

# 1ª Conferência Nacional de Saúde

17 A 21 DE MARÇO DE 1986.

TEMA II – Reformulação do Sistema  
Nacional de Saúde  
Visão Geral

Reordenamento do Sistema Nacional  
de Saúde

**ELEUTÉRIO RODRIGUEZ NETO**



INSTITUTO  
BUTANTAN  
A serviço da vida

O I R I O

1. Porque mudar

8ª. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde

Visão Geral

Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde

ELEUTÉRIO RODRIGUES NETO \*

\*Professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro

## S U M Á R I O

1. Porque mudar
2. A saúde numa sociedade democrática
3. Proposta de reordenamento do Sistema Nacional de Saúde no contexto da Nova República
4. Estratégia



## Reordenamento do SNS

Eleutério Rodriguez Neto

## 1. Porque mudar

Se não se pode falar em consenso a respeito da forma de organização que deve tomar o Sistema Nacional de Saúde, o mesmo não se pode dizer sobre a necessidade de sua reformulação; nunca houve um tão alto grau de consenso sobre a imperiosidade de sua transformação, manifestada pela grande insatisfação de todos os segmentos sociais.

A começar pela população, pelos usuários, que nunca tiveram tão claro para si a insuficiência dos serviços de saúde, até os prestadores de serviços, profissionais e empresários, sem deixar de considerar a própria burocracia estatal preocupada pela ineficiência do setor e os políticos e dirigentes, premiados pelo seu baixo impacto social.

Recente pesquisa de opinião realizada por órgão do governo revela que entre as prioridades da população, quanto a problemas e questões mais sérias e urgentes que desejavam ver equacionadas pelo governo, a assistência à saúde encontra-se em segundo lugar, só precedida pela inflação e "custo de vida". Se por um lado esse dado pode representar um maior nível de percepção e conscientização por parte da população a respeito de suas necessidades, sem dúvida, deve refletir o alto grau de deterioração a que chegaram os serviços de saúde, a ponto de a população ver-se ameaçada e reivindicar do governo um equacionamento do problema.

Por outro lado, os profissionais de saúde começam a ter, com mais frequência movimentos reivindicatórios e grevistas, pleiteando melhores salários e condições de trabalho. O que é curioso, embora terrivelmente preocupante, é o fato de, em geral, esses movimentos de paralisação não terem afetado, de forma imediata, o próprio nível de atendimento à população, revelando o quão pouco resolutivo e eficaz tem sido, mesmo com os serviços em funcionamento regular.

O nível de vida e de saúde da população brasileira, já exaustivamente analisado em muitos trabalhos, revela a gravidade e a complexidade das questões de saúde no país. No entanto, carece-se de dados mais atuais que indiquem os efeitos mais recentes da crise econômica do início dos anos 80 sobre a saúde da população. Dadas as dimensões da crise, nunca antes verificadas, é de se supor que importantes modificações podem ter havido no perfil de morbi-mortalidade, ainda não suficientemente detectadas; até mesmo pela ineficiência dos sistemas oficiais de registro e informação no setor. É necessário referir, no entanto, algumas tendências que podem ser observadas em relação a algumas grandes endemias, como a Malária, a Esquistossomose, Chagas e Calazar, entre outras, que vinham tendo, até o presente, um grau de expansão significativo, revelando a falta de controle sobre o seu processo de transmissão e disseminação. Até a Febre Amarela urbana volta a ser ameaça, com a reinstalação em grande número de Estados e grandes cidades, do "*Aedes Aegypti*", mosquito transmissor da doença, que já havia sido considerado erradicado do país na década de 60.

Do lado de doenças emergentes e ameaçadoras como é o caso da AIDS, que encontra condições extremamente favoráveis para sua expansão pela falta de controle do comércio de sangue no país, dentre outras vias de transmissão, questões tecnicamente equacionáveis como a infecção hos-

pitalar, também passam a constituir ameaça a todos que necessitam de um atendimento nosocomial.

Sem se entrar na discussão sobre a causação social da doença, que remete o problema de saúde da população a todas as esferas de governo transcendendo seu equacionamento ao "setor saúde" propriamente dito, é indubitável que os conhecimentos e instrumentos técnicos próprios do setor não estão sendo utilizados na medida necessária e possível do seu alcance. Processos mórbidos e evitáveis por meios de prevenção específica, cadeias de transmissão reconhecidas e passíveis de serem interrompidas por medidas de várias ordens, o controle banal de doenças com potencial explosivo e a mínima dignidade no atendimento médico, fazem com que o sistema de saúde propriamente dito não possa fugir a grande parte da responsabilidade na manutenção desse quadro de iniquidade.

