

O presente documento - elaborado pelo Escritório Técnico do Presidente Tancredo Neves, sob a coordenação de Dr. Eurico Borba, considerando o conjunto das propostas encaminhadas a este escritório (cerca de 60 documentos) - foi submetido à análise e aprovação do:

Deputado BORGES DA SILVEIRA - Presidente do Parlamento Brasileiro de Saúde.

Deputado CARLOS MOSCONI - Presidente da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados.

Doutor EZIO CORDEIRO - Presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO.

Doutor FRANCISCO XAVIER BEDUSCHI - Presidente da Federação Nacional dos Médicos.

Doutor GABRIEL WOLF OZELKA - Presidente do Conselho Federal de Medicina.

Doutor GUIDO CARLOS LEVI - Médico do Serviço de Moléstias Infecto-contagiosas do IAMSPE.

Doutor GUILHERME RODRIGUES DA SILVA - Superintendente do Hospital das Clínicas de São Paulo.

Doutor JOÃO BOSCO R. SALOMON - Departamento de Nutrição da UNB.

Doutor JOÃO YUNES - Secretário da Saúde do Estado de São Paulo.

Doutor JOSÉ CARLOS SEIXAS - Professor Doutor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Doutor JOSÉ L. NEVES - Assessor da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Doutor JOSÉ DA ROCHA CARVALHEIRO - Coordenadoria de Serviços Técnicos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Doutor JOSÉ DA SILVA GUEDES - Secretário de Higiene e Saúde do Município de São Paulo.

Deputado LUIZ HUMBERTO PINHEIRO - Secretário Geral do Parlamento Brasileiro de Saúde, Assembléia Legislativa da Bahia.

Enfermeira MARIA ANGÉLICA GOMES - Assistente Técnico da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Doutor NELSON GUIMARÃES PROENÇA - Presidente da Associação Médica Brasileira.

Doutor OTÁVIO AZEVEDO MERCADANTE - Chefe de Gabinete da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

"Enquanto houver, neste País, um só homem sem trabalho, sem pão, sem teto e sem letras, toda a prosperidade será falsa".

"... Temos de reconhecer e admitir, como objetivo básico da Segurança Nacional, a garantia de alimento, saúde, habitação, educação e transporte para todos os brasileiros".

"Venho para realizar urgentes e corajosas mudanças políticas, ao bem estar do povo".

PRESIDENTE TANCREDO NEVES



**INSTITUTO
BUTANTAN**
A serviço da vida

SUMÁRIO

	RESUMO	1
1.	<u>INTRODUÇÃO</u>	4
2.	<u>DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL</u>	7
	2.1 Quadro sanitário	7
	2.2 Desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil... 8	
	2.3 Tendências internacionais da atenção médica.....11	
	2.4 Pontos críticos do setor saúde a nível federal.....13	
3.	<u>PRINCÍPIOS BÁSICOS</u>	18
	3.1 Saúde no Processo de Desenvolvimento Nacional.....18	
	3.2 Responsabilidade do Estado na Prestação de Servi cos de Saúde	18
	3.3 Participação	19
	3.4 Assistência à Saúde dos Previdenciários.....20	
	3.5 Organização do Setor Produtivo da Saúde.....21	
4.	<u>PROPOSTAS</u>	22
	4.1 <u>SISTEMA UNIFICADO DE SAÚDE</u>	22
	4.1.1 Previsibilidade, Descentralização, Gestão e Aplicação dos Recursos Financeiros.....22	
	4.1.2 Reorganização do setor saúde a nível fede ral.....	27
	4.1.3 Considerações do ponto de vista jurídico, estrutural e administrativo.....	32
	4.1.4 Programações das ações de saúde a nível federal.....	34
	4.2 Financiamento do Setor Saúde a Nível Federal.....	38
	4.3 Política de Insumos Críticos	49
	4.3.1 Ciência e Tecnologia em Saúde.....	49
	4.3.2 Política de Medicamentos	50



4.4	Política de Recursos Humanos	52
4.5	Relações do Ministério da Saúde com Outros Órgãos Federais, Considerando suas Atuais Atribuições	54
4.5.1	<u>SEPLAN</u>	54
4.5.2	Ministério da Educação	54
4.5.3	Ministério do Interior, Minas e Energia, Assuntos Fundiários	56
4.5.4	Ministério da Agricultura	57
4.5.5	Ministério da Justiça	57
4.5.6	Ministério do Trabalho	57
4.5.7	Ministério das Relações Exteriores	58
4.5.8	OMS/OPAS - Relações Internacionais em Saúde	59
5.	<u>PROGRAMA EMERGENCIAL</u>	61
6.	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	65

RESUMO

O modelo de desenvolvimento econômico e social adotado nas últimas décadas caracterizou-se pela excessiva concentração, resultando numa qualidade de vida e em perfis de saúde que não correspondem ao grau do desenvolvimento econômico atingido. Na América Latina, alguns países menos desenvolvidos que o Brasil apresentam condições de saúde sensivelmente melhores que as nossas.

As políticas de saúde, principalmente a partir de 1967, com a unificação da Previdência Social e a priorização da compra de serviços no mercado, conduziram a um desenvolvimento muito maior do setor de assistência médica privada lucrativa em detrimento dos setores público e privado não-lucrativos.

Tais políticas deram origem a uma organização social de serviços verdadeiramente caótica e institucionalmente frágil, e que não encontra correspondência no quadro das atuais tendências internacionais. Entre seus pontos críticos destacam-se:

- a. Total descoordenação e desarticulação inter-institucional na esfera Federal, reproduzindo-se nas esferas Estaduais e Municipais, com políticas de saúde às vezes até divergentes.
- b. A assistência médica, organizada predominantemente pelo INAMPS, embora conte com recursos significativos, desempenha no MPAS um papel secundário, uma vez que toda a prioridade é sempre dada ao pagamento de benefícios, de modo que qualquer redução da receita recai invariavelmente na parcela destinada à assistência médica. As ações preventivas, por outro lado, isoladas no Ministério da Saúde, contam com recursos persistentemente insuficientes a nível Federal.
- c. Elevada concentração de poder, na esfera Federal, no âmbito do MPAS. O INAMPS, atualmente vinculado ao MPAS, dis-

pondo de um orçamento de até 11 vezes o orçamento do Ministério da Saúde, de atuação absurdamente centralizada, não consegue, enquanto instituição, racionalizar a distribuição dos recursos financeiros entre as Unidades Federadas e suas regiões.

- d. Ausência total de participação dos usuários do sistema de saúde dos processos de planejamento, decisão e gerência da prestação de serviços, em todos os níveis da organização vigente.
- e. Acentuada escassez de investimentos de capital nos setores público e privado não-lucrativos, especialmente na área hospitalar, nos últimos 20 anos.

O conjunto de medidas aqui apresentadas para o nível Federal visa corrigir as distorções destacadas, produzindo, a médio prazo, uma inflexão na organização dos serviços de saúde. As propostas foram selecionadas tendo em vista principalmente a sua viabilidade nos planos político e jurídico.

Estas propostas podem ser traduzidas pela idéia da implantação de um *Sistema Unificado de Saúde*, as quais, em síntese, são:

- a. Organizar o *Ministério da Saúde*, a fim de que ele venha a ser efetivamente o órgão coordenador do setor saúde, a nível Federal, mediante a vinculação a este Ministério do INAMPS e da CEME, sem, entretanto, alterar o caráter de órgão previdenciário do INAMPS, que continuará a pertencer ao Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS. Estas transferências são de competência exclusiva do Poder Executivo, que pode implementá-las através de um decreto presidencial.
- b. *Deslocar* o centro das decisões concernentes à gestão dos recursos financeiros Federais para as Unidades Federadas e *democratizar* sua gerência através da instituição de *comitês deliberativos* a níveis Federal, Estadual e Regional, constituído por representantes dos Trabalhadores, Empregadores, Profissionais de Saúde e Estado, sob coor-

denação, respectivamente, do Ministério da Saúde, da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e por um representante das Secretarias Municipais de Saúde da Região.

- c. Fixar os recursos do SINPAS a serem destinados ao INAMPS em pelo menos 25% (o que representa a média da tendência histórica dos gastos da previdência com a assistência à saúde). Esta medida viabilizará a *descentralização* das decisões referentes à gestão financeira proposta no item anterior, constituindo-se, ao mesmo tempo, em medida complementar e indissociável às propostas dos itens a e b.
- d. Aumentar os investimentos de capital para melhoria e ampliação da capacidade instalada dos serviços públicos e entidades filantrópicas.
- e. A CEME deverá constituir-se em *empresa pública*, a qual, além de suas atuais atribuições, deverá retomar o caráter de promotor de pesquisa no setor de insumos básicos para a produção de produtos farmacêuticos.
- f. Aumento da participação da União, Estados e Municípios, a partir da destinação de maior parcela de recursos arrecadados por impostos diretos para os gastos de saúde, visando atingir a 8% do PIB no quadriênio.

De imediato, para a implementação desta política, propõe-se um conjunto de medidas sob a forma de *Programa Emergencial*, referido no capítulo 5.

1. INTRODUÇÃO

Os 20 anos de autoritarismo deixaram marcas que se revelaram com maior nitidez no setor social. O momento democrático que passamos a viver a partir de agora implica em reconhecermos as injustiças sociais existentes no País e a necessidade premente do estabelecimento de medidas políticas que visem, a curto prazo, sua correção.

Nesta área, pode-se considerar a saúde como um dos setores de maior deficiência, com sérias repercussões sobre a maior parte da população brasileira. No entanto, a colimação de objetivos no setor saúde é meramente uma questão de opção política. Na América Latina, alguns países, menos desenvolvidos que o Brasil, apresentam condições de saúde sensivelmente melhores que as nossas.

Há milhões de desassistidos, formados pelos desempregados e subempregados. Aos demais se oferecem atenção e atendimento inadequados, o que desagra a tanto aos que prestam serviços (profissionais de saúde e entidades conveniadas), quanto aos usuários. As doenças infecto-contagiosas ainda se propagam com facilidade pela população desnutrida, que vive em habitações inadequadas, localizadas, não raro, em áreas não saneadas.

Alguns parâmetros que mensuram a qualidade da nossa saúde, nos colocam ainda entre os últimos países do continente. É imperiosa, portanto, a ação governamental decidida e competente, fazendo valer de fato este direito do homem - a saúde - estendendo-o a todos os brasileiros, sem nenhuma discriminação, independente de sua posição na força produtiva ou condição social.

Nenhum setor anseia mais por mudanças que este. A democracia, com ampla participação do indivíduo e da comunidade, não se concretiza interiramente sem equacionar os problemas fundamentais do homem.

Os princípios e diretrizes aqui apresentados traduzem o amadurecimento de uma longa resistência, desenvolvida no período autoritário pelas organizações associativas do setor saúde (Conselhos Regionais de Medicina, Associações e Sindicatos dos Profissionais de Saúde etc.), às políticas de saúde em curso no País.

Esta proposta tenta extrair os elementos que emergiram ao longo do processo de debates e se legitimaram pela expressão majoritária dos setores sociais organizados mais significativos. Deste amplo debate, com participação de políticos e técnicos, inclusive de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nasceu o consenso dos interessados nos aspectos sociais da saúde.

Ressalta-se a íntima conexão que atualmente se observa no campo da saúde, entre as propostas dos movimentos sociais, e os projetos resultantes da produção técnico-científica nas universidades e outras instituições públicas de saúde e aqueles decorrentes dos profundos debates promovidos pela área parlamentar.

Recentemente, a partir da convergência das mais diversas contribuições, vimos este processo atingir sua culminância no grande foro de debates no V Simpósio Nacional de Saúde (27 e 28 de Novembro de 1984), promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e Parlamento Brasileiro de Saúde, que estimulou a realização de uma série de eventos em diferentes Estados do País. Neste Simpósio, participaram, aproximadamente, 400 representantes dos diversos setores interessados na saúde.

As propostas contidas neste documento constituem a expressão deste amplo processo participativo. As tendências divergentes e minoritárias que defendem a continuidade do atual modelo de saúde ou meramente a sua modernização não têm conseguido muitos adeptos devido à crescente consciência do relevo dos aspectos sociais e da premente necessidade de fortalecimento do setor público, não só por uma questão de convergência com as tendências internacionais, como pela

incontestável evidência de que a credibilidade e eficácia dos serviços de saúde, como meta fundamental das sociedades democráticas modernas, exigem que na organização dos serviços, sejam colocados em primeiro plano os interesses majoritários da população.

Em síntese, este documento procura exprimir uma orientação organicamente convergente com as diretrizes políticas do Governo Tancredo Neves que procuram refletir as mais amplas e sentidas aspirações da sociedade brasileira pela democracia e por uma nova ordem social.



2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL

2.1 QUADRO SANITÁRIO

A persistente precariedade da situação de saúde é fruto do modelo econômico implantado no País. Tanto na sua fase concentradora, excludente e expropriativa, como na etapa recessiva atual, condicionou, por sua perversidade social, a deterioração da qualidade de vida e de saúde de grandes parcelas da população, em contraste com o crescimento econômico.

