Conferência Nacional de Saúde, do I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e CIPLAN.



CONSOLIDAÇÃO DE ALGUMAS PROPOSTAS PARA A
NOVA CARTA CONSTITUCIONAL E PARA A CONS
TRUÇÃO DE UM NOVO ARCABOUÇO INSTITUCIO
NAL EM SAÚDE NO PAÍS

Documentos consolidados pela
Secretaria Técnica da Co-
missão Nacional de Reforma
Sanitária.

Rio de Janeiro/Brasília, setembro de 1986

REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: Proposta do conteúdo "Saúde" para a Constituição (*).

Eleutério Rodriguez Neto

* Proposta elaborada com base no Relatório Final da VIII-Conferência Nacional de Saúde e aprovada pelo I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO)

PROPOSTA DO CONTEÚDO "SAÚDE" PARA A CONSTITUIÇÃO*

a ser garantido
 X ART. (1): A atenção à saúde é um direito (assegurado) a to-
 dos os habitantes do território nacional, sem qualquer fator de dis-
 criminação, de acordo com o conhecimento científico, a tecnologia e
 os recursos (disponíveis), com vistas a assegurar a (conquista progres-
 siva dos) melhores ^{dos} padrões de saúde para a população.

7 § 1º O direito à saúde significa a garantia, pelo
 Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e iguali-
 itário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação *reabilitação* de
 saúde em todos os seus níveis.

§ 2º São consideradas ações próprias de proteção, pro-
 moção e recuperação da saúde:

- ênfase*
- I - Saneamento ambiental;
 - II - Controle das condições do ambiente de trabalho;
 - III - *X* Vigilância sanitária sobre alimentos, medica-
mentos e outros produtos de consumo e uso huma-
no; *insp. afonada de plantas e animais de feras*
 - IV - Controle das condições ambientais; *movimento de saneamento de saneamento e outros*
 - V - Vigilância epidemiológica e nutricional; *previdência*
 - VI - Medidas preventivas específicas contra doenças;
 - VII - *X* Atenção médico-hospitalar (individual);
 - VIII - Atenção odontológica;
 - IX - Assistência farmacêutica;
 - X - Medidas de reabilitação e reintegração;
 - XI - Educação para a saúde;
 - XII - Outras pertinentes. *quanto ao conhecimento sobre saúde (saneamento e populações)*

ART. (2): O conjunto das ações de promoção, proteção e
 recuperação de saúde é uma função de natureza pública, cabendo ao
 Estado a sua normatização e execução.

§ 1º *complementar* O setor privado de prestação de serviços de
 saúde poderá ser chamado a colaborar na cobertura assistencial à po-

* Proposta elaborada por Eleutério Rodriguez Neto, com base no Relatório Final da VIII - Conferência Nacional de Saúde e aprovada pelo I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO), como subsídio para a discussão, com vistas à Assembleia Nacional Constituinte.

pulação, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público.

§ 2º A bem da continuidade e qualidade dos serviços, o poder público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da política nacional de saúde.

§ 3º É assegurada a livre organização dos serviços médico-odontológicos privados, desde que não subsidiados, subvencionados ou financiados com recurso público e obedecidas as normas técnicas e os preceitos éticos vigentes. *e o filantropico*

ART. (3): As ações e serviços de saúde são organizados sob a conformação de um Sistema Único de Saúde com as seguintes características:

- I - Integração dos serviços, com comando administrativo único em cada esfera de governo, de acordo com as ações de âmbito nacional, de âmbito estadual e de âmbito municipal.
- II - Integralidade e unidade operacional das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, em termos de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- III - Descentralização político-administrativa, observado o princípio da proximidade entre a ação administrativa e o ato finalístico, assim como as autonomias estaduais e municipais.
- IV - Reconhecimento da legitimidade das entidades representativas da população na formulação e controle da política e das ações de saúde em todos os níveis, com garantia de canais de acesso para essa participação.
- V - Regionalização e hierarquização da rede de serviços, com adscrição de clientela aos serviços básicos de saúde.

ART. (4):: O financiamento do setor saúde será provido com recursos regulares da União, da Previdência Social, assim como dos

Feb memo.

Estados e Municípios.

§ 1º A Previdência e Assistência Social alocará (25%) da receita do Fundo da Previdência Social (FPAS) ao setor saúde,

Proposta: 1/2 do PIB

§ 2º A União, os Estados e os Municípios destinarão 12% de sua receita Tributária ao Setor Saúde.

§ 3º A União poderá estabelecer tributos vinculados, destinados ao financiamento do setor.

§ 4º A integração dos recursos das várias fontes se dará através de Fundos de Saúde nos níveis Federal, Estadual e Municipal, administrados de forma colegiada pelos órgãos financiadores, executores, e por representantes de usuários.

ART. (5) As atribuições do poder público nos níveis federal, estadual e municipal, assim como os mecanismos de coordenação, administração e financiamento do Sistema Único de Saúde serão definidos em uma Lei do Sistema Nacional de Saúde e outras leis ordinárias destinadas à normatização de aspectos específicos, especialmente a queles que dizem respeito à articulação inter-setorial.

§ 1º As políticas de insumos para o Setor Saúde, como de medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico assim como a de recursos humanos deverão sempre se subordinar aos interesses e diretrizes da política do setor.

§ 2º O controle estatal sobre a produção de insumos críticos do setor, como sangue, medicamentos e imunobiológicos deve ser objetivo permanentemente colimado com vistas à preservação da soberania nacional.

ART (6) A Política Nacional de Saúde deve ser objeto de um Plano Nacional de Saúde plurianual, consolidado, aprovado em todas as instâncias legislativas da União, dos Estados e dos Municípios.