Algumas ações têm sido incluídas no elenco de atividades dos serviços de saúde, como a suplementação alimentar, o cultivo de alimentos e até mesmo processos para sua conservação, circulação e comercialização. É necessário ressaltar que, tradicionalmente, elas não são próprias do setor saúde propriamente dito e, se são aí consideradas, o são em caráter supletivo, dirigidas a minimizar o risco de grupos mais vulneráveis a doenças ou a processos de desvio do seu desenvolvimento, como as crianças, gestantes e nutrízes. De qualquer forma, o setor saúde não poderá assumir de forma regular ações dessa natureza, seja pela sua dimensão, seja pela sua especificidade o que não o afasta da responsabilidade de buscar articulação intersetorial necessária para equacionamento dos problemas que têm causas nitidamente extra-setoriais.

Também, outros documentos, especialmente os que pretenderam informar o programa de governo na Nova República para o setor saúde, já analisaram, à exaustão, as questões relativas às irracionalidades, incongruências, insuficiências, distorções e ineficiências do setor. No entanto, cabe sistematizar, para efeito desta proposta, as principais características jurídico-legais, organizacionais e econômico-financeiras do setor e que explicam a situação antes descrita, assim como justificam as propostas de mudança a serem enunciadas.

Pode-se dizer que o arcabouço jurídico-legal do atual Sistema Nacional de Saúde repousa sobre três conjuntos de instrumentos legais, compostos cada um por um documento principal e outros daí derivados.

O primeiro, por ordem de precedência legal, e até certo ponto cronológica, é a própria Constituição vigente, identificada pelo ano de sua promulgação, em 1967, e acrescida da emenda constitucional de 1969. A Constituição coloca, de forma bastante vaga, a questão da saúde, tanto em termos de sua concepção como direito, como em relação às responsabilidades institucionais e sociais correspondentes. De qualquer forma, não assegura a saúde como direito universal e tampouco como responsabilidade do Estado, que tem apenas atribuições vagas sobre ações genéricas de promoção de saúde e proteção de determinados "grupos de risco". Vincula, sim, o direito à assistência médico-hospitalar à prestação securitária, devida aos contribuintes da Previdência Social, limitando os serviços à possibilidade de custeio próprio do sistema previdenciário e até deixando em aberto, ainda assim, uma possibilidade de co-participação do usuário no custeio de serviços que utiliza. Na

verdade, a Constituição convalida o que está consubstanciado na própria "Lei Orgânica da Previdência Social", de 1960.

O outro conjunto referido é o correspondente à Lei 6229, de 17/7/1975, que criou o Sistema Nacional de Saúde. Essa Lei vem, a rigor, legitimar algo que já vinha se dando na prática, e se propõe a organizar as relações institucionais como correspondentes de um "sistema" definindo atribuições e limites de atuação.

Embora reconheça formalmente a função do Ministério da Saúde como órgão central de formulação da política nacional de saúde e coordenador do Sistema, a lei não prevê as condições materiais, políticas e organizacionais para que isso se efetive.

Baseando-se numa concepção do processo saúde/doença bastante criticada já à época, que divide e organiza as ações de saúde quanto à fase do processo - promoção e proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação - a Lei 6229 atribuiu responsabilidades institucionais específicas e de acordo com essa lógica, aos vários ministérios, devendo-se destacar pelos limites recíprocos então impostos, a seguinte divisão: ao Ministério da Saúde, a formulação da política, a coordenação do sistema e a execução das ações de alcance coletivo e de vigilância epidemiológica e sanitária; ao Ministério da Previdência Social, a execução das ações de assistência médico-hospitalar individual devida apenas aos segurados da Previdência Social; ao Ministério do Interior, as ações de saneamento. O Ministério da Educação continuou com suas atribuições tradicionais com relação à formação de recursos humanos e à prestação de serviços (especializados e diferenciados) através de seus hospitais universitários.

Aos Estados foram atribuídas funções difusas, mais ligadas ao planejamento e coordenação, mas, no que se refere à prestação de serviços, reservando-lhes apenas a prioridade para os chamados serviços básicos de saúde.