Estabeleceu-se, assim, uma disparidade de convivência das "doenças de pobreza" com as chamadas "doenças modernas", próprias dos países industrializados, que já se apresentam de modo significativo e crescente. Entre as primeiras, avultam a desnutrição (que atinge aproximadamente 40 milhões de pessoas), a Doença de Chagas (em torno de 6 milhões), a Esquistossomose (entre 6 a 8 milhões), a Malária (com incidência crescente de 160000 casos novos ao ano), a Tuberculose (recrudescente em algumas áreas) a Hanseníase (mais de 500 mil vítimas) e as doenças diarreicas (que atingem milhões de crianças) e estão relacionadas com as más condições de saneamento e de nutrição e são responsáveis por 40% das mortes na infância e meninice nas regiões mais pobres. Além disto, ocorrem ainda em torno de 100 mil casos por ano de doenças evitáveis por imunização.

Entre as segundas - as doenças modernas - estão os distúrbios cardiovasculares, que já se constituem em primeiras causas de morbi-mortalidade em muitos segmentos da população, o câncer, outras doenças crônico-degenerativas, as doenças mentais, a violência, os acidentes de trabalho e de trânsito e as doenças profissionais ou ocupacionais. Devem ser ressaltadas as doenças profissionais e os acidentes de trabalho, campo em que o Brasil se tornou um dos recordistas mundiais.

Agravando a forte disparidade entre as condições de saúde do povo brasileiro e o nível de produção de ri-

quêza e de crescimento econômico alcançado no País, a crise econômica acentuou o estado de miséria e o precário quadro sanitário da população.

Estas disparidades apresentam-se também de forma acentuada entre as regiões do País e os distintos grupos e classes sociais. A análise da mortalidade infantil em uma mesma cidade revela que há grupos de população com uma taxa de menos de 14 mortes por mil crianças nascidas vivas e outros com 10 vezes mais. Entre as esperanças de vida ao nascer de um nordestino mais pobre e um sulista mais rico há uma diferença de até 30 anos.

A mortalidade infantil é, em média, no Brasil de 90 mortes por mil nascidos vivos, porém em regiões mais carentes, especialmente no Nordeste, atinge índices de até 200 mortes por mil nascidos vivos.

Centenas de milhares destas mortes anuais de crianças com menos de 1 ano de idade podem ser evitadas por medidas factíveis e viáveis nesta atual conjuntura.

2.2 DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Em muitos países, as políticas sociais e, em seu contexto, as de saúde e atenção-médica atuam como mecanismos efetivos de REDISTRIBUIÇÃO DE RENDA entre regiões e grupos sociais, permitindo reduzir, a níveis socialmente aceitáveis, as desigualdades geradas pelo desenvolvimento desigual. No Brasil, as políticas sociais e de saúde não se têm constituído, de modo eficaz, em instrumento redistributivo e de atenuação das desigualdades sociais, particularmente no período do regime autoritário dos últimos vinte anos.

No período anterior a 1930, as diretrizes do Estado no setor da saúde estavam voltadas para ações de saúde pública, que se efetivavam, de início, mediante campanhas sanitárias isoladas, frequentemente vincula

das a específicos projetos de expansão de fronteiras na agricultura ou na indústria extrativa. Entre 1930 e meados dos anos 50, ao mesmo tempo em que se organiza e se estrutura a Saúde Pública, nasce a Assistência Médica da Previdência Social, no âmbito de um pacote mais amplo de serviços resultante das políticas social e previdenciária que se inauguram. A partir do fim da década de 50 e, mais aceleradamente, de 1967, presenciou-se no Brasil a expansão dos serviços de Atenção à Saúde Previdenciária, sem, entretanto, expandir os serviços de Saúde Pública. Estas transformações estão ligadas a uma dinâmica social complexa, conformada por fatores que atuam nos planos nacional e internacional e que incluem, de um lado, as transformações da sociedade brasileira, principalmente no que concerne à sua passagem da fase agrário-exportadora para a da industrialização, e de outro, as mudanças que ocorrem na prática médica e de saúde com a forte penetração dos capitais industrial (equipamentos, indústria farmacêutica) e financeiro.

A unificação dos institutos de previdência em 1967 estabeleceu as condições, entre 1967 e 1974 principalmente, para o rápido processo de capitalização da prática médica, que se iniciou no mesmo período e se consolidou na fase seguinte.

A tecnoburocracia ligada a um dos antigos IAPs fez prevalecer, no período de regime autoritário, sua tese de que a Previdência Social não deveria prestar diretamente serviços médico-hospitalares. Ao tornar-se predominate na formulação da política setorial, este grupo cria sólidos anéis burocráticos, com entidades e grupos sociais representativos dos interesses privados na assistência médica.

As organizações médico-empresariais investem grande esforço e poder na construção destes elos entre a tecnoburocracia autoritária e os grupos privados, para garantir o projeto político da manutenção e ampliação do controle hegemônico da assistência médica.



O Plano de Pronta Ação (PPA), elaborado pelo antigo INPS em 1974, ampliando o acesso aos serviços por parte das massas nas áreas metropolitanas, permite a viabilização econômica das empresas médicas. A convergência de interesses de grupos médicos com os das grandes empresas industriais e comerciais permite o surgimento e o desenvolvimento, a partir de 1964, das organizações de Medicina de Grupo. Articulada aos setores mais dinâmicos da economia, esta nova forma de organizar a assistência médica fundamenta-se em cálculos atuariais para maximizar, de um lado, a lucratividade do convênio e, de outro, a produtividade da atividade econômica, através das estratégias de controle do número de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e de hospitalizações, bem como pela redução, maior possível, do período de ausência ao trabalho por parte do operário doente e pela mais baixa remuneração possível do pessoal empregado.

Para a profissão médica, a progressiva liquidação da medicina liberal e sua substituição pelas empresas resulta no assalariamento como forma predominante de relações de trabalho. Já em 1972, na cidade de São Paulo, os "autônomos típicos" (profissionais trabalhando exclusivamente em clínica particular) haviam sido reduzidos a 8,4%, enquanto 80,8% dos médicos mantinham pelo menos uma situação de trabalho como assalariado e, deste, 20,0% eram assalariados puros.

Entre 1945 e 1960, a percentagem de leitos hospitalares controlada pelo setor privado lucrativo subiu de 7,2 para cerca de 23%; entre 1960 e 1971, saltou para 30%, mantendo-se nestes níveis até 1975, enquanto que a leitos mantidos pelo setor público desceu de 44,5 para 31,6% entre 1945 e 1975; a do setor não-lucrativo (beneficiários e outros) também caiu de 47,3 para 37,5% no mesmo período. No período subsequente, a tendência de controle privado do setor acentuou-se.

Isto faz do Brasil o único país com tal predominância do setor privado lucrativo na assistência médico-hos-

pitalar. Nos Estados Unidos, a percentagem de leitos privados-lucrativos, em hospitais gerais, nunca ultrapassou 17%. Devido os custos crescentes dos serviços, o que decorre, principalmente, de incorporação de recursos tecnológicos, o hospital não-lucrativo e as organizações estatais funcionam, em toda parte, como mecanismos equilibradores, garantindo acesso aos serviços por parte de todos os grupos sociais e níveis satisfatórios de qualidade. Oferecendo os serviços de tecnologia mais complexa e de custo mais alto, a organização de hospitais voluntários (não-lucrativos) americana, a rede de hospitais públicos canadenses, ingleses e de outros países viabilizam a manutenção de uma organização de tipo liberal para os serviços ambulatoriais nos Estados Unidos e Canadá. No Brasil, criou-se um monstro, com a predominância dos interesses lucrativos no setor hospitalar, inviabilizando-se qualquer mecanismo de financiamento da atenção médica e se instaurando um mecanismo de crise permanente.

Constitui verdadeiro desafio a tarefa de alterar e reverter as tendências atuais das políticas e da organização social dos serviços de saúde.

2.3 TENDÊNCIAS INTERNACIONAIS DA ATENÇÃO MÉDICA

A controvérsia a respeito do melhor modelo para a Atenção à Saúde não é exclusivamente nacional. Com ênfase crescente tem ocupado espaço nas revistas de saúde pública em todo o mundo. Existem mesmo diversas publicações periódicas especializadas no assunto. É bom não perder essa perspectiva internacional: para alguma coisa não de servir as alentadas contribuições à análise do tema.

No momento em que se agudiza o debate em torno da organização dos serviços de saúde na transição democrática, é importante trazer à baila algumas das idéias levantadas por esse autor americano. Parte de uma

descrição dos três sistemas mundiais de atenção médica: assistência pública, seguro saúde e serviço nacional de saúde. Identifica-se, de certa maneira, com a organização da produção econômica no mundo moderno. Considerando apenas países com população superior a 100000 habitantes, verifica-se que em 108 deles (49% da população mundial) o sistema predominante é o da assistência pública. São países subdesenvolvidos, com organização capitalista dependente, situados na Ásia, África e América Latina. A maioria da população é atendida por um sistema de assistência pública insuficiente em termos de cobertura, sobrecarregado e com pessoal insuficiente. Em 22 países (18% da população mundial) predomina o sistema de seguro-doença. São países industrializados, de economia capitalista, localizados na Europa e América do Norte, além da Austrália, Nova Zelândia, Japão e Israel. A organização deste sistema apresenta imensas variações: total ou predominantemente privado, público obrigatório e diversas formas intermediárias. Com exceção da Nova Zelândia e do Canadá, os órgãos administrativos que se encarregam do seguro nacional de doença são os mesmos que se encarregam do seguro social em geral. O terceiro sistema - Serviço Nacional de Saúde predomina em 14 países (33% da população mundial) com organização socialista da produção, industrializados ou em rápido processo de industrialização. Este sistema cobre a totalidade da população.

A tendência mundial, identificada claramente na Inglaterra e em outros países da Europa Ocidental, especialmente os nórdicos, é a de formas intermediárias que caminham progressivamente para um Serviço Nacional de Saúde, único capaz de dar resposta às necessidades de universalização da cobertura e racionalização dos gastos. As perspectivas de transição, a partir do seguro-doença ou da assistência pública para Serviços Nacionais de Saúde, surpreendem pela rapidez com que ganham adesão entre os estudiosos do assunto. Mesmo nos Estados Unidos, a tendência é essa: um recente levantamento nacional de opinião revelou que 22% dos entrevistados preferiam um sistema total



mente nacionalizado, com atenção completa para todos em hospitais e ambulatórios governamentais. A Associação Americana de Saúde Pública, em 1976, sugeriu ao Congresso dos Estados Unidos a adoção de um Serviço Nacional de Saúde, tecendo críticas ao seguro nacional de doença, incapaz de estender uma atenção médica de boa qualidade a todos os cidadãos e de exercer um controle eficaz dos custos crescentes da assistência.

Essa a perspectiva mundial. Parece inevitável, independentemente de transformações profundas na organização do processo produtivo, a progressiva passagem para o sistema representado por um Serviço Nacional de Saúde. O que isto implica em termos nacionais é uma questão a que não podem estar alheios nem os técnicos, nem os políticos e muito menos a população, principal interessada. Como traçar o nosso próprio caminho é uma questão que vai depender fundamentalmente das forças políticas e sociais desatadas no processo de discussão que se avizinha. Os técnicos da área de saúde são praticamente unânimes em apontar a unificação do sistema de prestação de serviços de saúde como encaminhamento de solução para os problemas mais importantes. Traçar o rumo que nos leve da atual organização caótica para algo próximo de um Serviço Nacional de Saúde é tarefa delicada, que passa, certamente, pela imediata incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, sem, contudo, perder o caráter de órgão previdenciário e, portanto, pertencendo ao Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS - e pela extensão das Ações Integradas a todo o País.

2.4 PONTOS CRÍTICOS DO SETOR SAÚDE A NÍVEL FEDERAL

Diante de um processo de desenvolvimento inadequado, como é o que vivemos nas últimas décadas, as políticas estatais para o setor saúde, mormente nos anos autoritários, deram origem ao processo de empresaria

mento dos serviços de Atenção à Saúde, contrariando todas as tendências internacionais, gerando-se várias distorções na organização dos serviços de saúde e atenção médica, entre as quais destacam-se:

- a. Total descoordenação e desarticulação inter-institucional na esfera federal, reproduzindo-se nas esferas Estaduais e Municipais. A presença na cena Federal de dois comandos no setor saúde - o da assistência à saúde previdenciária, com o INAMPS, vinculado ao MPAS, absolutamente dominante, com um orçamento de quase 12 trilhões de cruzeiros em 1985, e o da saúde pública tradicional, responsável pelas ações preventivas e, sobretudo, pela retórica, com um orçamento que a injeção de recursos do FINSOCIAL fez artificialmente aumentar de 500 bilhões para 1,7 trilhões de cruzeiros, no ano fiscal já em curso; portanto, ainda assim, sete vezes menor que o da assistência à saúde previdenciária.

Este sistema, com baixo nível de integração, determina uma fragilidade institucional e financeira das agências promotoras de ações de saúde de caráter predominantemente promocional ou preventivo (realizado quase que somente em centros e postos de saúde), com isolamento indevido destas ações, das ações ditas de recuperação (realizadas principalmente em ambulatórios, policlínicas e hospitais).