§ ÚNICO O Plano Nacional de Saúde deverá conter para cada período de vigência as metas, os recursos e a estratégia político-operacional para sua implementação.



REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: Contribuição ao debate sobre a
construção de um novo arcabouço institucional em saúde. (*)

Cristina de Albuquerque Possas

(*) Síntese das proposições apresentadas à VIII Conferência
Nacional de Saúde, Brasília, março de 1986.



A atual conjuntura política vem colocando insistentemente em cena uma antiga proposta para a chamada unificação do sistema de saúde no país: a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, atualmente em debate no GERAP (Grupo de Estudos da Reforma Administrativa no Setor Público).

Muito já foi dito sobre as distorções que adviriam desta incorporação do INAMPS por um Ministério da Saúde esvaziado de recursos e sem a necessária força política para assumir a direção deste processo. Esta assimilação, ao invés de romper com as distorções da tendência à racionalização da prestação de serviços no âmbito da Previdência Social, acabaria por reforçá-la, submetendo as ações de saúde pública aos determinantes e às distorções do padrão atual da organização da assistência médica previdenciária.

Ao contrário, esta transição somente poderá se concretizar a partir de ampla reforma de natureza jurídico-institucional que permita, de um lado, redefinir o padrão vigente de relacionamento entre o setor público e o privado em todas as esferas de abrangência da política de saúde e, de outro, superar a atual fragmentação do sistema de saúde brasileiro, garantindo real autonomia aos Estados e Municípios na alocação dos recursos e na gestão do sistema, com efetiva participação das entidades representativas dos trabalhadores e da população.

Esta abertura do leque de possibilidades de atuação pelo sistema de saúde responderia, de um lado, à já mencionada complexidade nos padrões de morbidade e mortalidade da população e permitiria, de outro, que cada cidadão brasileiro, independentemente de sua posição no mercado de trabalho, da categoria a que pertencesse ou do seu local de residência, tivesse como principal interlocutor, para seus problemas de saúde, o Sistema Único de Saúde.

A este Sistema se incorporariam, sob coordenação de cada Município ou de Municípios de menor porte associação, todas as instituições públicas e fontes financiadoras dos vários Ministérios, Estados e Municípios vinculados à prestação de serviços de saúde, assistência médica e saneamento, bem como as instituições privadas por ele (s) contratadas em caráter complementar, por regime de concessão, existentes em seu território. Esta estrutura seria apoiada em âmbito estadual e nacional por instituições de referência em formação de recursos humanos, pesquisa, desenvolvimento experimental, produção e controle de qualidade em saúde pública e higiene e segurança do trabalho.

Este processo seria favorecido pela revisão dos mecanismos existentes de compra no setor privado, abandonando-se com isto a forma atual de contrato entre o INAMPS e os prestadores de serviços. O mecanismo de concessão, que já vigora no País em setores essenciais, como telecomunicações e transportes, propiciaria ao Estado maior controle e a possibilidade de intervenção sobre a compra dos serviços privados em saúde.

Esta opção pelo contrato de concessão, acompanhada da criação de instâncias da participação da população e dos trabalhadores ao nível local, permitirá romper com as atuais distorções no relacionamento com o setor privado, garantindo sua subordinação ao interesse público.

Dados do próprio INAMPS (1) mostram que, apesar da tendência declinante, em termos relativos, dos repasses públicos aos prestadores de serviços privados a que nos referimos anteriormente, pelos limites estruturais à expansão da privatização, a participação do setor privado no âmbito da assistência médica se mantém bas

(1) MPAS/INAMPS - "Assistência Médica na Previdência Social: O INAMPS NA NOVA REPÚBLICA", Rio de Janeiro, 1984. Publicação oficial.

tante elevada. Resultaria em grande equívoco, portanto, qualquer proposta de reorganização do sistema de saúde no País que ignorasse o peso de setor privado na oferta dos serviços de saúde.

Com efeito, os prestadores privados de serviços absorveram em 1984 quase 70% dos gastos de autarquia, detendo cerca de 75% dos leitos hospitalares e respondendo por 50% das consultas médicas, 70% das consultas odontológicas, 60% dos serviços complementares e 90% das internações. Simultaneamente observa-se independentemente de repasse previdenciário, crescimento expressivo das empresas de seguro-saúde, ligadas ao capital financeiro para as faixas de mais alta renda, acima de 10 salários mínimos de renda mensal, cujo mercado potencial abrange cerca de 2% da população. O consumo privado em saúde, que já vinha se expandindo na última década por força da precariedade do atendimento público, quando aumentou em 341% entre 1978 e 1984 enquanto o aumento global de gastos familiares foi de 286% (2), tende a se ampliar com a recente recuperação da economia.

Não se trata, portanto, de retomar o já desgastado debate da estatização *versus* privatização do sistema de saúde, mas sim de garantir ao menor custo social novas formas de relacionamento entre os setores públicos e privado, marcadas pela transparência e submetidas a um planejamento democrático.

Esta transparência, rompendo, de um lado, com a cristalização de grupos de interesse privado no interior da administração pública e com as práticas clientelistas, de outro, permitiria a utilização plena da capacidade ociosa do setor público em saúde, estimada em 60%.

(2) VIEIRA, Cesar - "Apontamentos para a análise do financiamento das políticas nacionais de saúde", Brasília, agosto de 1984, (mimeografado), citado por CORDEIRO, H. - op.cit.