Com relação aos Municípios, a formulação é ainda mais genérica, especificando apenas uma vocação tradicionalmente atribuída a esse nível, que é a de prestar os serviços de pronto-socorro.

Se a Lei 6229 pode, a um primeiro momento, parecer ingênua e questionável à luz de princípios conceituais e de sua viabilidade político-administrativa, numa análise retrospectiva ela se mostrou altamente perversa quando, ao assegurar uma fonte de custeio regular para ações de caráter curativo e alcance individual através da Previdência Social, inverteu a prioridade declarada em relação às ações de caráter preventivo e alcance coletivo. Isto é, os recursos da Previdência Social destinados à prestação de serviços de saúde, foram canalizados, exclusivamente, para as ações de assistência médico-hospitalar que, por sua vez, e de forma não casual eram executados, em sua maioria, por rede privada contratada; isso, num período de crescimento econômico, com a Previdência Social apresentando "superávit". Como resultado deu-se o processo de intensa capitalização interna do setor privado de prestação de serviços de saúde, que cresceu de acordo com a lógica da lucratividade, induzindo, assim, ao desenvolvimento de serviços mais capital-intensivo nas áreas de maior mercado consumidor, em termos de poder aquisitivo.

A par das grandes distorções relativas às formas de compra/venda de serviços que acabaram por colaborar na exaustão dos cofres previdenciários, deu-se assim uma extrema distorção em termos de distribuição/concentração de serviços e equipamentos, assim como numa total diacronia entre a pirâmide de necessidades de saúde e a de recursos técnicos disponíveis. Evidentemente que o crescimento do setor de insumos-equipamentos e medicamentos-também foi elemento privilegiado nesse processo, induzindo-o, assim como beneficiando-se do mesmo.

O terceiro conjunto de instrumentos legais que suporta o Sistema Nacional de Saúde, é o constituído pela legislação previdenciária que tem sua base na Lei Orgânica da Previdência Social de 1960 e culmina com a Lei do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), de 1977, que instituiu a atual estrutura de Institutos, entre os quais o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. A Lei do SINPAS coloca-se como altamente orgânica com a Lei 6229, prevendo apenas os meios para uma maior estruturação da Previdência Social como um todo.

Na realidade, desde o surgimento da primeira legislação previdenciária, na década de 1920, até a criação do SINPAS, algumas tendências se mantiveram constantes, como a busca da equidade de distribuição e benefícios, a expansão da população coberta e a centralização político-administrativa. Como consequência, a Previdência Social brasileira apresenta-se hoje como das maiores do mundo, em termos de cobertura proporcional da população (em torno de 85%) e de dimensionamento de sua máquina técnico-burocrática. O seu gigantismo colocou-a também como uma das principais agências oficiais do país, com orçamento

sô superado pelo da União e o do Estado de São Paulo. No entanto, esse mesmo gigantismo, com o inusitado grau de centralização, é também o responsável pela sua quase inadministrabilidade, a par da acessibilidade aos "lobbies" de grupos econômicos que lhe têm assediado por esses anos e influenciado, pela lógica anti-popular, os seus rumos. Isso evidentemente foi facilitado em todos os anos da ditadura com a eliminação de qualquer participação dos empregados na gestão da Previdência, como preconizado por seus diplomas legais originais, aliado à permeabilidade das instâncias burocráticas aos interesses do capital, então hegemônicos no próprio Estado.

Decorre daí outro grande problema identificado no setor saúde, especialmente através do INAMPS, que é a relação conflitiva e indutora de distorção estabelecida entre os setores público e privado, numa verdadeira disputa de espaços, com evidentes favorecimentos do segundo, em todo esse período, criando expectativas que não podem mais ser cumpridas, alimentadas, ainda, pela impunidade histórica quanto ao mau uso do dinheiro público, tanto no que diz respeito à fraude quanto em relação à irracionalidade organizativa e técnica que privilegia os interesses do prestador em detrimento de um melhor serviço à população.

Embora reconhecendo que o baixo impacto social do setor, suas distorções e irracionalidades são a expressão do processo social histórico vivido pela nação ao longo de sua existência e especialmente agravado pela perversidade do regime que se espera estar sendo sepultado pelas mãos do povo brasileiro, e que a superação dessas iniquidades só se fará por conquista popular, deve estar inserida nessa luta a

substituição dos instrumentos jurídico-legais que legitimam as atuais práticas sociais e institucionais, como aqui apresentado.