- b. Elevada concentração de poder, no âmbito do Ministério da Previdência Social, na esfera Federal. O INAMPS - sendo um instituto atualmente vinculado ao MPAS, de atuação absurdamente centralizada - não consegue racionalizar a sua distribuição de recursos financeiros. Assim, desempenha, de fato, apenas o papel de amortecedor de tensões conjunturais, atendendo interesses de classes ou grupos empresariais, não conseguindo atingir o seu objetivo social.



- c. A crise permanente da assistência médica da previdência vem permitindo a penetração de capital financeiro estrangeiro ligado a corporações internacionais que, sem espaço nos outros países, inclusive nos Estados Unidos, avançam sobre mercados de serviços *desprotegidos* e aparentemente em expansão. Grupos financeiros nacionais, mais recentemente, entraram na competição por este mercado, que é resultado das distorções na organização dos serviços de saúde, aguçadas no período de regime autoritário-burocrata.
- d. Elevado grau de imprevisibilidade de recursos financeiros disponíveis para o setor saúde (tanto dos recursos da previdência social destinados ao INAMPS, como dos recursos orçamentários) e ausência de diretrizes legais e políticas claras que definam as fontes de recursos e os critérios de suas aplicações, quer em investimentos de capitais, quer no custeio das ações de saúde.
- e. Ausência de participação dos usuários do sistema de saúde no planejamento, decisão e gerência da prestação de serviços no âmbito do INAMPS e no da Saúde Pública, em todos os níveis do sistema de saúde vigente.
- f. Cobertura populacional insuficiente (estima-se que 1/3 da população não tem acesso regular aos serviços de saúde) e com desigualdades de acesso decorrentes da excessiva concentração de serviços médico-hospitalares em áreas centrais das grandes cidades, com insuficiente cobertura nas suas periferias, nas pequenas cidades e nas áreas rurais implicando em marcantes diferenças de oportunidades entre as populações não-previdenciárias e previdenciárias, e nestas, entre as urbanas e as rurais.
- g. Baixa produtividade do sistema existente dada por:

- ociosidade da capacidade instalada, particularmente grave no setor público (da ordem de 40%);
 - expansão descoordenada dos serviços privados de saúde, com localização, na maioria das vezes, inadequada à distribuição da população;
 - múltiplos serviços de mesmo nível de complexidade para atendimento da mesma clientela;
 - deficiente capacidade gerencial, especialmente grave no setor público;
 - no setor privado não-lucrativo, além de deficiente capacidade gerencial, observa-se também em muitas de suas organizações uma tendência ao enquistamento de grupos, conviventes entre si e com atitudes paternalistas em relação à população assistida, impedindo o seu verdadeiro caráter comunitário;
 - política de compra de serviços de saúde por parte do INAMPS, onde se constata formas de pagamentos (quer abaixo dos custos reais, quer favorecendo ganhos elevados para determinados procedimentos) que geram oportunidades e até estímulos à produção de serviços desnecessários, omissão de serviços, superfaturamento, diminuição da qualidade de serviços prestados e outras formas de corrupção;
 - deficiências na formação e utilização dos recursos humanos; inexistência de carreiras que possam atrair profissionais capacitados para o setor, resultando em desestímulos profissionais e baixos níveis salariais.
- h. Incontrolada incorporação dos bens de capital, sobretudo de tecnologia de ponta, nos serviços de saúde, elevando desnecessariamente seus gastos e reforçando tendências a monopólio dos serviços de saúde, implicando na criação de macroorganizações em busca de processos rentáveis através de produção em escala, a qual diminui a qualidade dos serviços prestados.

- i. Insuficiência de investimentos de capital tanto para estabelecer uma rede física que garanta uma adequada distribuição de serviços junto às populações, quanto para a incorporação de recursos tecnológicos adequados à nossa realidade. Nossas deficiências são tão alarmantes que medidas urgentes se fazem necessárias, pois, para se manter a mesma cobertura populacional do início da década de 80 e considerando o incremento demográfico, serão necessários até o ano 2000, investimentos anuais da ordem de US\$ 2 bilhões, o que representa 2% da nossa dívida externa.
- j. Reduzida racionalidade organizacional da rede de serviços existentes com total ausência de hierarquização em níveis de complexidade crescente, regionalizada, inviabilizando o estabelecimento de mecanismos eficientes de referência e contra-referência, onde se possa proporcionar uma assistência médica integral (somatopsíquica) à população.
- k. Elevada dependência externa na produção de insumos críticos para os serviços de saúde: medicamentos e correlatos, equipamentos de tecnologia mais complexa e material de consumo para serviços complementares de diagnóstico e tratamento.
- l. Irregularidades na distribuição e insuficiência de medicamentos da CEME, tornando inviável o acesso da população aos medicamentos básicos.

Em face deste quadro sanitário, os governos anteriores não foram capazes de apresentar diretrizes políticas eficazes para o setor que pudessem equacionar esses problemas, resultando uma organização frágil e caótica, condicionando a uma forte centralização do poder e dos recursos financeiros do setor saúde a nível Federal, multiplicidade de formas de prestação de serviços e forte desigualdade no acesso da população a esses serviços, além de má distribuição geográfica dos mesmos, refletindo a ausência de planejamento e de princípios mínimos de racionalização de um sistema de saúde.

3. PRINCÍPIOS BÁSICOS

3.1. SAÚDE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO NACIONAL

O processo de desenvolvimento nacional, ainda que realizado por setores produtivos diferenciados, não os manterá autônomos, mas sim integrados e não serão agrupados em setores tidos como econômicos de um lado e setores sociais de outro. Neste particular, o *setor saúde* é concebido como um setor produtivo e, como tal, gerador de riquezas para a promoção da qualidade de vida como outro qualquer e, portanto, tão significativo para investimentos, geração de empregos etc., como os tradicionais setores tidos como econômicos.

Novos investimentos, nos diferentes setores produtivos, deverão considerar prioritariamente a capacidade de atendimento das necessidades básicas da população, e não simplesmente ajustes de ordem econômico-financeira. Assim, a prioridade não se dará para setores produtivos que garantam mais rapidamente o equilíbrio da balança de pagamentos, ou a substituição de tecnologia de ponta, ou mesmo o controle da inflação. A prioridade de dar-se-á nos setores produtivos que mais rapidamente possibilitem a melhoria da qualidade de vida e, portanto, de saúde, de cada um e de todos os brasileiros. São de particular interesse para o setor saúde os novos investimentos em saneamento básico, na produção de alimentos básicos e em habitação para as populações de baixa renda.

3.2. RESPONSABILIDADE DO ESTADO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Para que se possa gerar uma nova prática de saúde no processo de desenvolvimento, é preciso considerar saúde como um bem individual básico e, mais do que isso, um bem social (social entendido no seu verdadeiro significado, o do coletivo humano). Enquanto bem social gerador da maior riqueza da Nação, que é seu patrimônio humano, percebe-se claramente a veracidade da afirmação: "saúde é um direito do cidadão e um dever do estado".

Nestes termos, compete ao Estado não necessariamente executar todas as ações de saúde, mas sim garantir que a execução das mesmas se concretizem de tal modo que os serviços de saúde realizados por qualquer agente (público, privado, lucrativo e não-lucrativo) são deveres do Estado e, portanto, se revestem da característica de serviços públicos, como já acontece em outros setores, tais como: transporte, energia telecomunicações etc., os quais, por concessão, são operados pela iniciativa privada.

Como responsável pelos serviços de saúde assim concebidos, o Estado garantirá à população ações de saúde de boa qualidade, bem como a continuidade da prestação de serviços de saúde por parte de qualquer agente. Aos agentes, o Estado garantirá remuneração adequada tanto para viabilizar a continuidade dos serviços, como para garantir a boa qualidade dos mesmos.

Cabe ainda ao Estado, através de seus níveis Municipal, Estadual e Federal, estabelecer a integração de todos os agentes prestadores de serviços de saúde, de forma regionalizada, hierarquizada, obedecendo os princípios de complexidade crescente e estabelecendo mecanismos eficientes de referência e contra-referência, estruturando, assim, o SISTEMA UNIFICADO DE SAÚDE.

3.3. PARTICIPAÇÃO

- A participação efetiva da população nos diversos níveis do Sistema Unificado de Saúde, não é decorrência apenas de imperativos de uma prática democrática defendida pelo novo governo, mas também é decorrência da própria natureza do processo produtivo do setor saúde. Neste processo, a população consumidora dos serviços de saúde é agente integrante da produção tanto nos atendimentos individualizados, como nas ações de caráter coletivo.

É esta participação efetiva que viabilizará a tão propalada melhoria dos padrões de educação sanitária da população educação sanitária que se concretiza a partir da participação, gerando comportamentos ade-

quados em relação à Saúde e não apenas conhecimentos a respeito de saúde-doença.

- A participação dos trabalhadores nos diversos órgãos do SINPAS e, em particular, no INAMPS, proposta pelo Presidente Tancredo Neves - Belo Horizonte, Janeiro/1985 - nos processos de planejamento, gerência e controle dos serviços é imprescindível para uma priorização racionalizada e legitimada dos programas de saúde previdenciária.

3.4. ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS PREVIDENCIÁRIOS

A assistência à saúde é um dos mais importantes serviços cobertos pelo SISTEMA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - SINPAS -, constituindo-se, de fato, em uma conquista dos trabalhadores. Sendo um serviço que está sempre à disposição do contribuinte ou de seus familiares, representa a este o "benefício" mais imediato a que ele tem acesso. Assim, a permanência do INAMPS como instituto previdenciário, e portanto integrante do SINPAS, bem como o custeio da assistência à saúde por ele prestada, continuará sendo realizada por meio de recursos financeiros provenientes de um seguro social obrigatório, altamente aceitável e justificável. Estas condições atualmente se impõem pelas seguintes considerações:

- Na tentativa de equacionar os problemas estruturais e conjunturais do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS - se propôs excluir de seu âmbito o custeio da assistência à saúde realizado pelo INAMPS, e se colocou até mesmo a proposta de se criar um imposto direto para o setor saúde. Esta proposta, que poderá ter um desejado caráter progressivo do ponto de vista tributário, implica necessariamente em estudos e redefinição não só do SINPAS, como também de todo o sistema tributário brasileiro, fato este que torna sua implantação a curto prazo inviável. Entretanto, constitui-se em importante matéria a ser examinada e debatida quando da *assembléia constituinte*, viabilizando, assim, se este for o caminho, uma implantação a médio prazo segura, de forma a ga

rantir o direito conquistado pelos trabalhadores com patível com as necessidades e possibilidades da população.

- Uma mudança precipitada das fontes de financiamento da assistência à saúde corre o risco de levar muitos previdenciários à necessidade de assumir novos gastos com saúde (seus e de seus dependentes), o que seria um absurdo, dado o baixo poder aquisitivo da maioria dos trabalhadores. Esta situação forçaria compulsoriamente um segmento de previdenciários a ter uma única saída: a da participação em "seguro-saúde" privados, implicando na expansão anormal e indesejada desse sistema. E esta expansão, aos diversos extratos econômico-sociais, impossibilita a necessária composição de recursos previdenciários, orçamentários e extra-orçamentários que viabilize a universalização do atendimento.

3.5. ORGANIZAÇÃO DO SETOR PRODUTIVO DA SAÚDE

A "economia de escala" no setor saúde é, em si, fator de má qualidade dos serviços. Assim, entende-se que não se deva permitir a presença de grandes complexos empresariais nacionais (quer estatal, quer privado), e muito menos internacionais, para atuarem no setor saúde, máxime na prestação de serviços. Cabe ao Estado, através de seus níveis Municipal, Estadual e Federal, estabelecer redes regionalizadas de serviços de saúde para atendimento integral e estabelecer mecanismos eficazes de avaliação e controle do setor.

4. PROPOSTAS

4.1. SISTEMA UNIFICADO DE SAÚDE

Considerando o quadro sanitário apresentado, uma série de medidas tomam-se necessárias e urgentes, a fim de se ter as condições mínimas para estabelecer uma efetiva estruturação e coordenação de um *sistema unificado de saúde*, observando o princípio democrático de *descentralização* do poder e dos recursos financeiros nos seus respectivos níveis Municipal, Estadual e Federal:

4.1.1. Previsibilidade, Descentralização, Gestão e Aplicação dos Recursos Financeiros

A operacionalização da descentralização dos recursos financeiros baseia-se no princípio de que parte dos recursos arrecadados pelo SINPAS numa determinada região e/ou Unidade Federada, é efetivamente gasta com assistência médica a través do INAMPS, na própria região e/ou Unidade Federada.

Assim, ao se fixar um percentual dos recursos arrecadados pelo SINPAS que deve ser destinado ao INAMPS, viabiliza-se o processo de *descentralização do poder decisório* sobre o volume de recursos financeiros, uma vez que se pode também fixar quais as proporções do volume desses recursos que automaticamente serão gastos em determinada região e/ou Unidade Federada.

O princípio norteador da fixação destas proporções é o da média das tendências históricas. Estudos preliminares indicam que as regiões Estaduais de maior arrecadação para a Previdência Social gastam, no mínimo, 50% da parcela destinada à assistência médica (considerando que esta parcela é de 25% do total da arrecadação do SINPAS) na própria região. Já a mesma análise

feita em relação às Unidades Federadas indica um gasto mínimo em torno de 70% da parcela destinada à assistência médica, na própria Unidade Federada. Ao longo do processo de implantação desta sistemática, estes coeficientes, se necessário, deverão ser ajustados.

