

Reunias e
Brasilia dia 19.12.1978

À CONSIDERAÇÃO DOS EXMOS. SRS. MINISTROS DA SAÚDE E DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL.

ESTRATÉGIA DE MUDANÇAS NA SAÚDE E NA ASSISTÊNCIA
MÉDICA: BASES PARA A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

É de conhecimento da população, do mundo político e dos técnicos da área a situação de saúde da população brasileira, fruto do abandono do setor social pelos governos anteriores à Nova República: o recrudescimento das doenças endêmicas, a irredutibilidade das doenças evitáveis por imunizações, a precária assistência às populações rurais e das periferias urbanas são mostra eloqüente desta situação. Aos problemas históricos do setor, vão se agregando aqueles trazidos pelo rápido processo de industrialização e de abertura de novas fronteiras agrícolas.

O caos dos serviços de saúde, as fraudes, o abandono das populações rurais e a má aplicação dos recursos públicos no setor - ainda que crescentes - completam a caracterização do quadro sanitário brasileiro. Reconhece-se, por outro lado, os esforços governamentais para a superação dos problemas que se levaram a cabo no primeiro ano de gestão da Nova República.

Por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento convocado pelo Exmº Sr. Presidente da República e pelos Ministros de Estado da Saúde e da Previdência e Assistência Social, seus participantes aprofundaram o exame da condição sanitária do país e o diagnóstico setorial e concluíram que é parte fundamental do processo de redemocratização em curso a abordagem corajosa e transformadora do Sistema de Saúde do Brasil.

Os Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social, conscientes do compromisso intransferível e imediato

necessitam ser extremamente próximas. O controle social só é eficaz quando a responsabilidade governamental está claramente identificada, concretizada numa unidade saúde e nos seus profissionais, situados nas proximidades dos locais de trabalho e moradia, num "locus" real constituído pelo bairro, município ou grupo de municípios.

A interação entre profissionais e indivíduos, famílias ou comunidades, entre unidades de saúde e grupamento populacional a ela referido, entre grupos de risco e programas de controle de doenças de massa, deverá centrar-se num novo tipo de organização espacial e funcional: o distrito sanitário.

Cada distrito sanitário corresponde a um espaço geográfico (bairro, município ou grupo de municípios) onde habitam pessoas e famílias. Neste distrito existem serviços funcionando, profissionais atendendo aos usuários, programas de saúde coletiva sendo desenvolvidos com responsabilidades de cobertura plenamente definidas. A um determinado grupo de distritos deve estar articulado um hospital geral, conformando a rede de serviços identificada pela população como sua.

A organização de novo tipo dos serviços de saúde, objetivo inalienável da Reforma Sanitária, busca resgatar a relação população-local de moradia ou trabalho - organização social e política de base - serviços de saúde, tão enfática e profundamente destruída ao longo dos 20 anos de autoritarismo. A democratização da saúde coincide, em muito, com a exigência de descentralização político-administrativa do país. O distrito sanitário nada mais é que o resgate do município, do bairro, da comunidade como local prioritário de intervenção.

Importa menos qual a instituição responsável pelo atendimento direto à determinada parcela da população, se federal, estadual, municipal, previdenciária ou qualquer outra. Importa centralmente que os serviços estejam voltados, tanto os de natureza preventiva como curativa, para a população dos bairros, com suas associações de moradores e demais formas de organização, para os municípios, com seus poderes executivos e re-

apresentações políticas parlamentares, sindicais e comunitárias situadas em extrema proximidade e intimidade com o cotidiano da população. É fundamental a organização dos sistemas estaduais de saúde, conformados pelos diversos municípios e distritos sanitários e complementados pelas ações de competência do próprio Estado e da União.