Por outro lado, cabe referir, ainda, a questão do financiamento, que embora deva ser tratada em documentos à parte, não pode deixar de ser referida neste texto, especialmente porque constitui o principal ponto de estrangulamento do setor, na maneira como está hoje concebido.

As distorções e problemas relativos ao financiamento podem ser encarados sob três aspectos principais: o montante dos recursos, a fonte das receitas, e o padrão de gastos em saúde.

Em termos comparativos com outros países, pode-se dizer que o Brasil gasta pouco com saúde, uma vez que consome apenas cerca de 4% do seu PIB no setor propriamente dito. Considera-se que em valor adequado deve estar entre 8 e 10%. Em relação ao orçamento interno do governo, chama também atenção o percentual que é destinado à Educação, de acordo com a aprovação recente da Lei Calmon que atribui a esse setor 13% do orçamento da União.

Quanto às fontes, é de todos conhecida a estrutura de financiamento do setor, em que, se por um lado, o nível federal é preponderante, com participação especial da Previdência Social por outro, o nível municipal é quase inexpressivo, com crescimento gradual, ainda que pouco significativo, do nível estadual. É preocupante, e talvez revelador da ineficiência dos serviços e do alto custo de medicamentos, o crescimento dos gastos pessoais com saúde. O padrão de

gastos, as distorções e as alternativas devem ser objeto de estudo à parte o que, no entanto, não impede as considerações de ordem organizacional do sistema nacional de saúde que, em síntese, gasta pouco e mal.

Por todos esses motivos, impõe-se um profundo reordenamento do Sistema Nacional de Saúde que, aliás, nem sob a perspectiva funcionalista em que se assentava, conseguiu, constituir-se como um verdadeiro "Sistema", falindo até sob o ângulo puramente técnico-burocrático.

São necessárias mudanças não apenas de ordem formal, racionalizadoras, mas profundas e extensas o suficiente para alterar o perfil do direito à saúde e do dever do Estado, hoje limitado, conceitual, social e legalmente.

Na verdade, o movimento que tomou forma no seio da sociedade para a conquista de melhores condições de vida, através de anos de oposição e crítica aos modelos vigentes e agora com a conquista da Nova República, aponta para a necessidade de uma real "reforma sanitária", transcendendo inclusive aos limites formais do sistema prestador de serviços de saúde e alcançando todos os meios e setores que afetam a qualidade de vida, criando os mecanismos de proteção à saúde que convêm a uma sociedade democrática.

## 2. A saúde numa sociedade democrática

Bons indicadores de saúde devem, a rigor, ser a própria expressão de uma sociedade democrática.

Não é outra a finalidade de uma organização social democrática que não seja prover os meios e condições necessários para que todos os seus membros gozem das melhores condições de vida, a mais longa, a mais produtiva e sem diferenças de região ou de classe ou outro fator ou discriminação ou de hegemonia.

Embora esteja claro que essa utopia socialista encontra enormes constrangimentos históricos, sociais, culturais e econômicos para sua transformação em realidade, na atual conjuntura social e política, é necessário ter-se clara a imagem-objeto desse sistema de saúde que se persegue, com a finalidade de orientar as decisões estratégicas necessárias e consequentes.

Claro está que a noção de saúde, longe de ser uma formulação idealista e subjetiva como enunciada, tradicionalmente (saúde como felicidade), deve ter representação material e concreta evidenciada pelas condições de vida que tenha a população e os reflexos destas sobre a longevidade e os padrões de morbi-mortalidade correspondentes às possibilidades técnico-científicas disponíveis através da adequada alocação dos recursos nacionais.

A essa noção de saúde, corresponde um corolário natural que é de que, numa sociedade democrática, saúde é um direito de todos os seus integrantes, devendo ser o fruto socialmente compartilhado do trabalho nacional.

Sob essa percepção, o Estado democrático tem o dever de prover meios e condições necessárias e suficientes para que esse fruto seja colhido da forma mais extensa, igualitária e dentro da economia social (racionalidade) que deve prevalecer com o intuito de otimizar os recursos comuns de uma sociedade.

Entretanto, as formas através das quais o Estado pode assumir esse dever variam; o que não significa igualdade de resultados. É necessário, pois, analisar essas alternativas, com vistas a se apreender aquela socialmente mais justa.

A rigor essas alternativas, podem-se restringir a dois grandes modelos: um, o da seguridade social universal e o outro, do serviço público propriamente dito.