- a. Os recursos financeiros do SINPAS a serem aplicados na assistência médica deverão ser fixados em 25% de sua receita (da receita real, não da previsão de receita), os quais deverão ser aplicados exclusivamente em despesas de custeio. Tal percentagem corresponderá à média das tendências históricas dos gastos previdenciários com assistência médica (Quadro 7 - sub-item 4.2).
- b. Os recursos do Tesouro Nacional destinados à administração de pessoal do INAMPS e CEME, bem como as despesas com assistência médica dos funcionários públicos não compõem os 25% da receita referida no item (a).
- c. Dos 25% do volume de recursos arrecadados pelo SINPAS em cada Unidade Federada, que se destinam à assistência médica, 70% destinar-se-ão aos serviços médicos assistenciais da própria Unidade Federada onde foram arrecadados e 30% serão objeto de estudos a nível Federal, onde, através de análises dos Programas Estaduais de Saúde, será decidida a utilização desses recursos, levando-se em conta, inclusive, a necessidade de sua redistribuição entre as diferentes Unidades Federadas.
- d. As mesmas normas de descentralização dos recursos financeiros do SINPAS destinados à assistência médica, observadas do nível Federal ao Estadual deverão ser adotadas a nível Estadual em relação às regiões metropolita

nas, microrregiões e grandes municípios, observando a regionalização existente em cada Unidade Federada. Assim, dos 25% do volume de recursos arrecadados pelo SINPAS em cada região, 50% destinar-se-ão à assistência médica da própria região e 50% serão objeto de estudos nos níveis Estadual e Federal.

- e. O Governo Federal destinará recursos orçamentários e extra-orçamentários não provenientes do SINPAS para atividades de saúde (despesas de custeio) no plano nacional, quer para a manutenção de serviços próprios, quer para os Sistemas Estaduais e Municipais de Saúde. Tais recursos implicam em verbas a fundo perdido e em verbas com linhas de crédito especiais. Durante o exercício do primeiro ano de governo, serão fixados os montantes percentuais para tais fins a partir dos orçamentos da União, do FINSOCIAL, do FAS e de outras fontes de uso múltiplo.

O aporte dos recursos financeiros orçamentários e extra-orçamentários dos níveis Federal, Estadual e Municipal deverá ser gradativamente ampliado, de modo a se aproximar do montante dos recursos financeiros provenientes do SINPAS; estes, em nenhum momento podeão significar "recursos financeiros substitutivos dos recursos orçamentários".

- f. Dada a carência de investimentos de capital existente no setor saúde, é preciso utilizar linhas de créditos especiais subsidiados, tais como o FAS, FINSOCIAL e outros, para fazer face às tremendas necessidades de investimentos do setor.

Na aplicação desses recursos, será priorizado o estabelecimento de redes de serviços de complexidade crescente, ajustadas à população

lação, observando suas características epidemiológicas.

A partir da concretização de redes de serviços, dever-se-á privilegiar, pela sua ordem de importância:

- a) serviços de atenção primária Municipais;
- b) investimentos de capital em serviços complementares de diagnóstico e terapêutica Municipais e Estaduais;
- c) investimentos de capital nos serviços de saúde não-estatais sem fins lucrativos, desde que venham compor a rede de complexidade crescente, constituindo-se em expressiva retaguarda hospitalar dos serviços primários, sobretudo para os do setor público.

Os serviços de saúde não-estatais sem fins lucrativos, para efeito de priorização de investimentos com recursos subsidiados, deverão ser avaliados quanto à sua forma organizacional, à população a ser assistida, ao nível de complexidade, à localização geográfica e aos mecanismos de custeio do projeto proposto, em função dos Programas de Saúde Estaduais e Municipais, de modo que eles se concretizem, de fato, como serviços de relevante interesse da comunidade e não-lucrativos.

Os recursos financeiros para investimento de capital, mediante créditos especiais, não serão destinados ao setor privado lucrativo.

- g. O nível Federal contará com um CONSELHO DELIBERATIVO constituído por representantes dos Trabalhadores, dos Empregadores, dos Profissionais de Saúde e do Estado, sob coordenação e presidência do Ministério da Saúde e orientação do Conselho Nacional de Saúde, ao qual competirá:



- analisar e avaliar, em função dos Programas Estaduais de Saúde, a aplicação dos recursos financeiros previstos nos itens (a) e (e);
- aprovar a redistribuição para as Unidades Federadas dos recursos financeiros previstos nos itens: (c) - 30 dos 25% dos recursos do SINPAS de toda a União, que se destinam à assistência médica; (e) - recursos orçamentários para custeio; (f) - recursos para investimentos de capital.

h. Cada Unidade Federada, à semelhança do nível Federal, contará com um *conselho deliberativo* composto por representantes dos Trabalhadores, dos Empregadores, dos Profissionais de Saúde e do Estado, coordenação e presidência da Secretaria Estadual de Saúde, ao qual competirá:

- aprovar a redistribuição dos recursos financeiros previstos no item (c) - 20 dos 25% dos recursos do SINPAS de toda a Unidade Federada, que se destinam à assistência médica;
- compatibilização desses recursos orçamentários Estaduais.

i. O nível regional das Unidades Federadas também deverá contar com um *conselho deliberativo*, de constituição semelhante (Trabalhadores, Empregadores, Profissionais de Saúde e Estado), coordenado e presidido por um representante indicado pelos Secretários Municipais de Saúde da região. A este Conselho competirá:

- aprovar a distribuição dos recursos financeiros indicados no item (d) - 50% dos recursos do SINPAS destinados à saúde, arre

cadados na própria região;

- compatibilizar esses recursos com os recursos orçamentários Estaduais e Municipais da referida região.

j. Os Conselhos Deliberativos, nos seus níveis Federal, Estadual e Regional, contarão com uma *assessoria especial*, trabalhando em tempo integral e composta por representantes dos diversos órgãos e entidades que compõem o Conselho.

Assim, busca-se uma efetiva e contínua PARTICIPAÇÃO no processo de planejamento, avaliação e desempenho, gerando propostas aos Conselhos passíveis de serem conscientemente decididas e assumidas por todos os participantes, tanto quando rejeitadas, como quando aprovadas.

k. Os Conselhos Deliberativos acima referidos disporão de mecanismos consultivos, a serem instituídos formalmente, de modo a viabilizar decisões realistas e que contem com a anuência de todos os segmentos envolvidos no Sistema Unificado de Saúde Federado. Esses mecanismos devem ter representantes das categorias profissionais do setor saúde, das associações de prestadores de serviços e dos órgãos de exercício e ética profissionais.

4.1.2. Reorganização do Setor Saúde a Nível Federal

a. Transferir o INAMPS, a CEME e demais atribuições referentes à assistência médico-hospitalar do MPAS, vinculando-os ao *Ministério da Saúde*, sem, todavia, alterar o caráter de órgãos previdenciários; e portanto continuarão a pertencer ao *Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS*.

Esta transferência de vínculo pressupõe a descentralização do poder decisório e a preservação das fontes de recursos citadas nos itens anteriores, o que manterá a assistência à saúde dos previdenciários, como também dos não-previdenciários dentro de um mecanismo de composição de recursos financeiros provenientes de um seguro social obrigatório, recursos orçamentários e extra-orçamentários. Entende-se ser este, na fase inicial do Governo, o procedimento mais adequado e possível para se obterem avanços nos objetivos da universalização da assistência à saúde, até que, com a Assembléia Constituinte, seja possível, com legitimidade, obter mudanças mais significativas e consistentes.

A vinculação desses órgãos ao Ministério da Saúde impõe-se pelas seguintes considerações:

- Colocar o setor saúde, a nível Federal, sob um único comando redundaria, mantidos os mecanismos decisórios atuais, em uma concentração de poder ainda maior, fato este inaceitável pela política do novo Governo. No entanto, a partir da descentralização proposta, o comando único, no Ministério da Saúde, far-se-á pela participação colegiada facilitando a democratização do processo decisório a nível central bem como a delegação de poderes para os níveis Estadual e Regional, reduzindo, assim, os frequentes e improdutivos conflitos inter-ministeriais e suas conseqüentes irracionalidades programáticas nas áreas de investimentos de capital e de custeio.

- Ao contrário do que se apregoa, a integração dos recursos previdenciários - por meio das *ações integradas de saúde*, com os reursos orçamentários e extra-orçamentários



viabilizando a universalização do atendimento - não dilapidará os recursos financeiros do SINPAS, mas os potencializará ainda mais, já que esta integração permitirá a utilização de toda a infra-estrutura do setor saúde, principalmente a pública, também pelos previdenciários. Este fato é de particular importância se se considerar a tendência histórica da redução da população não-previdenciária.

b. A estrutura organizacional do Ministério da Saúde deverá ser redefinida tendo em vista suas novas atribuições, como órgão central do *Sistema Unificado de Saúde*, devidamente aparelhado para cumprir:

- ação normativa, cujo papel fundamental é garantir a melhora da qualidade do atendimento em todo o País;
- ação redistributiva dos recursos financeiros, cujo objetivo principal é ampliar o acesso das diferentes populações aos serviços de saúde;
- ação de prestador de serviços pelos seus órgãos competentes, através de programas específicos, que tenham por fim, entre outros, combater as grandes endemias, a distribuição de medicamentos básicos e vacinas etc.

c. Um número mínimo de serviços médico-hospitalares deverá compor a estrutura permanente do Ministério da Saúde, os quais se destinam a estudos de normatização, avaliação e controle das atividades de saúde. Para estes serviços é importante conceber mecanismos jurídicos e administrativos que possibilitem autonomia gerencial tanto para recursos materiais e financeiros, como para recursos humanos.



Os demais serviços médico-hospitalares do INAMPS e do Ministério da Saúde integrarão a rede pública dos Sistemas Estaduais de Saúde. A medida que os Estados e/ou Municípios se mostrarem interessados, estes serviços devem ser transferidos para os mesmos. Até então, deverão também contar com mecanismos jurídicos e administrativos que possibilitem sua autonomia gerencial, tanto para recursos materiais e financeiros, como para recursos humanos.

- d. Com a vinculação do INAMPS ao Ministério da Saúde, este, inicialmente, continuará a utilizar os serviços de informática da DATAPREV mediante convênio a ser celebrado, até que o Sistema Nacional de Informação de Saúde de fina a descentralização e integração dessas informações para os níveis Municipal, Estadual e Federal, respectivamente.
- e. O sistema de credenciamento, contratação e convênios realizados pelo INAMPS deverá ser reestruturado, partindo-se do princípio básico de que as ações de saúde prestadas por qualquer agente são, na realidade, serviços públicos, e como tal, o Estado é responsável pela qualidade dos mesmos.
- f. O INAMPS deverá estabelecer uma política de pagamento de serviços de saúde prestados baseada em custos reais. Esta política é uma condição fundamental para se criar mecanismos eficientes de combate aos desvios e corrupção hoje observados.
- g. O sistema de credenciamento, contratação e convênios de serviços de saúde realizado pelo INAMPS não propiciará a remuneração do capital instalado, nem tampouco destinará recursos para amortizações de investimentos fi



nanceiros aplicados na aquisição de bens duráveis. Logo, não fazem parte do custo real dos serviços a serem pagos pelo INAMPS.

- h. A CEME deverá se constituir em EMPRESA PÚBLICA, a qual, além de suas atuais atribuições, deverá retomar o caráter de promotor de pesquisa no setor de insumos básicos para a produção de produtos farmacêuticos.
- i. A FSESP é a instituição de saúde pública no Brasil com maior experiência em extensão de cobertura de serviços de saúde, onde a continuidade e qualidade dos serviços vêm sendo mantidas e avaliadas.

Contudo, alguns aspectos de seu funcionamento devem ser revistos, em função de uma política de saúde descentralizada, onde se objetivarão:

- maior poder de decisão de suas regionais e mesmo de suas unidades;
- maior articulação das diretorias regionais da FSESP com os demais órgãos do *Sistema Estadual de Saúde*. Na medida de implantação das Ações Integradas de Saúde nos Estados, a FSESP será parte integrante desse mecanismo;
- promover uma mudança gradual e progressiva de sua função básica de prestação direta de serviço à população, para serviços de aprimoramento e apoio aos serviços Municipais e Estaduais, a exemplo do que já ocorre no Rio Grande do Sul.

- j. Reformular a composição do *Conselho Nacional de Saúde*, o qual deverá contar com representação dos *Secretários Estaduais de Saúde*, dos

usuários do sistema, dos prestadores de serviços segundo suas organizações éticas, sindicais, científicas e empresariais. Caberá a este Conselho apreciar, propor sanções e medidas corretivas aos poderes competentes, referentes à execução e avaliação da *Política Nacional de Saúde*, a qual, proposta pelo Ministério da Saúde, deverá ser apreciada e aprovada pelo *Congresso Nacional*.

A atuação do Conselho Nacional de Saúde será ampliada e aprimorada sempre que contar com *Conselhos Estaduais de Saúde* com características de composição e competências semelhantes.

As políticas Nacional, Estaduais e Municipais de saúde devem estimular a organização de CONSELHOS POPULARES DE SAÚDE, que objetivem, entre outros, a participação efetiva da comunidade nas questões de saúde, garantindo a adequação e qualidade dos programas e serviços de saúde.