Em realidade, a Reforma Sanitária Brasileira, é um processo em andamento, e as Ações Integradas de Saúde o principal instrumento estratégico que garante sua viabilidade e factibilidade. As AIS, em seu atual estágio, já incorporam as redes de serviços de cerca de 1300 Prefeituras, e a totalidade de capacidade instalada pública federal e estadual; que nos dois últimos anos vem sendo recuperada e ampliada. O aprofundamento da integração ao nível da programação e execução das ações e da compatibilização orçamentária a partir de Programação e Orçamento Integradas; a universalização do atendimento, a equalização das ações oferecidas às populações rurais e urbanas; o início de um processo que permite à população o controle social dos serviços, confirmam de maneira inequívoca o acerto das Ações Integradas de Saúde enquanto política de Governo.

Entende-se, porém, que a coragem e a determinação demonstradas pelo governo na implementação do Plano Cruzado coloca para as instituições do setor saúde a necessidade imperiosa de implementar medidas que, a partir da experiência acumulada e dos resultados positivos conseguidos através das Ações Integradas de Saúde, permitam a superação de alguns entraves e o avanço no processo de reconstrução do Sistema de Saúde em nosso país.

A seguir apresenta-se o detalhamento desse corpo de medidas a serem tomadas pelo governo da Nova República, que em grandes linhas se resumem em:

- garantia do aporte de recursos financeiros que dê cumprimento à co-participação das instituições federais, estaduais e municipais no financiamento das AIS;

- aprofundamento do gerenciamento conjunto das AIS e dos recursos físico-financeiros a nível das instituições colegiadas das Ações Integradas de Saúde, de toda a rede de serviços pública, filantrópica e lucrativa;
- enfrentamento da atual situação crítica em que se encontra a oferta dos insumos estratégicos para o setor, como medicamentos, imuno-biológicos e exames laboratoriais;
- implementação de medidas objetivas que garantam a constituição de um modelo assistencial que integre, a nível de municípios ou grupamento de municípios, as ações curativas com aquelas de alcance coletivo ou de saúde pública.

Propõe-se que este elenco de medidas seja apresentado à nação, pelos Exm^{os} Srs. Ministros de Estado da Saúde e da Previdência e Assistência Social, durante Seminário Nacional de Avaliação das Ações Integradas de Saúde, com a participação de:

- Secretários Estaduais de Saúde
- Superintendentes Regionais do INAMPS
- Delegados Federais de Saúde
- Representantes do MEC
- Representantes das Prefeituras
- Partidos Políticos
- Entidades Nacionais de Trabalhadores
- Associações Comunitárias e de Moradores
- Entidades Filantrópicas.

ESTRATÉGIA PARA MUDANÇAS NA SAÚDE E NA ASSISTÊNCIA MÉDICA:
BASES PARA A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

- I - Introdução
- II - Proposta de Reorganização dos Serviços de Saúde.
 - II.A - Regionalização e Municipalização.
 - II.B - Estratégias de Reestruturação do Sistema.
- III - Aprofundamento das Ações Integradas de Saúde.
- IV - Reorientação das Políticas Setoriais de Insumos Básicos em Saúde.
 - IV.A - Recursos Humanos
 - IV.B - Medicamentos e Imunobiológicos.
 - IV.C - Tecnologia.
- V - Constituição do Grupo Executivo da Reforma Sanitária:
GERSA.

ESTRATÉGIA DE MUDANÇAS NA SAÚDE E ASSISTÊNCIA MÉDICA:
BASES PARA A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

I) - INTRODUÇÃO

Inicialmente, há que se reconhecer que a saúde não pode ser reduzida ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventivas, curativas e reabilitadoras ofertados por serviços de saúde. É antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

O entendimento dessa real dimensão da saúde não implica, contudo na negação do componente de serviços saúde que, sem perder o referencial maior e as interfaces que guarda com as outras políticas sociais, deve ser objeto de mudanças urgentes para a melhoria da qualidade de vida da população. Existe consenso sobre a crise do setor que se manifesta, ao nível das condições de saúde, por uma tendência de expansão de doenças de alta vulnerabilidade à tecnologia existente como esquistossomose, malária, hanseníase, doenças evitáveis por imunizações, com discriminação desfavorável para as regiões economicamente menos desenvolvidas e classes sociais postergadas, que permanecem com baixos níveis de saúde. Por outro lado, é evidente a insatisfação dos usuários das corporações profissionais e da burocracia estatal.