Da mesma forma, faz-se necessária ampla revisão das modalidades contratuais em que vinha se estabelecendo a articulação entre o setor público em saúde e os produtores privados de insumos, equipamentos, medicamentos e materiais biomédicos ao nível nacional e internacional. O poder de compra do setor público neste campo se expressa sobretudo no INAMPS, que é hoje o maior compradorⁿ direto e indireto destes produtos (3). Da mesma forma, ao nível da saúde pública, os Laboratórios e Institutos de Pesquisa nos diferentes Estados e a Fundação Oswaldo Cruz, como complexo institucional de suporte científico e técnico do Ministério da Saúde, vêm-se, nas suas atividades de pesquisa, desenvolvimento experimental, produção e controle de qualidade, diante da necessidade de estabelecer critérios nítidos na relação com as empresas privadas nacionais e internacionais (4). Uma maior firmeza nesta política já vem permitindo, de um lado, preservar o espaço de atuação do setor público em setores estratégicos para a saúde da população, como a produção de vacinas e soros para uso humano e, de outro, garantir a soberania nacional nos contratos de compra e venda de tecnologia, protegendo as inovações geradas internamente.

Ainda no que diz respeito às novas formas de articulação entre o setor público e o setor privado aqui discutidas, colo

(3) Em 1984, a partir de Protocolo Financeiro firmado entre o Brasil e a França, que previa a concessão de créditos para aquisição, na França, de equipamentos médico-hospitalares, a administração anterior do INAMPS assumiu com promissos contratuais no valor total de 435 milhões de francos franceses. A atual administração do INAMPS concluiu, a partir de estudos de reavaliação, pela inadequação quantitativa e qualitativa dos equipamentos a adquirir e pela inexistência de recursos orçamentários para cobertura das despesas decorrentes dos compromissos assumidos.

(4) Na Fundação Oswaldo Cruz esta questão tem sido objeto de permanente debate, como o que se realizou em Seminário recente organizado por sua Superintendência de Planejamento, sob o título "Qual Política Tecnológica para que Política de Saúde?", que contou com ampla participação, inclusive de empresários da área de Biotecnologia.

ca-se também - fora do âmbito das empresas vinculadas à saúde - ou tra questão crucial para o projeto de uma Reforma Sanitária: a possibilidade de interferência, pelo sistema de saúde, sobre as condições em que se realiza o processo de trabalho nos diferentes setores de produção e sobre as condições predatórias em que vem se dando a ocupação do meio-ambiente nas cidades e no campo. Estas questões colocam a sociedade brasileira e o setor público em saúde diante da necessidade de ampla revisão da legislação sanitária e dos instrumentos disponíveis para o seu exercício, através da definição dos riscos, dos níveis de exposição, dos mecanismos de proteção e das formas de controle pelas entidades representativas dos trabalhadores e da população. A precária fiscalização atualmente existente, mantida pelas estruturas verticalizadas dos órgãos governamentais, necessita ser substituída pela adoção de medidas eficazes de proteção da saúde ao nível local.

Também aqui a revisão das relações atualmente existentes entre os setores público e privado passa pela necessidade de legislação específica que garante a adoção, pelas empresas, dos procedimentos necessários de proteção e segurança do local de trabalho e do meio-ambiente, sem o que dificilmente serão implementados, pelo aumento dos custos de produção que muitas vezes implicam.

Contudo, todas essas medidas propostas seriam insuficientes sem a garantia de autonomia financeira para os Municípios brasileiros, que lhes permitisse coordenar efetivamente as atividades em sua área de abrangência. Estes, embora possuam, pela Constituição, todos os requisitos para sua autonomia, uma vez que lhes é reconhecida capacidade política, administrativa, legislativa e financeira, encontram-se na realidade em extrema

dependência, pela drástica redução de suas competências pelo processo de centralização e fortalecimento do poder central (5).

Apesar da extrema dificuldade que esta situação coloca, o processo de descentralização proposto se realizaria sem grande ônus para os Municípios, na medida em que se integraria, sob coordenação municipal ou de municípios associados, todas as estruturas e os recursos dos serviços sanitários existentes em seu território. Com isto, todo o esforço municipal hoje direcionado para a criação de novos serviços, passaria a se concentrar nas atividades de coordenação e administração do Sistema e na captação e formação de recursos humanos necessários às novas atribuições.

Para tanto, todos os recursos federais, estaduais e municipais destinados às atividades de saúde, assistência médica e saneamento passariam a constituir Fundo Único. Este Fundo seria composto, de um lado, pelos recursos atualmente existentes e dispersos e, de outro, pela captação de novas fontes de receita, estabelecendo-se percentuais fixos para a participação da União, dos Estados e dos Municípios no seu custeio. Isto se faria a partir da revisão dos mecanismos de tributação existentes, elevando-se a contribuição da União e das empresas no financiamento do Sistema, revertendo-se com isto o caráter regressivo da contribuição atual.

Contudo, embora se constitua para fins de captação, em Fundo Único, a característica básica do financiamento do Sistema

(5) Para um maior detalhamento desta questão, ver DALLARI, S.G. - "Municipalização dos Serviços de Saúde", Editora Brasiliense, São Paulo, 1985. A autora chama ainda atenção para o fato de que, apesar de afirmada expressamente no texto da Constituição vigente (artigo 15), a autonomia dos Municípios é frequentemente negada nos próprios textos das Constituições estaduais, que às vezes dispõem, como na Constituição do Estado do Paraná (artigo 112) que será "O Estado que estabelecerá normas de funcionamento dos órgãos municipais".

deverã ser o fortalecimento das estruturas estaduais, regionais e locais, e partir do estabelecimento de critérios e parâmetros que permitam eliminar progressivamente as diferenças estruturais e de oferta de serviços entre as regiões.