4.1.3. Considerações do Ponto de Vista Jurídico, Estrutural e Administrativo

A proposta de reorganização do Setor Saúde a nível Federal para se implantar o *Sistema Unificado de Saúde* implica, fundamentalmente, em:

- Desvincular o INAMPS e a CEME do MPAS e vinculá-los ao Ministério da Saúde. Estas transferências previstas no Decreto-Lei nº 200 de 25/02/1967, são de competência do Poder Executivo, que pode implementá-las através de Decreto (é importante esclarecer que essas transferências se dão por um decreto presidencial, e não por *Lei* ou *Decreto-Lei*).

- Fixar o percentual mínimo de 25% da receita do SINPAS a ser destinado ao INAMPS. Dado que o orçamento constante do Plano Plurianual do SINPAS é aprovado por meio de decreto do Presidente da República, caberá a ele, mediante proposta do Ministério da Saúde, aprovar e decretar tal percentagem.
- Descentralizar o poder decisório do INAMPS, do nível Federal para os níveis Estadual e Regional. Como a estrutura do INAMPS foi criada a través de portaria ministerial (Portaria nº 885 de 18/11/1977), que também define as competências da Presidência e Superintendências Regionais do INAMPS, compete, pois, ao Poder Executivo, mediante portaria ministerial, criar os *Conselhos Deliberativos*, nos níveis propostos, bem como determinar sua composição e competência.

As garantias de que essas mudanças não implicam em descaracterizar o INAMPS como órgão previdenciário são dadas:

- do ponto de vista jurídico, pelo fato de ter o SINPAS - *Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social* - sido criado por lei (Lei nº 6.439 de 01/09/1977). Desta forma, qualquer alteração neste sistema dependerá, necessariamente, da aprovação do *Congresso Nacional*;
- do ponto de vista político, pelo fato de a gerência proposta contar com a participação dos Trabalhadores.

É importante destacar este fato, para caracterizar as diferenças entre a proposta aqui apresentada e o *Projeto de Revisão da Previdência e Assistência Social* apresentado em 1984 pelo atual governo, onde se propunha um projeto de lei criand



do o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. O INAM não seria um órgão previdenciário e, assim, não pertenceria ao *Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS*. Essa proposta é absolutamente inaceitável pelos motivos já anteriormente apontados (subitem 3.4).

Quanto à descentralização dos recursos financeiros proposta, parte-se do princípio que os recursos arrecadados pelo SINPAS através do IAPAS sejam consolidados a nível de cada Município, Região e Unidade Federada. A partir de outubro/1984, o IAPAS implantou uma nova sistemática de registro de arrecadação, onde a unidade básica de registro é o "estabelecimento". Destarte, uma empresa de expressão nacional que tenha "estabelecimentos" em vários municípios e que antigamente fazia apenas uma guia de recolhimento, através da sede da empresa, passou, a partir de outubro/84 a fazer uma guia de recolhimento para cada um de seus "estabelecimentos". Desta forma, hoje, a consolidação do volume de recursos arrecadados é feita por Município, Região e Unidade Federada, viabilizando, então, a descentralização dos recursos financeiros proposta.

4.1.4. Programações das Ações de Saúde a Nível Federal

O desenvolvimento e acompanhamento das ações de saúde no nível Federal dar-se-ão a partir das programações de saúde das Unidades Federadas, devidamente compatibilizadas, tendo como objetivos principais:

- a *Cobertura Universal* da população;
- a prestação de uma *Assistência à Saúde Integral*.



Tendo as *Ações Integradas de Saúde - AIS* - como mecanismo prioritário para a expansão e integração dos serviços em todas as Unidades Federadas e seus Municípios, desenvolver-se-ão observadas as características nosológicas e demográficas conhecidas no plano Nacional, as seguintes ações programáticas prioritárias:

- a. *Saúde da Mulher e da Criança*: dada a amplitude e vulnerabilidade do grupo infantil, a prioridade deve ser dada a este grupo. Os pesados encargos da mulher, numa sociedade em que ela passa rapidamente a incorporar a força de trabalho, impõe, também, programas específicos no campo de sua saúde.

As programações do Ministério da Saúde mantêm estreita relação com a temática da "dinâmica populacional"; porém, as diretrizes políticas referentes a ela são atribuições do governo como um todo, o qual deve submetê-las à apreciação e aprovação do Congresso Nacional.

- b. *Controle das Grandes Endemias*: o Brasil, ainda em processo de desenvolvimento, vítima de políticas inadequadas no que se refere à ocupação do território nacional e assentamento de populações, permitiu o surgimento, desenvolvimento e mesmo a manutenção de grandes endemias que comprometem significativamente a qualidade de vida de extensas populações: estas precisam ser beneficiadas por programas específicos, capazes de superar as limitações e os riscos de tais doenças. A amplitude destes programas exigem aumentos dos recursos financeiros orçamentários a eles destinados e, principalmente, regularização do fluxo dos mesmos, a fim de que sejam estáveis e adequados às necessidades destas programações.

- c. *Imunizações* para controle das doenças transmissíveis, onde se desenvolverá todo esforço para que os resultados já obtidos em programações anteriores possam ser ampliados, não se perdendo em inovações precipitadas.
- d. *Saúde Mental*: com uma assistência hoje centrada no modelo "hospitalocêntrico", gerando internações e até mesmo cronificações desnecessárias, impõe-se a efetiva reformulação deste modelo, promovendo o atendimento ambulatorial, por meio de equipes multiprofissionais, o qual, junto com os hospitais psiquiátricos já existentes, deve estabelecer programas regionalizados hierarquizados e com mecanismos eficientes de referência e contra-referência.
- e. *Saúde Bucal*: As doenças bucais têm alta prevalência em nosso meio. A gengivite atinge praticamente 100% da população adulta e a cárie dental registra 7.2 dentes atingidos, em média, aos 12 anos (mais que o dobro do que a OMS considera aceitável). Para fazer frente a este quadro, há necessidade da instituição de um Programa Nacional de Saúde Bucal que contemple, entre outros, os seguintes pontos:

- reestruturação da área odontológica a nível Federal;
- garantia de acesso a serviços odontológicos, no mínimo, para eliminação de dor e infecção;
- formação de recursos auxiliares e sua utilização em práticas adequadas às necessidades da população;
- adequação técnico-odontológica para tratamento precoce de grandes contingentes populacionais.

- f. *Vigilância Sanitária* de alimentos, medicamentos, agrotóxicos e biocidas: onde se impõem aberturas de recursos financeiros, até hoje insignificantes, e onde concepções mais atualizadas de atuação são imprescindíveis.
- g. *Vigilância Epidemiológica*: Aprimorar e desenvolver o Sistema de Vigilância Epidemiológica Nacional, inclusive os instrumentais técnicos-científicos e institucionais capazes de melhorar a eficiência dos exames subsidiários de diagnóstico e tratamento, a fim de que as ações programáticas se embasem de conhecimentos mais consistentes, e as ações emergenciais e imediatas disponham de técnicas e meios mais eficazes de intervenção.
- h. *Saúde do Trabalhador*: a par de uma assistência médico-hospitalar universal e integral, que inclui o trabalhador, tornam-se indispensáveis ações específicas e coordenadas, voltadas para o trabalho, onde se integram ações assistenciais com ações sobre o meio ambiente e as relações trabalhistas, de tal modo que possa obter resultados significativos na qualidade de vida do trabalhador, em especial no tocante à redução dos acidentes de trabalho e dos onerosos malefícios decorrentes de mortes e invalidez permanente, totais e parciais, de trabalhadores.
- i. *Doenças Crônico-Degenerativas*: Dadas as características de desenvolvimento da evolução demográfica do País, o quadro nosológico brasileiro ressalta a importância dessas doenças em nosso meio. Independentemente do esforço para uma ação de saúde integral, impõem-se programações especificamente direcionadas para o conhecimento e a prática no campo destas moléstias, entre as quais se destacam as cardiovasculares,

as neoplasias e as endocrinopatias.

- j. *Assistência Medicamentosa*: aumentar a produção e estabelecer mecanismos eficazes de distribuição de medicamentos (da linha RENAME revisada) para toda a rede pública e contratada, garantindo o acesso à população de baixa renda aos medicamentos.
- k. *Aperfeiçoamento dos Processos de Planejamento* que visem:
- a formulação, acompanhamento e avaliação de Programas Estaduais de Saúde;
 - a aplicação adequada de recursos previdenciários, orçamentários e extra-orçamentários do *Sistema Unificado de Saúde*;
 - o aperfeiçoamento do apoio logístico, a nível Federal, das diversas programações destinadas às Unidades Federadas, em particular no tocante a medicamentos e vacinas.

4.2. FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE A NÍVEL FEDERAL

Ao lado das mudanças institucionais e programáticas, a política de financiamento do setor saúde deve se constituir em um real instrumento para a realização dos objetivos de universalização do acesso aos serviços de saúde e de equidades social e regional, bem como refletir as características democráticas, de descentralização e participação, do Governo Tancredo Neves. Devem ser tomadas medidas de caráter emergencial dirigidas a atender prioritariamente as carências acumuladas das populações de renda familiar compreendida entre 0 e 3 salários mínimos, atendendo ou ampliando a cobertura dos bolsões de miséria absoluta das populações da região Nordeste, das periferias das áreas metropolitanas, dos trabalhadores rurais e das populações das frentes pioneiras e de expansão da fronteira agrícola.

É necessário, portanto, reverter a situação em que:

- a. os gastos totais no setor saúde, em relação ao PIB, vêm diminuindo ao longo dos últimos anos;
- b. os gastos "per capita" em saúde no Nordeste são a metade dos gastos "per capita" nas regiões Sul e Su deste;
- c. os gastos com a cobertura da população rural correspondem a 1/7 dos gastos com a população urbana, em bora representem um pouco mais de 1/3 da população;
- d. os recursos são centralizados no Governo Federal , correspondendo a 73% do total, enquanto os Governos Estaduais e Municipais participam com 20% e 7% res pectivamente;
- e. os recursos federais são, por sua vez, concentrados no INAMPS, havendo previsão de que, para 1985, as despesas totais deste órgão sejam sete vezes mais do que o do Ministério da Saúde, isto é, respectiva mente, Cr\$ 11,893 trilhões e Cr\$ 1,7 trilhão.

A estrutura dos gastos em saúde deverá ser orientada pa ra a reversão da tendência da redução dos gastos públi cos. Entre 1978 e 1984, houve uma redução real de 13%, o que se torna mais grave no setor médico-hospitalar , já que os preços neste setor superaram os índices in flacionários oficiais.

O reflexo negativo da política econômico-financeira do Governo que conclui seu mandato se traduz pela redução real acumulada da receita orçamentária de 16,7% e uma queda de despesa em 21,4%, gerando um "superávit" fis cal que tem sido destinado a cobrir encargos financeiros da União, sendo transferido para o orçamento mone tário, estimando-se que cerca de 50% dos recursos do orçamento fiscal de 1985, se destinarão a transferên cias para o orçamento monetário (42 trilhões de cruzei ros).

As medidas a curto prazo do Governo Tancredo Neves vão enfrentar uma reduzida margem de liberdade para a re

versão das prioridades sociais do Governo. A previsão do crescimento dos gastos sociais não corresponde a um aumento real, dado que foram contabilizados os recursos originados pelo FINSOCIAL, o que não ocorreu em 1984, embora tenham substituído neste ano grande parte dos recursos orçamentários para a área social.

Ainda que seja uma fonte adicional de recursos extremamente relevante, o FINSOCIAL agravou a dependência dos Estados e Municípios frente ao Governo Federal, pois cada projeto precisa ser negociado separadamente com o BNDES, percorrendo uma complicada trajetória burocrático-administrativa, muitas vezes demorando mais de dez meses para a aprovação e liberação de recursos. A incorporação de parcela dos recursos do FINSOCIAL destinados à área de saúde no orçamento do MS e da CEME tem a vantagem de impedir os problemas da liberação de recursos projeto a projeto. Sabe-se que cerca de 1.0 trilhão de cruzeiros de projetos aprovados em 1984 não foram liberados, constituindo-se em restos a pagar para o exercício de 1985. Contudo, praticamente todos os recursos para custeio e investimentos dos programas do MS dependem da verba do FINSOCIAL, limitando-se os recursos orçamentários ordinários à remuneração de pessoal. Assim é que de 1.7 trilhão de cruzeiros do orçamento do MS 1.2 trilhão de cruzeiros são oriundos do FINSOCIAL. Estes recursos estão distribuídos de acordo com os Quadros 1 e 2.

QUADRO 1 - Evolução dos dispêndios do FINSOCIAL, período de 1984-85 (em milhões de cruzeiros)

Item	1984	1985	85/84 (%)
M. Saúde	472378,5	1206095,6	155.2
S. Geral	79502,2	204000,0	156.6
SUCAM	83474,8	237000,0	183.9
SNABS	20813,3	44700,0	114.8
SNPES	513,6	2800,0	445.2
FSESP	12773,7	54331,2	325.3
INAN	275454,9	663264,4	140.8

Fonte: CNRH/IPEA, 1984.

QUADRO 2 - Demonstração da despesa por unidade orçamentária, conforme o vínculo dos recursos do Ministério da Saúde - 1985 (em milhões de cruzeiros).