Este quadro decorre basicamente de:

1. Abandono do setor social pelos governos anteriores, nele incluído a saúde;
2. Falta de transparência na aplicação dos recursos públicos, o que contribui para seu uso dispersivo, sem atender as reais necessidades da população;

3. Vigência de uma política de saúde implícita que se efetiva ao sabor de interesses em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde;
4. Modelo assistencial caracterizado por:
 - Ausência de mecanismos que assegurem fluxo de pacientes ao longo dos diferentes níveis de complexidade do sistema, bem como permitam entrada definida na base do sistema.
 - Falta de resolutividade na rede de serviços decorrentes principalmente de uma inadequada política de Recursos Humanos, medicamentos e equipamentos.
 - Dificuldades na articulação da prestação de serviços de medicina curativa com os serviços típicos de saúde pública e de medicina preventiva.
 - Ausência de um planejamento ascendente, participativo, com base nas realidades locais.
 - Centralização do processo decisório sobre todos os níveis operacionais do sistema, o que leva a baixa responsabilidade do nível operacional, dificulta o controle social e resulta num efeito paradoxal de pulverização nas bases do sistema.
5. Ausência de clara definição de responsabilidade de cobertura assistencial por parte dos prestadores de serviços públicos ou privados, levando à duplicidade nas prestações e falta de continuidade e seguimento, particularmente dos profissionais médicos.
6. Ausência de controle social efetivo por parte dos usuários, seja diretamente através da relação com o prestador, seja indiretamente através de mecanismos de representação (conselhos comunitários, associações de moradores).

Não pode se negar, no entanto, avanços significativos

que ocorreram a partir da Nova República com a implementação da estratégia de Ações Integradas de Saúde, que se caracteriza por:

1. Início sistemático e formal da discussão e deliberação conjunta e integrada, na direção de superar a organização plural e descoordenada do setor saúde.
2. Início da gestão pública integrada, tanto dos recursos como das atividades.
3. Início da sistematização de respostas institucionais, de acordo com critérios epidemiológico-sociais.
4. Repasse do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde e Prefeituras Municipais, significativos e crescentes, e não impedidos pelo setor privado, tradicional vendedor exclusivo.
5. Identificação realista e correta dos fatores que promovem a resolutividade dos serviços básicos de saúde.

II) PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

II.A) REGIONALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO:

A partir de constatação da atual inoperância e insu
ficiência da rede de serviços de saúde para fazer frente ao
quadro sanitário determina-se medidas que avançam substantiva-
mente o atual estágio das AIS, com as seguintes diretrizes ge-
rais:

1. Reduzir as desigualdades, através da reorientação
dos gastos, com a consequente expansão da oferta de serviços pa-
ra os contingentes populacionais de menor cobertura. Os proces-
sos em curso implicam na universalização dos cuidados à saúde,
garantindo o acesso aos serviços da população não previdenciá-
ria:

- equiparação da assistência médica prestada à po-
pulação rural àquela prestada aos segurados urbanos, garantin-
do a utilização dos serviços de saúde urbanos à clientela
rural.

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

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

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

- desenvolvimento de mecanismos, na base do siste-
ma, de programação e orçamentação integradas, apontando na di-
reção de um ordenador único de despesa e da gestão unificada.

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

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

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

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

7. Integrar as ações tradicionais de alcance individual e curativo àquelas de alcance coletivo, tais como as ati

vidades de vigilância epidemiológica e sanitária, o combate às endemias e doenças infecciosas.