Isto se faria a partir de uma uniformização dos múltiplos critérios de regionalização atualmente existentes nas várias instituições públicas de saúde, redefinindo-se o conceito de região homogênea. A adoção de um critério uniforme (6) permitiria a elaboração de planos regionais que efetivamente respondessem à peculiaridade de cada região. Com isto seria possível estabelecer a diferenciação de competências do Governo Federal, dos Estados e dos Municípios, respeitando as disparidades existentes entre as várias regiões do País.

Desta forma seria possível viabilizar, a custos aceitáveis, uma Reforma Sanitária compatível com esta grande heterogeneidade. Ela se constituiria através da consolidação, a partir da articulação de instituições já existentes, de unidades operativas aos níveis local e regional que passariam a integrar - sob o comando de Municípios isolados, de grande ou médio porte, ou através da associação de Municípios de pequeno porte - as várias instituições e atividades atualmente dispersas e fragmentadas de prevenção, cura e reabilitação. Tais unidades não se constituiriam como estruturas físicas independentes mas, simplesmente, a partir da integração de estruturas já existentes, segundo a nova concepção de siste

(6) Para uma discussão dos critérios desta regionalização, ser a proposta de distrito sanitário apresentada aos Ministros da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação, que compõem a CIPLAN, no documento "BASES PARA O APERFEIÇOAMENTO DAS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA", julho/agosto-1986.

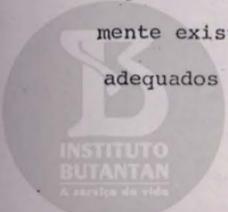


ma de saúde referida.

Esta unidade não se limitaria, portanto, a uma única planta física, mas abrangeria o conjunto dos recursos humanos e instituições (ambulatórios e hospitais, públicos ou contratados por concessão, centros de formação etc.) existentes em uma localidade. Sua atuação, delimitada por lei, passaria agora a ser coordenada no sentido de garantir a proteção à saúde dos cidadãos. Através da descentralização efetuada, a gestão administrativa e técnica destas unidades passaria a ser atribuição dos Municípios isolados ou associados.

O fortalecimento do poder municipal, conferindo-lhe autonomia decisória na gestão do Sistema, permitiria superar a atual superposição de instâncias de decisão entre os níveis federal, estadual e municipal. Este processo seria favorecido pela participação das entidades representativas da população no seu planejamento, na definição dos critérios de alocação dos recursos e de sua avaliação.

Este complexo orgânico de serviços sócio-sanitários se realizaria em vários níveis, abrangendo desde as funções de coordenação, programação e administração, onde se localizariam os órgãos de gestão democrática do Sistema, até as atividades diversificadas de proteção à saúde e prestação de serviços (proteção do meio-ambiente, higiene e segurança no trabalho, proteção ao consumidor, assistência odontológica, saúde mental, serviços veterinários, cuidados básicos de saúde etc.). Para responder a estas novas atribuições se formularia política abrangente de recursos humanos que, integrando as diversas instituições, eliminasse as disparidades atualmente existentes entre elas, estabelecendo padrões de remuneração adequados e condições de trabalho condignas.



Como atividades de apoio essenciais às funções propostas, integrariam também o sistema ao nível local ou regional unidades de referência para a formação de Recursos Humanos necessários, atividades de Programação, Avaliação e Pesquisa e um Centro de Informação em Saúde, sendo que este englobaria, além dos indicadores tradicionais de morbidade e mortalidade, informações relacionadas às condições de trabalho e proteção do meio-ambiente no território e seu impacto sobre a saúde.

A grande inovação aqui consistiria na incorporação das ações de saúde pública e de atenção ao trabalhador ao Sistema de Saúde, abrindo-se as portas das empresas para o acompanhamento da saúde dos seus trabalhadores pelos serviços locais de saúde.

As mudanças propostas no plano institucional e jurídico deverão, extrapolando o campo estrito do que se costuma conceber como "setor saúde", propiciar o estabelecimento de novas relações com outras instâncias de organização da vida social (habitação, trabalho, transporte, meio-ambiente etc). Com isto se poderá ampliar, nos planos cultural e político os conceitos de saúde e cura, abrindo desta forma o espaço para a difusão das ações de prevenção. Esta recuperação da dimensão social do conceito de prevenção, superando sua restrição atual à concepção tradicional de saúde pública, vinculada ao controle de epidemias, constitui certamente um dos aspectos mais importantes e inovadores desde projeto de reorganização do sistema de saúde.

A partir desta nova concepção de proteção da saúde, seria possível passar da medicalização da sociedade à socialização - que não se identifica com estatização - da saúde.

Evidentemente, para sua viabilização, este projeto requer a confluência de condições políticas favoráveis, o que ao que tudo indica poderia se concretizar através de amplo debate nacional

nal deflagrado a partir da Constituinte.

Cabe ressaltar finalmente que, diferentemente do recente Projeto da Reforma Agrária, abandonado pelas pressões dos proprietários rurais diante da perspectiva de perda das imensas áreas não cultivadas em todo o País, uma Reforma Sanitária enfrentaria menores resistências - que não devem certamente ser subestimadas. Isto se deve ao fato de que, além de não colocar em questão relações de propriedade, esta Reforma simplesmente consolidaria, nos planos jurídico e institucional, a tendência que hoje já se verifica de expansão das atribuições do setor público em saúde, pelos limites cada vez mais estreitos do poder de compra de serviços médicos pela Previdência Social.

Ainda quanto às condições políticas para a viabilização de uma Reforma Sanitária brasileira, cabe ressaltar que se é verdade, por um lado, que a inexistência de partidos orgânicos e estruturas sindicais fortes dificulta a mobilização que a deflagraria, colocando o Brasil em situação distinta dos demais países europeus, como a Itália, por outro lado - e também diferentemente daqueles países - a gravidade do quadro sanitário da maioria da população brasileira faz com que se torne cada vez mais uma exigência premente e inadiável.

REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: Princípios e Diretrizes que
devem nortear a organização do Sistema. (*)

Eleutério Rodriguez Neto

(*) Extrato das proposições apresentadas à VIII Conferência
Nacional de Saúde, Brasília, março de 1986.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES QUE DEVEM NORTEAR A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA, DE RESPONSABILIDADE E EXECUÇÃO PÚBLICAS:

- Unificação do sistema com comando único em cada esfera de Governo.
- Articulação entre as várias esferas de governo (federal, estadual e municipal).
- Integração intersetorial, especialmente com saneamento, habitação, colonização, viação, abastecimento e educação.
- Integralidade de ação setorial, superando progressivamente as dicotomias entre individual/coletivo e preventivo / curativo.
- Participação popular na formulação e controle da execução da política de saúde em todos os níveis.
- Descentralização máxima do sistema, mantendo-se como unidade básica de planejamento e execução a Unidade Federativa.
- Sistema Único de Informações.
- Regionalização e hierarquização dos serviços, em rede funcionalmente articulada.
- Universalidade e equidade absolutas entre todos os segmentos sociais e regiões do país.
- Gratuidade na prestação de serviços, inclusive na assistência farmacêutica.
- Unificação da política de pessoal de saúde.

Com relação à questão do financiamento, cabe ressaltar apenas alguns princípios orientadores:

- Necessidade de maior inversão no setor, em termos de porcentagem de participação no PIB.
- Desvinculação das fontes para os sistemas de saúde e previdência; criação de receita própria para o setor saúde.

./...

- Criação de um Fundo Nacional de Saúde, formado por recursos captados de fontes fiscais regulares, mas de baixo poder regressivo devendo incidir preferencialmente sobre o capital e não sobre o trabalho.
- Gestão colegiada desse fundo, com ampla participação dos vários segmentos sociais e institucionais.

PROPOSTA DE REORDENAMENTO DO SNS NO CONTEXTO DA NOVA REPÚBLICA

A fase inicial e atual da Nova República, constituindo-se em uma etapa de mudanças institucionais e políticas gerais, e de busca de meios e instrumentos que assegurem a democratização do país, não permite que se tenha claro ainda o perfil político-social e institucional dessa nova fase da história do país.

Na verdade é um período de transição, onde, o dinamismo das mudanças pode ainda trazer surpresas, dado o processo peculiar verificado no país, quando não houve, propriamente uma substituição de lideranças políticas e de quadros dirigentes da burocracia estatal, mas sim um realinhamento em torno de um novo pacto político exigido pela nação através de movimentos populares pacíficos, mas de grande significação social. O grande fiador desse processo é o próprio povo que está longe de ter atendido seus problemas mais prementes, ainda que tenha indicadores claros de uma nova atitude político-administrativa do atual governo. Os próximos pleitos eleitorais deste ano podem ser mais definidores desse processo quando darão o perfil social e político do novo Congresso-Constituinte e, por conseguinte, do pensamento majoritário que estará representado na nova Constituinte e nas reformas daí a advir.

Assim, a própria abrangência do "direito à saúde" está por ser conquistado e inserido no texto constitucional; não como condição, mas como resultado da luta política pela demo-

./...

cratização do setor e como respaldo para as reformas institucionais necessárias. No entanto, mais que um elenco de enunciados estático, seria de desejar que estivesse assegurada a continuidade do processo de ampliação permanente desses direitos, como algo consoante com o próprio aperfeiçoamento democrático e o com o desenvolvimento econômico, através do reconhecimento da participação popular na formulação, gestão e controle da política nacional de saúde.

Há ainda muito caminho a se percorrer e conquistar na direção de um amplo direito à saúde, que transcenda à simples questão da assistência médica, como direito às boas condições de saneamento, à qualidade do ar e da água, dos medicamentos: o direito às condições próprias e higiênicas dos alimentos, às condições adequadas de trabalho e à possibilidade do descanso digno e restaurador, entre outros. São direitos que devem se buscar à exaustão, e encarados como paradigmas da sociedade democrática, dependentes, portanto, das condições históricas, políticas e sociais para sua efetivação. No entanto, no que toca à assistência à saúde (médica, odontológica, farmacêutica) parece bastante razoável e viável a conquista da universalização do seu acesso e da rápida equidade na sua oferta, entre os vários segmentos sociais, sem discriminação de clientela, como a previdenciária da "carente", a urbana da rural, a sulista da nordestina.

Do ponto de vista da assistência médica, a universalização pode-se dar por duas vias, como já analisou no capítulo anterior: pela extensão do direito previdenciário ou agregação, com recursos adicionais, da clientela não previdenciária, o que significa a manutenção do sistema de seguridade social como âmbito e o conceito a partir do qual se dariam as prestações de saúde; como segunda alternativa, a criação de um sistema de saúde unificado e autônomo em relação à Previdência, embora pudessem se contar, de início, com boa parte do seu custeio auferido da receita previdenciária. Entendendo que essa não é uma questão

/...

tranquila, pelo contrário, polêmica, em face dos receios de perda dos direitos já adquiridos pela clientela vinculada à Previdência Social, (embora a aquisição formal do direito, mesmo pelos previdenciários, não tem sido suficiente para garantir a adequação dos serviços), considera-se que essa é a questão central a ser colocada em escrutínio pelos vários segmentos afetados, e analisadas as condições que garantem o não-retrocesso, mas sim o avanço da política social do governo, o que significa e só pode ser obtido através de maiores possibilidades do exercício do controle social (participação na gestão).