O primeiro, o da seguridade social, significa a extensão de todos os direitos previdenciários (assistência médica, aposentadoria, pensão e outros benefícios) a toda a população, indistintamente; constitui-se num sistema "fechado" em termos de receita e despesa, sendo passível de cálculo atuarial para efeito de estipulação da amplitude e profundidade dos benefícios, em relação com o "prêmio", isto é, a receita.

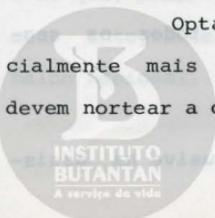
Se bem possa responder ao princípio da universalização e da equidade, este modelo propicia críticas em três aspectos principais: primeiramente porque carece de integralidade, em termos do próprio conceito de saúde, remetendo-o mais à responsabilidade quanto à assistência à saúde/doença, constituindo, por força de ter fontes de custeio próprias, um sistema quase fechado e autônomo; por outro lado, tendo como fonte de recursos comum a todas as outras prestações securitárias, (pensões, aposentadorias), está sempre limitada por estas e tendo que obedecer aos mesmos critérios de extensão, nem sempre possíveis no mesmo ní-

vel para todos os benefícios sociais; ainda, o fato de que a extensão das prestações dos serviços de saúde vai-se dando por agregação (direitos securitários adquiridos que se somam) fazem com que os dispêndios com a assistência médico-hospitalar cresçam até o nível da sua inviabilidade econômica dentro do sistema securitário.

A outra opção constitui-se no Serviço Público, que tem como fonte de financiamento os recursos auferidos por impostos gerais ou específicos e deve corresponder ao nível de conquista social e à racionalidade imposta pelo Estado na busca de maior justiça na distribuição dos bens e serviços, assim como na atribuição de prioridades. Essa forma tem a vantagem de considerar a saúde num universo mais amplo e, fora da lógica de seguro, como algo a que se tem direito a partir de um contrato e de acordo com cálculos atuariais, e sim dentro da lógica do direito social de compartilhar da riqueza nacional. Essa visão permite também a apreensão da saúde de forma mais integral, sem que se privilegie as ações assistenciais em detrimento das de proteção e promoção da saúde, quase sempre de efeito mais extenso e significativo.

Assim, julga-se que o modelo "serviço público" corresponde melhor aos anseios de universalização da atenção, com racionalidade, de acordo com o estágio de desenvolvimento socio-econômico que vive a nação em cada momento histórico; deve-se salientar que isso não deve implicar em qualquer eliminação dos direitos já adquiridos, mas, sim, a sua extensão a toda população, de acordo com os princípios de racionalidade e prioridade já enunciados.

Optando-se pela segunda alternativa por considerá-la socialmente mais justa, cabe enunciar alguns 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 assis-

tência 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.

### 3. 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 democratização 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 parti-

cipação 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 o 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 se 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 o 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 pudesse 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 es-

sa é a questão central a ser colocada em escrutínio pelos vários segmentos afetados, e analisadas as condições que garantam 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 responsabilida-

des quanto às normas (e valores) de relacionamento 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 "convênios" devem estar mais em textos legais que em instrumentos isolados de relacionamento bilateral.

coordenação da 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 controle/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 Nacio-



nal de Saúde.

responsável pela elaboração do plano diretor de serviços de saúde na U.F. que deve orientar a conformação da rede unificada de serviços.

papel executivo (no que não couber ao Município) quanto à prestação de serviços de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, 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.



- 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 operacionalização de certos programas assistenciais (como suplementação alimentar) estejam sob responsabilidade municipal; de qualquer forma, a gestão do conjunto dos serviços, em nível municipal, deve ser executada pela autoridade sanitária municipal, ainda que coordenando 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.

#### 4. Estratégia

Essas propostas de redefinição dos papéis institucionais e das várias esferas do governo na formulação, execução e controle da política nacional de saúde necessita, para sua concretização, de reformulação dos diplomas legais já referidos anteriormente. Embora a Constituição seja a Carta Magna que deve orientar todas as outras leis, a rigor, seria possível equacionar essas transformações apenas substituindo ou modificando a legislação ordinária, em especial a Lei do SNS/75 e a Lei do SINPAS/77. A modificação do texto constitucional deverá contemplar a visão prevalente sobre a questão do direito à saúde e do dever do Estado, mas não impede que se possa dar passos anteriores à sua própria promulgação. Na verdade, a Constituição deve refletir o pensamento da sociedade sobre a organização nacional e os seus caminhos na direção do desenvolvimento social e econômico, e não ser uma limitante para o próprio processo histórico-social.