II.B) ESTRATÉGIAS DE REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA:

1. O modelo proposto busca reverter as principais deficiências da situação atual, centrando-se na descentralização, na plena identificação da responsabilidade de cobertura assistencial e na resolutividade das práticas concretas desenvolvidas pelos profissionais de saúde.
2. A busca da resolutividade das práticas exige uma nova proposta de organização do processo de trabalho dos profissionais, fundada numa interação direta e permanente entre profissional e usuário, ao menos na porta de entrada do sistema. O médico, como os demais profissionais, não mais poderá ter sua tarefa definida como um quantitativo diário de consultas, mas deverá responsabilizar-se por um segmento determinado da população, seja através da designação de um setor territorial/populacional sob sua responsabilidade, seja através da attribution das famílias desse setor ou da inscrição voluntária de usuários em listas de cobertura de cada médico.
3. A interação entre profissional e indivíduo, família ou comunidade completa-se no conjunto das atividades da unidade. Esta nova composição de função de produção não será alcançada apenas com medidas de natureza institucional e administrativa. Apenas o controle e a participação real dos usuários na gerência das unidades sanitárias conseguirá garantir o estabelecimento destas relações de novo tipo.
4. A definição da responsabilidade de cobertura assistencial de cada unidade de saúde, e de seu conjunto hierarquizado, organizado em rede de serviços, cumpre a dupla função de

completar o perfil resolutivo necessário e impedir a proliferação multiforme de ações que não resulta na incorporação de parcelas até então excluídas da atenção, nem na melhoria dos serviços.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III) APROFUNDAMENTO DAS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

A experiência acumulada ao longo da implantação das Ações Integradas de Saúde permite identificar amplos espaços para o aprofundamento da proposta, no sentido de sua consolidação como eixo estratégico da Reforma Sanitária. A ampliação de mecanismos que garantam o aumento do gasto público em saúde, oriundos de todas as fontes participantes das AIS, o aprofundamento do processo de programação e orçamentação integrados e o desenvolvimento da gestão unificada nos níveis locais, a incorporação dos prestadores de serviços privados, especialmente filantrópicos, às redes municipais e estaduais e a implantação de sistematias de avaliação e acompanhamento das AIS constituem o núcleo dos avanços a serem conquistados de imediato.

Nenhuma mudança efetiva virá a ocorrer no setor saúde sem um aumento concreto do aporte de recursos para o desenvolvimento dos programas e ações e o funcionamento das unidades. Os recursos oriundos do INAMP e do Ministério da Saúde tem que se somar a parcelas crescentes dos orçamentos estaduais e municipais destinados à saúde. A expansão do gasto público em saúde deve ocorrer através de todas as fontes participantes das AIS, criando-se mecanismos que garantam a não retração dos recursos aportados por qualquer das instituições. Particularmente, os instrumentos de implantação das AIS deverão conter clara definição das contra-partes dos estados e municípios aos recursos federais aportados.

As instâncias gestoras colegiadas tem papel fundamental na garantia do crescimento do gasto público e na efetiva aplicação deste "fundo" em ações de saúde. A população organizada, e participando das instâncias gestoras, é o elemento principal que assegura a não retração dos recursos e sua aplicação nas necessidades concretas de saúde da comunidade. Para garantir o controle social os balancetes locais, regionais e estaduais, discriminando todas as origens e todas as utilizações em ações de saúde, devem ser periodicamente publicados.

Esta sistemática de ampliação dos gastos, e de seu controle, prepara a infra-estrutura gerencial para a reforma tributária, criando condições para que os poderes municipais e estaduais venham a assumir a hegemonia na condução dos serviços de saúde.

O aprofundamento do processo de descentralização, atingindo mais eficazmente os níveis locais e municipais, exige o fortalecimento das instâncias gestoras em todos os níveis, com uma ampla revisão do papel desempenhado pelas CIMS, CRIS e CIS. Há que se incorporar mais firmemente as representações comunitárias, abrindo maiores espaços de intervenção para as formas organizativas da população. As instâncias gestoras locais e municipais devem encontrar mecanismos de interação com os Conselhos Comunitários das unidades. Os profissionais de saúde e os prestadores de serviços privados, principalmente filantrópicos, demandam formas de participação da gerência das AIS, cabendo às Comissões Inter-institucionais desenvolverem processos que permitam esta participação.