Mesmo com essas limitações, vai-se assumir, para efeito deste trabalho, a segunda opção, que implica num novo papel do Estado quanto à sua responsabilidade em relação à saúde da população. Isto é, um Estado que não é mais apenas o síndico de uma grande cooperativa de desiguais (a Previdência Social), mas o próprio responsável pelas prestações sociais; no caso, os serviços de saúde.

Para fazer frente a essa concepção e a essas responsabilidades, é necessário a redefinição dos papéis das várias esferas de governo, hoje constrangidos pela Lei 6229/75, já analisada.

A partir do princípio de descentralização e de comando único em cada esfera de governo, pode-se definir tentativamente o perfil do Município, do Estado e da União com relação às suas características e responsabilidades no "novo" Sistema Nacional de Saúde:

- UNIÃO

- . papel predominantemente normativo e de "monitoramento" do setor saúde, em termos epidemiológicos, de cobertura assistencial e de vigilância sanitária; papel executivo com Estados e Municípios. Os serviços federais (ambulatoriais, hospitalares, etc)

./...

serão transferidos para os Estados e Municípios, de acordo com planos estaduais que indiquem a viabilidade técnico-financeira e um cronograma adequado às realidades institucionais; deverão permanecer no âmbito federal os serviços considerados de referência nacional e os considerados estratégicos por uma ou outra razão (segurança, pesquisa, etc).

. responsabilidade institucional atribuída ao MS que também se articulará com os setores com os quais a saúde tem interface; isso implica na consolidação (incorporação numa mesma instituição - MS), das várias responsabilidades distribuídas entre as diversas instituições que prestam serviços de saúde, numa única (INAMPS, Hospitais Universitários, serviços médicos da LBA e outros órgãos); mesmo os serviços de saúde das Forças Armadas, deverão integrar a rede unificada de serviços; o MS então redefinido deverá ter novo organograma (evidentemente os serviços referidos deverão obedecer o referido no item anterior, em termos de uma radical descentralização).

. o "novo" Ministério da Saúde será o responsável pela formação e administração do Fundo Nacional de Saúde, para onde devem confluir todas as receitas públicas federais destinadas ao setor; o FNS será gerido por órgão colegiado amplamente representativo; inicialmente, o FNS deverá ser formado pelas receitas regulares dos órgãos consolidados, enquanto não se consegue também a consolidação das fontes dessas receitas (a questão deve ser tratada em documento específico).

. o nível federal (MS) continuará com as responsabilidades quanto às normas (e valores) de rela -

./...

- . cionamento do setor público com os concessionários privados (serviços privados); a execução do contrato, no entanto, será descentralizada em termos de celebração dos contratos (entre prestador e Estado ou Município) e do controle sobre sua execução assim como as medidas corretivas cabíveis.
- . responsabilidade pelo repasse financeiro a Estados e Municípios, na medida da delegação das responsabilidades executivas; a reforma tributária deverá criar novas regras para esse fluxo de recursos; de qualquer maneira, deve haver uma forma regular e simplificada de relacionamento financeiro, entre a União e os Estados e Municípios, buscando a superação gradual dos termos de convênio entre as partes, que tenham conotação de compra/venda de serviços; as responsabilidades explicitadas nos "convê-nios" devem estar mais em textos legais que em instrumentos isoladas de relacionamento bi-lateral.
- . coordenação de política unificada de pessoal que inclui a participação no financiamento do processo de isonomia salarial e emprego único preconizado para o setor.

- ESTADOS, TERRITÓRIOS E DF

- . papel de gestão, planejamento, coordenação e con-trole/avaliação da política nacional de saúde em nível de Unidade Federativa, inclusive do Fundo Estadual de Saúde, formado de forma similar e análogo ao Fundo Nacional de Saúde.
- . responsável pela elaboração do plano diretor de serviços de saúde na U.F. que deve orientar a con-formação da rede unificada de serviços.

./...



- . papel executivo (no que não couber ao Município) quanto à prestação de serviços de saúde, vigilância sanitária e epidemiologia, responsável pelo sistema estadual de informações em saúde.
- . papel normatizador no que se refere à compatibilização com o quadro jurídico-legal da U.F. e com a realidade operacional regional (as normas federais não podem ser exaustivas, devendo deixar uma margem de adaptabilidade local, necessária à sua maximização).
- . preferencialmente, o Governo estadual deve ter a seu cargo os serviços de abrangência regional ou de complexidade tecnológica maior e que exijam quadro de pessoal mais especializado e diferenciado; sempre que possível, os serviços básicos de saúde devem ser transferidos aos Municípios, dentro de um plano gradualístico e programático, a partir de cada realidade específica.
- . responsabilidade pela celebração e controle dos contratos de concessão com os prestadores de serviços privados, com a finalidade de assegurar a cobertura assistencial necessária, em cada U.F.

MUNICÍPIOS

- . papel predominantemente executivo; dada a diversidade entre os municípios brasileiros, em termos de tamanho, população e desenvolvimento econômico, torna-se difícil o estabelecimento de regras rígidas quanto às ações que devem lhes caber na operacionalização da política nacional de saúde. No entanto, como diretriz, deve-se tentar com que, sempre que possível, os serviços básicos de saúde (atenção geral, ambulatorial e hospitalar; pronto-socorro; e saneamento), assim como a operaciona-

./...

lização de certos programas assistenciais (como suplementação alimentar) estejam sob a responsabilidade municipal; de qualquer forma, a gestão do conjunto dos serviços, em nível municipal, deve ser executada pela autoridade sanitária municipal, ainda que coordenado órgão colegiado interinstitucional; na dependência do tamanho e condições, o Município pode assumir maiores responsabilidades executivas como é o caso da maioria das capitais que poderão ter a seu cargo praticamente todos os serviços de saúde existentes nesses municípios e mesmo celebrar os contratos necessários com a rede privada;

- . especialmente nesse nível, a participação popular coloca-se como mais direta e imediata e deve ter aí sua atuação preponderante, independente da participação nas outras esferas de gestão do sistema, em forma mais representativa.
- . formação e gestão, quando couber do Fundo Municipal de Saúde.



REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: Bases para o aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde como estratégia para a Reforma Sanitária Brasileira. (*)

(*) Extrato das proposições apresentadas aos Srs. Ministros de Estado da Saúde, Educação e Previdência e Assistência Social e à CIPLAN, Rio de Janeiro, julho-agosto de 1986.

22
Lec 1/1 a Penne
de Salvador

I) PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

a) Regionalização e Municipalização:

A partir de constatação da atual inoperância e insuficiência da rede de serviços de saúde para fazer frente ao quadro sanitário, determina-se medidas que avançam substantivamente o atual estágio das AIS, com as seguintes diretrizes gerais:

1. Reduzir as desigualdades, através da reorientação dos gastos, com a conseqüente expansão da oferta de serviços para os contingentes populacionais de menor cobertura. Os processos em curso implicam na universalização dos cuidados à saúde, garantindo o acesso aos serviços da população não previdenciária:

- equiparação da assistência médica prestada à população rural àquela prestada aos segurados urbanos, garantindo a utilização dos serviços de saúde urbanos à clientela rural.

- equalização da cobertura através da destinação de maiores recursos às regiões e áreas de menor cobertura.

2. Integrar, a nível gerencial, as diversas redes de serviços a disposição da população. Isto implica em:

- intensificação dos processos de coordenação e articulação interinstitucional, a nível de estado, de distrito e de município, através da gestão colegiada.

- desenvolvimento de mecanismos, na base do sistema, de programação e orçamentação integradas, apontando na direção de um ordenador único de despesa e da gestão unificada.

3. Descentralizar o processo decisório e administrativo, priorizando a delegação de competências gerenciais e executivas aos municípios, ou grupos de municípios articulados em distrito sanitário, e aos estados, de acordo com o perfil de complexidade dos serviços prestados à população. A descentralização só é real quando os recursos financeiros, e em alguns casos mesmo as unidades físicas, são repassados às redes municipais e estaduais. Resgatar o papel dos municípios na interação com sua população, através da crescente atribuição de competências na prestação dos serviços de saúde e em todos os níveis de decisão referentes as prioridades da política de saúde, mesmo aqueles a serem executados pelos níveis regionais, estaduais e Federais do sistema.

4. Definir, a partir de oferta de serviços, uma rede regionalizada e hierarquizada, estabelecendo de maneira clara as portas de entrada no sistema de prestação de cuidados à saúde. Priorizar a constituição de redes municipais de serviços básicos de saúde.

5. Atribuir, com base geográfica, responsabilidades de cobertura de unidades de saúde com adscrição e/ou inscrição de população.

6. Garantir a participação comunitária em todos os níveis de gerência da rede de serviços, desde o funcionamento de cada unidade de saúde individualizada até as completas redes municipais, distritais e estaduais, através do reconhecimento dos Conselhos Comunitários, nos termos do recente Decreto Presidencial, das formas de organização da população e de sua permanente presença nas instâncias gestoras das AIS.

7. Integrar as ações tradicionais de alcance individual e curativo àquelas de alcance coletivo, tais como as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, o combate às endemias e doenças infecciosas.

b) Estratégias de Reestruturação do Sistema:

1. O modelo proposto busca reverter as principais deficiências da situação atual, centrando-se na descentralização, na plena identificação da responsabilidade de cobertura assistencial e na resolutividade das práticas concretas desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

2. A busca da resolutividade das práticas exige uma nova proposta de organização do processo de trabalho dos profissionais, fundada numa interação direta e permanente entre profissional e usuário, ao mesmo tempo na porta de entrada do sistema. O médico como os demais profissionais, não mais poderá ter sua tarefa definida como um quantitativo diário de consultas, mas deverá responsabilizar-se por um segmento determinado de população, seja através da designação de um setor territorial/populacional sob sua responsabilidade, seja através da assignação das famílias desse setor ou da inscrição voluntária de usuários em lista de cobertura de cada médico.

3. A interação entre profissional e indivíduo, família ou comunidade completa-se no conjunto das atividades da unidade. Esta nova composição de função de produção não será alcançada apenas com medidas de natureza institucional e administrativa. Apenas o controle e a participação real dos usuários na gerência das unidades sanitárias conseguirá garantir o estabelecimento destas relações de novo tipo.

4. A definição da responsabilidade de cobertura assistencial de cada unidade de saúde, e de seu conjunto hierarquizado, organizado em rede de serviços, cumpre a dupla função de completar o perfil resolutivo necessário e impedir a proliferação multiforme de ações que não resulta na incorporação de parcelas até então excluídas da atenção, nem na melhoria dos serviços.

O controle social só é efetivo quando a responsabilidade governamental está claramente identificada, concretizada numa unidade de saúde e nos seus profissionais, situados nas proximidades da moradia e do trabalho da população.

5: A descentralização das responsabilidades, da execução e da gestão para os níveis estaduais e, principalmente, municipais é condição essencial ao desenvolvimento do modelo proposto. As relações população-profissionais e população-unidades ocorrem num "locus" concreto, município ou grupo de municípios, quando de porte demasiadamente diminuto, e fazem parte do complexo da organização política local. O deslocamento da responsabilidade identificada para níveis mais distantes do cotidiano da população compromete a própria essência do processo de reordenação do sistema.