Considera-se que as proposições aqui apresentadas têm total factibilidade técnica, administrativa e financeira. Resta assim a apre-  
ciação quanto à sua viabilidade política.

A VIII Conferência Nacional de Saúde coloca-se como o fórum adequado para essa análise, conferindo a legitimidade necessária ao encaminhamento das propostas de reordenamento do setor, de acordo com a realidade social e política do país.

Como medidas imediatas, na direção da implementação da proposta formulada, julga-se necessário se desencadear as seguintes ações:

- Elaboração e proposição, como mensagem do Executivo, do anteprojeto de lei que reformula o Sistema Nacional de

Saúde, modificando especialmente a lei 6229/75 e a legislação previdenciária, de acordo com as propostas enunciadas, inclusive quanto ao FNS;

- Reformas institucionais correspondentes aos novos diplomas legais; cujas propostas podem ser desenvolvidas, independentemente da terminalidade do processo legislativo;
- Elaboração dos planos diretores estaduais (dimensionamento, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde no estado);
- Elaboração dos projetos estaduais e municipais de transferência de serviços, da responsabilidade de uma instituição para outra; com cronograma e estratégia específicos quanto a financiamento, pessoal, administração, etc (cada Unidade da Federação elaboraria, a partir da sua realidade institucional o projeto que definiria quais serviços passariam para a responsabilidade do Estado e do Município, quando isso poderia ser feito, com quais recursos, com que modificações administrativas, etc.);
- Desenvolvimento do Sistema Único de Informações em Saúde, coordenado pelo MS e operacionalizado pelas três esferas de governo;
- Elaboração do plano de política unificada de pessoal, ao que deve corresponder legislação específica;
- Elaboração e implementação do plano nacional de assistência farmacêutica (não confundir com o plano de desenvol-

vimento da indústria farmacêutica nacional);

- Início do processo de qualificação técnico-gerencial do pessoal dos serviços de saúde em todos os níveis;
- Estabelecimento dos novos instrumentos e regras de relacionamento com o setor privado (como decorrência natural da proposta, e não como pré-condição para a mesma);
- Redefinição das Ações Integradas de Saúde como instrumento de articulação intersetorial e entre esferas de governo; correspondente reestruturação dos órgãos colegiados federais, estaduais e municipais, que deverão ter um caráter mais de gestão participativa política que de administração.

A plena consecução dessa reforma deveria corresponder à absoluta supressão dos convênios de Ações Integradas e pelo surgimento dos Planos de Saúde Federal, Estaduais e Municipais, baseados na Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde e viabilizados pelos respectivos orçamentos federal, estaduais e municipais (incluídos aí os recursos de remuneração dos serviços privados contratados).

É conveniente referir que a proposta aqui apresentada não configura intenção de estatização ou eliminação da iniciativa privada no setor.

Contudo, deve ficar claro que o sistema de que se está tratando é aquele financiado com o recurso público e dirigido a todos os brasileiros. Assim, as normas vigentes no relacionamento necessário do

poder público com o setor privado deverão ser subordinadas aos requisitos técnicos e financeiros para uma cobertura assistencial universal e igualitária, e cujas condições podem ou não ser aceitas pelo contratante para efeito de participação ou não no sistema público de prestação de serviços de saúde. Não se trata aqui da livre iniciativa, financiada diretamente pelo recurso particular, individual ou cooperativo (seguro), que, não ferindo os preceitos éticos, pode organizar-se livre e independentemente da tutela do Estado.

... de articulação intersectorial e entrecruzamento de poderes no correspondente reestruturção dos órgãos colegiados federais, estaduais e municipais que deverão manter-se à frente mais de gestão participativa política que de administração.

A plena consecução dessa reforma deveria corresponder à adoção expressa dos princípios de Ações Integradas e pelo cumprimento dos Planos de Saúde Federal, Estaduais e Municipais, passados na Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde e validados pelos respectivos organismos federais, estaduais e municipais (incluindo aí os recursos de remuneração dos serviços privados contratados).

É conveniente referir que a proposta aqui apresentada não configura intenção de estatização ou eliminação da iniciativa privada no setor.

Concluído, deve ficar claro que o sistema de que se trata não sendo é aquele financiado com o recurso público e dividido a gestão os praticados. Assim, as normas vigentes no relacionamento necessário do