Ao nível federal, a CIPLAN deve retomar seu papel central de coordenador das AIS, debatendo com grande intensidade todo o processo de aprofundamento proposto. Ao incremento da atuação do MPAS, do MS e do MEC devem se somar articulações mais estreitas com os Ministérios do Trabalho, do Interior, da Ciência e Tecnologia e com a SEPLAN. A presença permanente e crescente do CONASS na CIPLAN constitui parte fundamental do esforço de descentralização.

A Programação e Orçamento Integrada (POI), realizada para 1986, mostrou-se instrumento crítico para a consolidação das AIS. Para 1987 determina-se que a POI avance ao nível de cada município e, com base nos perfis epidemiológicos de cada realidade, defina a integração das atribuições institucionais e a organização da rede de serviços. O "fundos" locais, municipais e regionais de recursos devem ser organizados em íntima relação

com as programações concretas, permitindo o efetivo controle da aplicação dos recursos e do cumprimento da programação por todas as instituições e pela sociedade.

A questão da avaliação e do acompanhamento das AIS na ampliação dos recursos e na sua aplicação real, na produção de serviços e sua resolutividade, na efetiva integração das ações, na descentralização e na construção da estrutura gerencial merece especial destaque no contexto da Reforma Sanitária. A maturidade das AIS e o grau de consciência das instituições envolvidas permitem que o processo de avaliação se dê em profundidade e que o acompanhamento seja permanente e produza medidas de impacto na plena implantação da proposta.

Será adotado um modelo único de avaliação e acompanhamento das ações, que permita avaliar o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde no que se refere a:

- impacto das ações de saúde sobre o nível de vida das populações.
- padrões de desempenho da rede de serviços.
- acompanhamento do cumprimento das metas físicas e financeiras, com destaque para a participação das instituições no financiamento das ações.
- eficácia das formas e mecanismos de gestão integradas.
- democratização dos serviços e controle social.

O momento atual coloca às instâncias gestoras o desafio de rápida agilização do seu desempenho gerencial. A prática colegiada na programação necessita conquistar unicidade na execução das ações, permitindo que os "fundos" de recursos sejam utilizados com impacto na quantidade e na resolutividade dos servi

ços produzidos. A descentralização e unificação da gerência nos níveis locais e municipais tem que estar acompanhada de intensa democratização, ampliando-se a participação da sociedade civil, com ênfase nos usuários dos serviços. Os Conselhos Comunitários, já criados nas unidades do INAMPS através de recente decisão do Exmº Sr. Presidente da República, deverão ser estendidos a todas as unidades públicas de saúde.

A expansão e consolidação das AIS depende, em grande parte, da integração dos serviços privados e filantrópicos à rede. Tendo em vista que as entidades filantrópicas com raízes e compromissos comunitários vem historicamente cumprindo importante papel no atendimento a população, torna-se prioritário e impreterível a implantação do novo Convênio-padrão do INAMPS com estas entidades, promovendo sua efetiva integração aos sistemas locais e crescente interação com as instâncias gestoras.

O relacionamento com os prestadores privados de serviços, regulado por contrato que defina claramente as obrigações das partes, baseado nos princípios do direito público, deve incorporá-los as programações integradas e atribuir-lhes tarefas específicas necessárias ao pleno funcionamento da rede.

IV) REORIENTAÇÃO DAS POLÍTICAS SETORIAIS DE INSUMOS BÁSICOS EM SAÚDE

IV.A) RECURSOS HUMANOS

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

Os principais pontos de reorientação dessas políticas serão:

- Definição explícita das políticas nacionais, estaduais e locais de formação de recursos humanos, nos diferentes níveis;
- Estabelecimento de critérios de seleção e recrutamento ajustados à realidade dos serviços;
- Obrigatoriedade de concurso público para todas as instituições do setor público federal, estadual e municipal, tanto da administração direta quanto da indireta;
- Estabelecimento gradativo da isonomia salarial, nos serviços públicos, para todas as categorias;
- Adoção de mecanismos que incentivem o trabalho em tempo integral ou dedicação exclusiva;
- Estabelecimento de mecanismos contratuais que levem ao efetivo cumprimento concomitante de carga horária e produção mínima;
- Implantação de planos de carreira com possibilidades de progressão horizontal e vertical, a partir de avaliações de desempenho;
- Integração serviço e ensino - tendo como eixo a inves

tigação - através de modelos assistenciais localiza
dos em espaços-populações concretas;