6. A integralidade e resolutividade das ações exige que o desenho do sistema atinja níveis mais complexos, incluindo, no mínimo, o atendimento hospitalar de urgência e internação nas especialidades médicas básicas. O sucesso do sistema está estritamente ligado a sua capacidade de atender os problemas de saúde da população sem discontinuidades. A credibilidade da proposta depende, em muito, da garantia de referência dos paciente aos níveis hierárquicos superiores, sempre que necessário.

7. Os hospitais públicos serão considerados base prioritária para implantação do modelo, e quando inexisterem na base territorial/populacional, suas funções poderão ser cumpridas por entidades filantrópicas e até mesmo privadas, desde que tenham suas atividades perfeitamente definidas em contrato e atuem sob permanente controle das instituições e da comunidade.

8. Esta forma de organização abre amplos espaços ao controle social, desde a interação individualizada do usuário ou da família com "seu" médico, até a participação da comunidade e das autoridades governamentais, especialmente municipais, na gerência das unidades e dos distritos.

9. A gestão do distrito sanitário é elemento crítico do desenvolvimento do modelo. É ao nível do distrito que estão concentra das as responsabilidades de cobertura, a administração dos meios de forma a garantir a integralidade e a resolutividade das ações. O gestor do distrito terá que ser identificado pela população, pelos profissionais de saúde, pelos chefes de unidades, pelos prefeitos e vereadores, como o agente concreto do sistema.

10. Pelas características multiformes da nossa organização assistencial da saúde, e pela presença de diversas instituições, este gestor único do distrito será o executor de uma gestão colegiada aonde participam o INAMPS, o estado, o município, o Ministério da Saúde e as formas organizadas de representação da população, com amplo poder decisório. Deverão ainda participar os prestadores de serviços não públicos, de forma a garantir sua incorporação funcional à rede.

11. Este gestor único deverá operar, fundamentalmente, instrumentos de programação físico-financeira e orçamentação integrados de todas as unidades do distrito e dispor de poder autorizativo na execução financeira, respeitadas as diferenças de legislação e de normas das diferentes instituições. Idealmente, deverá futuramente ser constituído um fundo único de recursos para o distrito, administrado por seu gestor único, segundo as diretrizes definidas pelo colegiado gestor.

12. A implantação do modelo deverá iniciar-se gradativamente, visando atingir a todos os municípios abrangidos pelas Ações Integradas de Saúde.

II) REORIENTAÇÃO DAS POLÍTICAS SETORIAIS DE INSUMOS BÁSICOS EM SAÚDE:

a) Recursos Humanos

A reforma Sanitária, orientada pelos princípios até aqui enunciados, irá exigir uma reorientação das políticas de recursos humanos, seja nos aspectos relativos à força de trabalho, seja naqueles vinculados à preparação de pessoal de saúde.

Os principais pontos de reorientação dessas políticas serão:

- Definição explícita das políticas nacionais, estaduais e locais de formação de recursos humanos, nos diferentes níveis;

- incentivar a formação de recursos humanos na área de tecnologia industrial para a produção de medicamentos e imunobiológicos;
- orientar os órgãos de fomentos a priorizar aquelas indústrias que atendem aos escopo definido nos itens anteriores;
- apoiar a modernização dos laboratórios públicos produtores de insumos e medicamentos;
- estabelecer políticas de importação de matérias-primas e controle de preços internacionais.

2. Comercialização e distribuição de medicamentos:

- fortalecimento da CEME adotando-a de estrutura gerencial e administrativa ágil e rápida;
- revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e elaboração de memento terapêutico da RENAME revisada;
- racionalização dos mecanismos e estrutura de distribuição de medicamentos e imunobiológicos por todos os níveis do sistema, baseados na integração inter-institucional;
- transformação do programa de emergência de medicamentos básicos, com recursos do BNDES/FINSOCIAL, em atividade permanente de distribuição gratuita pela rede de serviços;
- estímulo ao desenvolvimento e melhoria da rede de laboratórios de controle de qualidade de matérias-primas, imunobiológicos e medicamentos;
- incentivo à formação de recursos humanos para atuarem na guarda e dispensação de medicamentos, principalmente farmacêutico.

3. Outros aspectos:

- incentivar alterações do curriculum médico e das demais profissões da área de saúde, enfatizando a terapêutica;
- imposição de restrições legais à propaganda de medicamentos;

- restrição ao uso dos nomes de fantasia dos 40 medicamentos básicos obrigando-se ao uso do nome genérico.

c) Tecnologia

As políticas tecnológicas deverão ser consideradas sob dois aspectos: as referentes ao desenvolvimento tecnológico e aquelas relativas à administração dos insumos críticos.

Políticas de desenvolvimento tecnológico:

O objetivo dessas políticas será o desenvolvimento da capacidade tecnológica do país, entendida como a possibilidade de pesquisar, produzir, selecionar e incorporar tecnologias adequadas às necessidades e demandas atuais e futuras do setor saúde.

Dentre outras, serão implementadas as seguintes:

- financiamento direto ou incentivos econômicos para a indústria nacional e institutos públicos com o objetivo de fortalecer a pesquisa tecnológica e a produção nacional de equipamentos biomédicos, matérias-primas e insumos críticos;
- formação de pesquisadores e tecnólogos para o desenvolvimento de pesquisas tecnológicas em saúde;
- apoio a centros de pesquisa tecnológica em saúde;
- estabelecimento de diretrizes para política de compras de tecnologias importadas, incluindo critérios de seleção, padronização de procedimentos de compra e contratos, de modo a garantir a incorporação da tecnologia e assegurar adequadas condições de financiamento e manutenção;
- desenvolvimento de sistemas de informações tecnológicas com dados sobre eficácia, segurança, efeitos adversos e custos.