Item	Ordinários	Vinculados	Total
M. Saúde	471536	1222300	1693836
Gabinete	1687		1687
S. Geral	39968	219480	259448
S. Geral/Ent. Sup.	240204	718315	758519
Secr. Contr. Int.	882		882
Div. Seg. Inf.	182		182
Dep. Adm.	4195		4195
SUCAM	149016	237032	386048
Dep. Pessoal	2198		2198
SNVS	4717		4717
SNABS	1581	44700	46281
SNPES	26900	2900	29800

Fonte: Diário Oficial da União de 04/01/85.

A evolução dos gastos do MS no período 1980 a 1983 evidencia incrementos para alimentação e nutrição, controle de doenças transmissíveis e produtos profiláticos e terapêuticos e redução nos gastos com assistência médico-sanitária. Assinale-se que nos gastos do MS, mais de 80% dos recursos destinam-se à assistência médico-sanitária (Quadros 3 e 4).

QUADRO 3 - Consolidação dos recursos federais disponíveis em saúde e participação percentual dos programas nas despesas efetuadas entre 1980 e 1983 (em milhões de cruzeiros)

Item	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%
Principais Programas	2225069	95,7	2088377	96,1	2236816	96,6	1866755	95,5
Alim. e Nutrição	76297	3,3	85859	4,0	142955	6,2	186112	6,5
Assist. Médico-Sanit.	2055508	88,4	1904516	88,1	1985082	85,7	1603444	82,0
Contr. Doenças Transm.	49368	2,1	37975	1,8	50408	2,2	53374	2,7
Prod. Prof. Terapêut.	43896	1,9	60027	1,8	58421	2,5	83825	4,3
Outros Programas	99425	4,3	73885	3,4	79045	3,4	88372	4,5
TOTAL	2324494	100,0	2162262	100,0	2315864	100,0	1955127	100,0

Fontes: CNRH/IPEA - Balanços gerais da União; MPAS - Balanços da Entidade.

Nota: Em 1982, foram incluídos os recursos liberados pelo FINSOCIAL.

QUADRO 4 - Evolução percentual dos programas, segundo despesas efetuadas entre 1980 e 1983 (Índice: 1980 = 100)

Item	1980	1981	1982	1983
Principais Programas	100,0	94,0	100,5	83,9
Alim. e Nutrição	100,0	112,5	187,4	165,3
Assist. Médico Sanit.	100,0	92,6	96,6	78,0
Contr. Doenças Transm.	100,0	76,9	102,1	108,1
Prod. Prof. e Terap.	100,0	136,7	133,1	191,0
Demais Programas	100,0	93,0	99,6	89,0
TOTAL	100,0	93,0	99,6	84,1

Fonte: CNRH/IPEA (dados ainda não-publicados)

No âmbito do INAMPS, a despesa total prevista para 1985 é de 11.9 trilhões de cruzeiros, correspondendo a 21% das despesas do SINPAS (57.2 trilhões de cruzeiros). Em 1984 a despesa total correspondeu a 25,4% dos gastos do SINPAS, ou seja, 5,1 trilhões de cruzeiros. A variação no período é inferior à taxa de inflação estimada. Os recursos destinados aos serviços próprios do INAMPS correspondem a cerca de 23,2% dos gastos, enquanto os serviços contratados representam, aproximadamente, 50% dos gastos, valor menor do que as despesas com tais serviços em 1984.

Os recursos disponíveis para convênios com o setor público (co-gestão), entidades universitárias e para reorientação da assistência médica são da ordem de 1,2 trilhões de cruzeiros, portanto, cerca de 10% do gasto total, não representando variação significativa em relação ao ano anterior.

Em termos programáticos, as Ações Integradas de Saúde disporão de cerca de 900 bilhões de cruzeiros (Quadro 5) - itens 4 e 10), sendo cerca de 600 bilhões para convênios com Secretarias de Saúde, de acordo com a Portaria 269/Pi.

Evidencia-se que, considerando os gastos com a rede própria e com convênios com órgãos públicos universitários, e para reo

rientação da assistência médica, restarão disponíveis para o setor público via INAMPS cerca de 3.9 trilhões de cruzeiros (32.8% do total) (Quadro 5).

QUADRO 5 - Despesas previstas do INAMPS, de acordo com itens de dispêndio em assistência médica, período de 1984-85 (em bilhões de cruzeiros)

Item	1984	1985	84/85	%
Despesas Totais em Assist. Médica	5.094	11.893	133.48	
% em relação ao SINPAS	25.4%	21.0%		
1. Administração	212	609	186.70	
2. Serviços próprios	982	2758	180.91	
3. Serviços contratados	2952	6042	104.66	
4. Co-gestão (órgãos gov.)	244	577	136.27	
5. Convênios MEC-MPAS	138	325	135.23	
6. Dist. méd. CEME	90	216	140.00	
7. Conv. ent. filantrópicas	106	255	139.46	
8. Conv. ent. sindicais	55	132	140.00	
9. Conv. empresa	49	112	129.26	
10. Reorient. assis. médica	73	303	313.92	
11. Desenvolv. pesquisa	3	7	140.00	
12. Dívida externa	2	5	140.00	
13. Inativos e pensionistas	166	504	203.08	
14. PASEP	18	44	140.00	

Fonte: 1984 - 5. reformulação - PT/MPAS nº 3394/84

1985 - orçamento aprovado - PT/MPAS nº 3395/84.

Os recursos previstos para a CEME em 1985 são de 424 bilhões de cruzeiros, dos quais 216 bilhões provenientes do INAMPS. Estes recursos equivalem a cerca de 100 milhões de dólares. Admitindo-se que a população-alvo dos programas da CEME seja de 40% das 100 milhões de pessoas de baixo poder aquisitivo, ter-se-ia um gasto "per capita" de 2,5 dólares, na suposição de que todos os recursos estejam diretamente vinculados à ampliação da cobertura da assistência farmacêutica.

Segundo as entidades representativas da indústria farmacêutica, o gasto "per capita" estimado para o Brasil é de 14 dólares, admitindo-se um mercado consumidor de 40 milhões de pessoas. Isto evidência a carência de recursos para garantir a eficácia dos programas da CEME. Por sinal, a participação da CEME no mercado consumidor de medicamentos é de apenas 5%.

Se se considerar o total de recursos para produtos profiláticos e terapêuticos (MS e CEME) chega-se a 704,3 bilhões de cruzeiros, o que, em termos aproximados, elevaria a estimativa anterior para cerca de 4,5 dólares "per capita". Nesta estimativa, não estão sendo levadas em conta as aquisições das Secretarias de Saúde, que, todavia, enfrentam graves dificuldades para o provimento de medicamentos essenciais.

Os recursos globais para o setor saúde relativos aos dispêndios Federais para 1985, de acordo com os principais programas, estão evidenciados no Quadro 6.

QUADRO 6 - Orçamento de dispêndios federais em saúde
1985 (*) (em milhões de cruzeiros)

Alimentação e Nutrição	1625943
Assistência Médica e Sanitária (hosp., ambulatorial médica e odontol.)	12664730
Controle Doenças Transmissíveis	427718
Produtos Profiláticos e Terapêuticos	704327
Demais Áreas	91738
TOTAL	15514456

(*) Em cruzeiros de 1985 estimados com base nos "orçamentos re estimados de 1984" mais 150.6%, ou seja, gastos a preços médios de 1984 x 2,506 = cruzeiros de 1985. Inclui todo o orçado na Lei de Orçamento + INAMPS, MPAS, LBA (alimentação), CEME, conforme Diário Oficial da União de 04/01/85. Inclui outras fontes (FINSOCIAL orçamentado).

Um estudo preliminar do CNRH/IPEA procurou estimar os recursos necessários para a equiparação da concentração de consultas e hospitalização entre populações urbana e rural, tomando como

hipótese a manutenção da atual estrutura de gastos nas redes pública e privada, concentração de consultas por habitante (2,4 na zona urbana e 1,0 na zona rural), 10% de internações para a população coberta e custos segundo diversas opções de atendimento rural. Adotando-se a opção de igualar os custos do atendimento rural ao urbano, seriam necessários 13,8 milhões de internações, correspondendo a 14,2 trilhões de cruzeiros e 272 milhões de consultas médicas, correspondendo a 8,7 trilhões de cruzeiros. Assim, 22,9 trilhões de cruzeiros corresponderiam às necessidades financeiras para atender aos propósitos de equiparação em um ano.

Considerando que o nível Federal gastaria em 1985 cerca de 12,6 trilhões de cruzeiros (Quadro 6) em assistência médica e estimando este volume de recursos represente cerca de 73% dos gastos totais com assistência médica, ter-se-iam 4,6 trilhões de cruzeiros, que seriam gastos pelos níveis Estadual e Municipal, totalizando 17,2 trilhões de cruzeiros. Assim sendo, em termos aproximados, seriam necessários, para o custeio da equiparação do atendimento médico-hospitalar, rural e urbano, cerca de 5,7 trilhões de cruzeiros (22,9 menos 17,2 trilhões). Nesta estimativa, não estão incluídos os recursos necessários para investimentos de infra-estrutura de serviços de saúde em regiões carentes.

Definindo em pelo menos 25% o percentual dos recursos do SINPAS a serem destinados à assistência médica, o que corresponde à média da tendência histórica dos gastos previdenciários com a assistência à saúde - Quadro 7), os recursos do INAMPS serão ampliados em 2,4 trilhões. Estes recursos destinar-se-ão ao início do processo de equiparação do atendimento às populações urbanas e rurais no primeiro ano de Governo, prosseguindo o plano no segundo e terceiro anos. Por conseguinte, deverão ser aplicados da seguinte forma:

- 1,0 trilhão de cruzeiros na expansão dos convênios das *Ações Integradas de Saúde* para todas as unidades Federadas;
- 600 bilhões de cruzeiros nos convênios com as entidades filantrópicas, reativando-se as Santas Casas de Misericórdia e outras;

- 800 bilhões de cruzeiros na reativação dos convênios com os Hospitais Universitários, iniciando o cumprimento dos objetivos listados no subitem 4.5.2.

Os recursos para desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde deverão ser avaliados em cada Estado, apreciando-se a destinação de recursos previdenciários do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado Municipais de Saúde. Tais recursos deverão constituir em curto ou médio prazo o Fundo Estadual de Saúde, nos moldes desenvolvidos no subitem 4.1.1.

QUADRO 7 - Participação dos gastos do INAMPS, despesas totais do SINPAS, período de 1970/84 (em milhões de cruzeiros)

Anos	SINPAS	INAMPS	%
1970	9183	2661	29.0
1971	11700	3265	27.9
1972	16822	4435	26.4
1973	23215	6230	26.8
1974	33731	8943	26.5
1975	52649	15377	29.2
1976	90723	28657	31.6
1977	137810	42115	30.6
1978	212762	63422	29.8
1979	332572	91791	27.6
1980	682814	186773	27.4
1981	1487584	362112	24.3
1982	3102982	712410	23.0
1983	6636900	1479400	22.3
1984	19873400	5094100	25.4

Fontes: MPAS. Grupo de Custeio. Despesas do SINPAS e INAMPS até 1977; e MPAS. Balanços do SINPAS e INAMPS, 1978-1984.

O FAS dispõe de 390 bilhões de cruzeiros não-comprometidos. Estimase que o FINSOCIAL disponha de 730 bilhões não-comprometidos e 2,3 trilhões de "excesso de arrecadação". Ou seja, estão disponíveis 3,4 trilhões de cruzeiros para gastos sociais ainda não-comprometidos e que poderão ser canalizados para diversos programas sociais e para investimentos geradores de empre-

gos. Considera-se que no mínimo 30% destes recursos deverão ser destinados ao setor saúde para se viabilizar o *Programa Emergencial* para:

- ampliação da infra-estrutura de serviços;
- medicamentos;
- fixação de pessoal de saúde nos municípios carentes.

Ao lado destas medidas de curto prazo, são propostas medidas de médio prazo, ligadas a mudanças na forma de arrecadação dos recursos para o financiamento do setor saúde e outros. São elas:

- a. *Reforma Tributária* que incida mais sobre os ganhos de capital e os estratos sociais de renda mais alta, através de impostos diretos de caráter progressivo. É conveniente ter cautela para que não sejam criados novos impostos indiretos Estaduais ou Municipais que terminem por elevar os preços dos produtos consumidos pelas classes assalariadas. A necessária autonomia dos Estados e Municípios não deve proporcionar pretexto para que surjam novos atributos que incidam de forma regressiva sobre a população. Os mecanismos centralizados de arrecadação não são necessariamente nocivos, desde que existam instrumentos de redistribuição regional e social, baseados em mecanismos transparentes, definidos pela *Constituição* e explicitados no texto da Lei. Estes mecanismos devem reduzir ou impedir as negociações clientelísticas, os critérios de favorecimento ou perseguição política e restituir a capacidade de gestão dos Governos Estaduais e Municipais.

Até que ocorra a Reforma Tributária, é preciso reestruturar o FINSOCIAL, de forma a integrar os recursos destinados à saúde ao Fundo Nacional de Saúde, abolindo-se o critério de negociação projeto a projeto. Deve-se, também, prever a fixação de um percentual que fique retido no Estado de origem.

- b. Canalização e ampliação de novos recursos tributários e de fundos de financiamento gerados pela Loteria Esportiva, Loterias Federal e Estaduais, FGTS etc. e que tenham real destinação para programas sociais e reforcem a capacidade de ação dos Governos Estaduais e Municipais.

- c. Revisão, com ampla discussão e participação, dos mecanismos de contribuição para a Previdência Social, examinando-se como alternativa a contribuição das grandes empresas sobre o valor agregado da produção coexistindo com a contribuição dos assalariados com base na folha de salários.
- d. Aumento da participação da União, Estados e Municípios, a partir da destinação de maior parcela de recursos arrecadados por impostos diretos para os gastos de saúde, visando a atingir a 8% do PIB no quadriênio.
- e. Dinamizar a utilização do *Fundo Nacional de Saúde*, instituído pelo Decreto nº 64.867 de 24/07/69, reformulando-o, se necessário, e constituição de fundos Estaduais e Municipais de saúde, visando composição de recursos do Ministério da Saúde, do SINPAS, do FINSOCIAL, dos Governos Estaduais e Municipais, a serem geridos por procedimentos interinstitucionais. A experiência das Ações Integradas de Saúde deverão servir de base para a articulação entre as diversas instituições públicas e para o desenvolvimento da capacidade gerencial dos Órgãos Estaduais e Municipais.

Deverá, também, ser fixado um compromisso do incremento, ou, pelo menos, não-retração dos orçamentos Estaduais e Municipais para a saúde quando forem firmados convênios com o Governo Federal, de modo a assegurar os recursos necessários para a universalização da clientela e expansão da rede pública de serviços.

O fluxo dos recursos de origem previdenciária a serem arrecadados e distribuídos obedecerá ao proposto no subitem 4.1.1.

Deve-se garantir maior firmeza nas ações de controle da arrecadação previdenciária tanto no campo, como na cidade, a fim de não se perderem tributos devidos e não recolhidos por insuficiência administrativa.

Devem ser realizados estudos para indicar a viabilidade econômica e conveniência do estabelecimento do "salário-saúde", a exemplo do "salário-educação", mesmo que de forma temporária, voltado para o fim específico de captação de recursos para investimentos de capital, segundo os critérios apontados no subitem 4.1.1.

4.3 POLÍTICA DE INSUMOS CRÍTICOS

4.3.1 Ciência e Tecnologia em Saúde

A análise da política de Ciência e Tecnologia em Saúde não se desvincula da proposta geral destes importantes setores. Deve adequar-se , simultaneamente, às propostas prioritárias para a melhoria da saúde e atender aos princípios básicos de um desenvolvimento científico e tecnológico autônomo.

Com relação à pesquisa básica, importantíssima mas deslocada do presente contexto, assinala-se apenas que, na área de saúde já há uma tradição e uma capacidade instalada que permitem olhar para o futuro com otimismo. Porém é relevante aprofundar, a nível das agências de fomento de pesquisa em geral, a discussão crítica sobre o problema da contextualização e seu papel na transformação do cientificismo em verdadeira ciência.

Considerando o pólo tecnológico da questão, verifica-se que o século XX assistiu a uma verdadeira revolução tecnológica em todos os campos; o de saúde foi ur dos privilegiados. Tanto as ações coletivas, quanto as dirigidas às pessoas individualmente incorporaram tecnologias modernas com uma rapidez nunca vista em séculos anteriores. Não se concebe uma prática médica moderna desconhedora desses avanços. Incorporá-los criticamente é o grande desafio. Assim, uma primeira prioridade será aprofundar a pesquisa básica e aplicada na área de avaliação de serviços de saúde e do desempenho social da introdução de novos insumos.

Em todos os setores do desenvolvimento tecnológico relacionados com a saúde, é essencial

organizar e priorizar as ações. Identificam-se dois planos fundamentais de atuação: a pesquisa, onde não deve haver limitações, e as ações básicas, onde a "liberdade" do mercado consumidor deve ser contida pelos interesses sociais. O terceiro mundo - aí incluído o Brasil - foi inundado de produtos materiais do desenvolvimento tecnológico dos países capitalistas centrais. Não se trata de ser contra o avanço tecnológico: o que, sim, é imprescindível, é conter essa inundação acrítica, muitas vezes sem serventia social. Isto vale na área da saúde, onde alguns chegam ao extremo de sugerir o completo desconhecimento dos avanços tecnológicos. É um profundo equívoco: esses avanços não só podem ser incorporados, como deve ser priorizado o desenvolvimento autônomo de tecnologia nacional de ponta. Em face desta realidade, devem-se retomar os *Projetos de Alcançe Estratégico*, listados no subitem 4.5.8.

Neste particular, dois tópicos merecem especial destaque: a rediscussão do papel da CEME, como organizadora da produção e distribuição de medicamentos (subitem 4.3.2), e a dos Hospitais Universitários (subitem 4.5.6), como importante elemento na vigilância Epidemiológica dos Efeitos Adversos de Medicamentos e na avaliação de eficácia e segurança ("safety") dos equipamentos modernos de diagnóstico e terapêutica.

4.3.2 Política de Medicamentos

A CEME - Central de Medicamentos - criada em 1971, com a proposta de desenvolver o sistema oficial e privado genuinamente nacional de medicamentos, assim como de prover a população de baixa renda dos medicamentos essenciais, encontra-se atualmente completamente esvaziada. Sem



condições financeiras de atender, sequer, os compromissos de suprir com medicamentos a rede pública de serviços, a CEME limita-se a ser um mero órgão distribuidor e, mesmo assim, com insuficiências patentes.

Uma Política de Medicamentos, para dar conta das questões envolvidas com a produção e o consumo de medicamentos, deve considerar, simultânea e articuladamente, a estrutura de produção, a pesquisa na área, a estruturação do mercado e a legislação específica.

Nesse sentido, um conjunto de medidas se faz necessário. São elas:

- a. A CEME deverá se constituir em EMPRESA PÚBLICA, à qual competirá coordenar as políticas de produção, distribuição e pesquisa de medicamentos.
- b. Estimular e apoiar a produção de matérias primas essenciais por laboratórios oficiais e privados genuinamente nacionais.
- c. Estabelecer uma política de importação de matérias-primas e de monitorização de preços internacionais.
- d. Estimular e apoiar a criação de uma rede de laboratórios de controle de qualidade de matérias-primas e de medicamentos.
- e. Incentivar e apoiar o desenvolvimento técnico-científico e a pesquisa na área químico-farmacêutica, objetivando a substituição de importação de matéria-prima do setor.
- f. Distribuir medicamentos essenciais através das redes pública e privada conveniada com o INAMPS, prioritariamente para a população de baixa renda.

- g. Definir, rever e implantar na rede pública e contratada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME.
- h. Estabelecer controle do material de informação presentes nas bulas e definir a legislação que regulamenta a propaganda de medicamentos éticos e populares, bem como implantar progressivamente a substituição dos nomes de "fantasia" pelos nomes genéricos.
- i. Controlar efetivamente o mercado e coibir o auto-consumo mediante o cumprimento da legislação que exige apresentação de receita médica para a compra de medicamentos éticos.

Entende-se que, a partir destas medidas básicas, se possa caminhar no sentido de garantir, à maioria da população, o acesso aos medicamentos básicos, questão crucial de qualquer política de Assistência Médica que pretenda ter o mínimo de qualidade e de resolutividade.

4.4 POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

É patente a inadequação da atual política de recursos humanos para a saúde no País, sob a perspectiva das necessidades de reorientação do setor saúde como um todo. Considerando os objetivos do *Sistema Unificado de Saúde*, impõem-se medidas em alguns níveis:

- *Formação*: deve ser estimulada a integração entre as instituições de ensino e as de serviço, com vistas a assegurar a relevância dos conteúdos curriculares em relação às necessidades assistenciais; o ensino profissionalizante de segundo grau deve ser mais bem explorado a fim de cumprir com suas finalidades e formar quadros de nível médio devidamente qualificado para os serviços.

- *Emprego*: é necessário corrigir as distorções da atual composição da equipe de saúde, através de planos de carreira que atraíam profissionais capacitados, seja no setor público, seja no privado (onde as distorções são ainda maiores); a redistribuição espacial dos profissionais também se impõe como forma de se equacionar ao mesmo tempo a pletores do mercado de trabalho nos grandes centros e a escassez de recursos nas demais regiões, mormente na área rural e pequenas cidades; impõe-se, assim, sob a perspectiva da organização dos sistemas Estaduais e Municipais de saúde, a elaboração de cargos e salários que atendam os interesses das várias instituições, homogeneizando o tratamento da política de pessoal e evitando o clientelismo. Nesse sentido, a seleção de trabalhadores de saúde deverá ser feita necessariamente por concurso público, independentemente do vínculo trabalhista.

- *Remuneração*: sendo esta a manifestação mais concreta e objetiva da política econômica, espera-se que a retomada do crescimento econômico, aliada ao maior compromisso social com o setor público, permita a revisão a curto prazo dos padrões salariais no setor, notoriamente defasados. Por outro lado, é fundamental o estabelecimento de prioridades que estimulem a reorientação do mercado de trabalho, por meio de incentivos salariais significativos, como é o caso da interiorização. A remuneração dos profissionais em atividade nos serviços conveniados e contratados, que também experimentou acentuada deterioração, deve ser atualizada.

- *Educação Continuada*: condição básica para a efetivação de planos de carreiras, a educação continuada faz-se necessária também como forma de reciclagem dos atuais quadros técnicos para as novas propostas de reorientação do setor.

4.5 RELACÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE COM OUTROS ÓRGÃOS FEDERAIS, considerando suas atuais atribuições

A organização do poder executivo deverá prever mecanismos eficientes que permitam equacionar as teses que dizem respeito às interfaces entre os vários setores, ministérios, instituições etc. No setor saúde, por exemplo, encontram-se questões que são basicamente conduzidas pelos órgãos afetos ao Ministério da Saúde e que repercutem em outros setores, bem como assuntos de outros setores (por exemplo Agricultura, Interior, Educação etc), o que tem forte relação com este Ministério.

4.5.1 SEPLAN

O Ministério da Saúde desenvolverá a mais eficaz e permanente integração com esse órgão, a fim de que as análises e acompanhamento do processo de desenvolvimento nacional considerem como fundamental a qualidade de vida da população e, em especial, as suas condições de saúde.

De igual importância, pela estrutura vigente, é a relação com esta Secretaria pelas responsabilidades que lhe são conferidas no âmbito do desenvolvimento científico-tecnológico através dos órgãos CNPQ, FINEP etc.

4.5.2 Ministério da Educação

A necessidade de um estreito relacionamento com este órgão se dá, prioritariamente, em função das suas responsabilidades na formação e desenvolvimento dos recursos humanos do setor saúde, que devem estar ajustados ao mercado de trabalho sob coordenação do Ministério da Saúde.

A necessidade de um estreito relacionamento torna-se indispensável, ainda pelo fato de que



ao Ministério da Educação está, direta ou indiretamente, subordinada a significativa rede de Hospitais Universitários.

Na política de saúde proposta para o *Sistema Unificado de Saúde*, os Hospitais Universitários são vistos não apenas como um centro de formação de recursos humanos e pesquisa científica, mas também como agentes privilegiados na ação do Ministério da Saúde, para que possam efetivamente desempenhar três papéis básicos no contexto do sistema de saúde:

- Hospitais de referência de maior complexidade com plena utilização de sua capacidade instalada e onde se dará, criticamente, a prática mais frequente da tecnologia de ponta no campo da saúde.
- Em decorrência da prática acima mencionada, tais hospitais devem se constituir em campos de estudo, cientificamente controlados, dos avanços tecnológicos a serem incorporados pelo *Sistema Unificado de Saúde*, quer no tocante a equipamentos e instrumentos, quer nos insumos críticos referentes a medicamentos, ou, ainda, no que diz respeito a material de consumo para serviços complementares de diagnóstico e tratamento.
- A prática no âmbito do Hospital Universitário deve ser devidamente ajustada a fim de que se propicie não somente formação adequada à realidade nosológica, científica e econômico-financeira da nossa população, como também possibilite a reciclagem para os recursos humanos incorporados na rede de serviços (os quais não podem deixar de estar submetidos a um processo de educação continuada).

Para tanto, entende-se que os Hospitais Universitários devam continuar vinculados, diretamente ou através de órgãos de administração indireta, às universidades Federais, Estaduais ou Privadas não lucrativas, mantendo-se, toda via, uma firma conexão funcional com os Sistemas Estaduais de Saúde.

O financiamento dos Hospitais Universitários (Federais, Estaduais e Privados não lucrativos) deve se fazer mediante uma composição de recursos cujas principais fontes são:

- recursos orçamentários (predominantemente para custeio de pessoal e reflexos);
- recursos oriundos de um convênio-base com o INAMPS, que considere a natureza diferenciada e especial da atenção médica prestada por estes hospitais;
- convênios com outros órgãos do Sistema Unificado de Saúde Federado, que viabilizem objetivos específicos, como, por exemplo, os descritos acima.

Além desses convênios, deve-se também incentivar os Programas de Integração Docente Assistencial - PIDA, aumentando consideravelmente o volume de recursos financeiros desses programas, para que, de fato, se possa promover ensino na rede de serviços.

4.5.3 Ministério do Interior, Minas e Energia, Assuntos Fundiários

Considerando as atuais atribuições desses Ministérios (saneamento básico e habitação - MINTER; programas de construção de hidroelétricas e mineração - Minas e Energia; programas de assentamentos populacionais - Assuntos Fundiários), o Ministério da Saúde deverá participar de uma forma mais incisiva nas programações e aplicações de recursos financeiros em saneamento básico, habitação e preservação do meio ambiente, no sentido de gerar decisões de investimentos mais adequados ao quadro sanitário da população. É necessário que o Ministério da Saúde tenha por



intermédio desses Ministérios, um conhecimento prévio dos deslocamentos populacionais, sem o que não será possível uma ação eficaz no controle das endemias.

4.5.4 Ministério da Agricultura

O Ministério da Saúde, através do INAN, deverá ter uma ação mais eficaz junto ao Ministério da Agricultura, na definição da política agrícola, no sentido de que a mesma se oriente para as necessidades alimentares, imprescindíveis e inadiáveis das populações de baixa renda. Com base em tal política, o INAN desempenhará papel de coordenador nacional das programações de complementação alimentar junto a segmentos especiais das populações: gestantes e nutrízes, lactentes etc.

4.5.5 Ministério da Justiça

São constantes e permanentes as inter-relações do setor saúde com os dispositivos legais e sua aplicação. Entretanto, alguns aspectos fundamentais estão a exigir uma integração mais efetiva e adequada: os relativos à legislação sanitária; os relativos ao registro e tratamento dos dados vitais básicos, tais como: nascimento, óbitos, casamento etc; as atividades relacionadas com o controle da produção, comercialização e uso de tóxicos e correlatos.

4.5.6 Ministério do Trabalho

O Ministério da Saúde deverá ter uma ação eficaz junto a este Ministério, para que, no campo específico da Higiene e Segurança do Trabalho, algumas medidas, que representam justas reivindicações dos trabalhadores, possam ser tomadas imediatamente:

- a. A política do Governo em relação às condições de higiene e segurança do trabalho deverá fomentar o aperfeiçoamento da trabalhadores para uma efetiva interferência na melhoria de suas condições de trabalho.
- b. Maior entrosamento entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho do Ministério do Trabalho, afim de implementar uma ação fiscalizadora das condições de higiene e segurança do trabalho, que tem sido responsáveis pelo aumento do número e da gravidade dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais em nosso País. Esta ação deve se processar descentralizadamente mediante uma eficiente articulação com as Secretarias de Trabalho e de Saúde das Unidades Federadas, respeitando-se as condições regionais.
- c. A FUNDACENTRO, vinculada ao Ministério do Trabalho deverá atuar descentralizadamente e devidamente articulada com as Unidades Federadas, por meio das Secretarias de Saúde e do Trabalho.
- d. A composição do Conselho da FUNDACENTRO deverá ser reformulada, prevendo-se uma constituição tripartível e paritária (trabalhadores, Empresários e Estado), onde o Ministério da Saúde também deverá ter assento, sob a coordenação do Ministério do Trabalho. Desta forma, espera-se uma articulação mais efetiva com os gestores da assistência médica prestada aos segurados (INAMPS), bem como os gestores dos benefícios (INPS) aos aposentados devido às condições de trabalho.
- e. Dever-se-ão priorizar os aspectos relacionados com a prevenção de acidentes do trabalho. Para tanto deve-se analisar rigorosamente a destinação dos recursos financeiros alocados à FUNDACENTRO, para se ampliar os estudos e pesquisas e, se necessário, estudar meios de aumentar tais recursos.

4.5.7. Ministério das Relações Exteriores

Os avanços científico-tecnológicos mundiais e solidariedade internacional exigem uma ação não isolacionista do País, o que gera, necessariamente, um entrosamento permanente com países estrangeiros e, instituições internacionais. Este entrosamento se dá atra

vés do Ministério das Relações Exteriores, o qual desempenha um papel facilitador e integrador, impedindo que interesses específicos da saúde ocorram dissociados de interesses gerais da Nação.

Ainda com relação a este Ministério, o Ministério da Saúde deverá ter maior participação no que diz respeito aos problemas de saúde das regiões fronteiriças do Brasil.

4.5.8 OMS/OPAS - Relações Internacionais em Saúde

As relações internacionais em saúde têm sido trabalhadas de maneira pouco criativa. Determinadas agências governamentais restringem-se ao papel de instâncias - burocráticas de despacho de pedidos de bolsas de estudo e consultorias. Outras participam do esforço continental e mundial de controle de doenças transmissíveis em geral. Não se pode afirmar que não haja intercâmbio: o que há é uma falta quase absoluta de política explícita neste importante setor.

A OMS e, particularmente, a OPAS têm dado ênfase a programas de cooperação técnica, especialmente a *Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD)*. Excluídos poucos avanços, pode-se afirmar que o programa de CTPD/Saúde encontra uma dificuldade grande de deslanchar, sair do discurso e passar à prática. O Brasil, informalmente, participa já dos esforços isolados de pôr em marcha um CTPD/Saúde latino-americano, sob a égide da OPAS/OMS. Será imprescindível retomar oficialmente, as discussões a respeito de CTPD/Saúde e analisar a viabilidade de alguns dos grandes *Projetos de Alcance Estratégico* já identificados:

- a. Sistema de Informação de Capacidade e Necessidade de CTPD em Saúde, na América Latina.
- b. Biotecnologia, Imunologia, Produtos Biológicos e Reativos.
- c. Medicamentos e Produtos Terapêuticos.
- d. Tecnologia Médica, Equipamentos e Manutenção de Equipamentos em Serviços de Saúde.
- e. Desenvolvimento da Prática Epidemiológica
- f. Desenvolvimento de Recursos Humanos.
- g. Desenvolvimentos de Sistemas e Serviços de Saúde
- h. Projetos Sub-Regionais

A criatividade com que se deverão empreender ações nes

ta área poderá vir a ser um elemento importante a ca
racterizar a futura administração em saúde.



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

5. PROGRAMA EMERGENCIAL

São apresentados a seguir os pontos das propostas que podem e devem ser implementadas imediatamente:

- a. Implantação do *Sistema Unificado de Saúde*, vinculando o INAMPS e a CEME ao *Ministério da Saúde* e criando os *Conselhos Deliberativos* a nível Federal, Estadual e Regional, constituído por representantes dos Trabalhadores, Empregadores, Profissionais de Saúde e Estado, sob coordenação e presidência, respectivamente, do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e por um representante das Secretarias Municipais de Saúde da região.

Fixar os recursos do SINPAS a serem destinados ao INAMPS em pelo menos 25% (o que representa a média da tendência histórica dos gastos previdenciários com a assistência à saúde). Esta medida viabilizará a descentralização do poder decisório e dos recursos financeiros, uma vez que os Conselhos Deliberativos decidirão sobre uma percentagem dos volumes de recursos arrecadados pelo SINPAS em cada Região, Estado e União.

- b. Os convênios entre o INAMPS e as Unidades Federadas, implantando as "*Ações Integradas de Saúde*" deverão ser expandidos para todos os Estados e nos Estados que já possuem tal convênio, deverão ser reforçados, ampliando a área de abrangência dos mesmos, como medida a curto prazo para melhorar a rede pública, combatendo sua ociosidade e viabilizando a universalização do atendimento.
- c. Uniformização do atendimento à saúde aos previdenciários urbanos e rural, através de toda a rede do INAMPS (própria e contratada) e Pública.
- d. Utilização plena da capacidade instalada como medida urgente de recuperação do setor público.
- e. intensificação do combate às grandes endemias, notadamente os programas de combate à Doença de Chagas, Esquistossomose e Malária. Para tanto, esses programas exigem aumento de recursos financeiros orçamentários e, principalmente, continuidade e regularização do fluxo dos mesmos.
- f. Implantar programa visando a fixação de profissionais de saúde em Municípios que não contam com esses profissio -

nais de saúde em Municípios que não contam com esses profissionais. Desta forma, é necessário identificar recursos, os quais devem ser repassados aos Estados, e destes aos Municípios para que sejam de fato os executores dessa política.

- g. Quanto aos medicamentos da CEME, duas medidas devem ser implantadas imediatamente: a revisão e adoção gradativa da linha de medicamentos RENAME em toda rede pública e contratada pelo INAMPS e garantir o acesso da população de baixa renda aos medicamentos.
- h. Realizar a campanha de vacinação múltipla até junho/85.
- i. Ampliar o programa de *Fluoretação das Águas de Abastecimento Público*.
- j. Identificar linhas de programas para investimentos de capital, já existentes, com alto grau de maturação, alguns até já aprovados (BNDS, FINSOCIAL etc), afim de que aumentando os recursos financeiros desses programas, se possam, a curto prazo, desenvolver programas de investimentos de capital em áreas carentes.
- k. Implantar programa visando a distribuição de LEITE FLUIDO para as populações de 0 a 4 anos de alto risco, sobre controle da rede de saúde pública, identificando recursos, repassando aos Estados e Municípios, para que estes implementem o programa.
- l. Apoio financeiro imediato aos Hospitais Universitários, que se encontram à beira do caos.
- m. Através da CEME e de órgãos técnicos do setor público e de linhas de créditos subsidiados e a fundo perdido, apoiar as Santas Casas e os hospitais beneficentes, permitindo que se constituam na grande retaguarda da rede pública ambulatorial.
- n. Expandir os Convênios do INAMPS com as Santas Casas e os Hospitais Beneficentes.

Os recursos financeiros adicionais identificados no sub-ítem 4.2, que viabilizarão o *Programa Emergencial* deverão ser aplicados nos seguintes itens:

- Recursos previdenciários: o total de 2,4 trilhões de cruzeiros será aplicado nos programas que possibilitam: o

o início da uniformização do atendimento previdenciário urbano/rural, o combate à ociosidade da capacidade instalada do setor público, a universalização do atendimento e apoio aos Hospitais Universitários.

RECURSOS PREVIDENCIÁRIOS

Itens:	Descrição	Valor	Destinação
b.	Convênio AIS	300 bilhões 700 bilhões	reformas pessoal
l.	Conv. c/Hospitais Universitários	600 bilhões	pessoal
n.	Conv. c/Santas Casas	200 bilhões 600 bilhões	reformas pessoal
TOTAL		2,400 trilhões	

- Recursos FAS/FINSOCIAL: o total 1,0 trilhão de cruzeiros será aplicado nos programas: da CEME, para garantir acesso da população de baixa renda aos medicamentos básicos; para a construção de equipamentos de saúde nas periferias urbanas (PERIURBANO); para melhoria das habitações em áreas chagásicas - Ceará/Piauí/Rio Grande do Norte; e apoio às Santas Casas e demais entidades beneficentes, para melhoria dos equipamentos técnicos de seus hospitais.

RECURSOS FAS/FINSOCIAL

Itens	Descrição	Valor	Destinação
g.	CEME	300 bilhões	Medicamentos
j.	PERIURBANO	400 bilhões	Construção
	Habitação área Chagásica	100 bilhões	Construção
m.	Apoio Santas Casas	200 bilhões	Equipamentos
TOTAL		1,000 trilhões	

- *Geração de Emprego*: Os indicadores utilizados para cálculo do número de empregos a serem gerados com esses recursos são: Recursos aplicados em "pessoal" (base = jan/85):

salário médio	=	Cr\$ 320 000/mês
salário anual	=	3 840 000
13º salário	=	320 000
encargos sociais (50%)	=	2 080 000
TOTAL	=	6 240 000

total dos recursos a serem aplicados em "pessoal" = 1,9 trilhão, portanto, temos: 1,9 trilhão divididos por 6,24 milhões = 313 000 empregos.

- Recursos aplicados em reformas e/ou construção:
 - . custo de construção/reforma por m^2 = Cr\$ 500 000
 - . número homens/ m^2 = 0.02 h/ m^2 /6 meses

total dos recursos a serem aplicados em reforma/construção é de 1,0 trilhão, que divididos por Cr\$ 500 000 = 2 000 000 m^2 de construção x 0.02 = 40 000 empregos.

TOTAL DE EMPREGOS DIRETOS A SEREM GERADOS = 353 000

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As propostas aqui apresentadas possibilitam o início da efetiva estruturação do *Sistema Unificado de Saúde*, promovendo a necessária mudança do atual quadro de excessiva centralização a nível Federal, descentralizando-o para os respectivos níveis Estadual, Regional e Municipal. A maior solidez e legitimação da estruturação desse sistema far-se-á através de uma ampla e continuada discussão por todos os segmentos sociais, entidades de classe e partidos políticos, especialmente quando da *Assembléia Constituinte*, objeto maior da plataforma política do próximo governo.

No setor saúde, a Assembléia Constituinte é também urgente e necessária, para, entre outros pontos, definir:

- direitos e obrigações do Cidadão e do Estado no campo da saúde;
- as formas mais eficientes de participação dos usuários nas decisões quanto a programas de investimentos, aplicação - de recursos e desempenho do *Sistema Unificado de Saúde*;
- as responsabilidades orçamentárias para o setor, segundo os níveis Municipal, Estadual e Federal, mediante ampla reforma tributária;
- princípios e formas de tributação da Previdência Social rural e urbana e os percentuais mais adequados para os diversos setores.