- Estruturação de órgãos de desenvolvimento de recursos humanos em todas as instituições públicas e estímulo à preparação de pessoal técnico para o exercício dessas funções;

IV.B) MEDICAMENTOS E IMUNOBIOLOGICOS

1. Produção de medicamentos, matérias-primas, insumos e imunobiológicos:

- a) incentivar a produção de matérias-primas (insumos e fármacos) no país, preferencialmente por empresas de capital majoritariamente nacional.
- b) incentivar a produção de medicamentos essenciais, preferencialmente em laboratórios oficiais ou de capital majoritariamente nacional.
- c) promover o desenvolvimento de novas tecnologias na produção de medicamentos, matérias-primas, insumos e imunobiológicos.
- d) incentivar a formação de recursos humanos na área de tecnologia industrial para produção de medicamentos e imunobiológicos.
- e) orientar os órgãos de fomento a priorizar aquelas indústrias que atendem ao escopo definido nos itens anteriores.
- f) apoiar a modernização dos laboratórios públicos produtores de insumos e medicamentos, tendo como centro de referência a FURP.
- g) estabelecer políticas de importação de matérias-primas e controle de preços internacionais.

2. Comercialização e distribuição de medicamentos:
- a) fortalecimento da CEME, dotando-a de estrutura gerencial e administrativa ágil e rápida.
 - b) revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME e elaboração de memento terapêutico da RENAME revisada.
 - c) racionalização dos mecanismos de distribuição de medicamentos e imunobiológicos por todos os níveis do sistema, baseados na integração inter-institucional.
 - d) transformação do programa de emergência de medicamentos básicos, com recursos do BNDES/FINSOCIAL, em atividade permanente de distribuição gratuita de medicamentos pela rede de serviços.
 - e) estímulo ao desenvolvimento e melhoria da rede de laboratórios de controle de qualidade de matérias-primas, imunobiológicos e medicamentos.
 - f) incentivo à formação de recursos humanos para atuarem na guarda e dispensação de medicamentos, principalmente farmacêutico.
3. Outros aspectos:
- a) incentivar alterações do currículo médico e das demais profissões da área de saúde, enfatizando a terapêutica.
 - b) imposição de restrições legais à propaganda de medicamentos.
 - c) restrição ao uso dos nomes de fantasia dos 40 medicamentos básicos, obrigando-se ao uso do nome genérico.

IV.C) TECNOLOGIA

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

Políticas de desenvolvimento tecnológico.

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

Dentre outras, serão implementadas as seguintes:

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

V) CONSTITUIÇÃO DO GRUPO EXECUTIVO DA REFORMA SANITÁRIA: GERSA

A VIII CNS, nas palavras do próprio Presidente da República, constituiu-se de fato numa Pré-Constituinte da Saúde. Entre suas resoluções, a mais importante foi a de constituir um grupo executivo que aprofundasse as propostas e questões levantadas naquele forum, entendendo que as modificações necessárias ao setor saúde facilitem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo uma reformulação mais profunda e ampliando o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação instrumental, revendo-se a legislação que diz respeito à formação, proteção e recuperação da saúde.

Propõe-se, então, a imediata criação, pelos Exm^{os} Srs. Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social, do Grupo Executivo da Reforma Sanitária-GERSA, constituído paritariamente por representantes dos órgãos governamentais e da sociedade civil organizada, através de seus legítimos canais de representação, na forma seguinte:

Pelo Setor Governamental (15 representantes)

- Ministério da Saúde - Secretário Geral
 - (3 representantes) - Presidente da Fundação SESP
 - Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
- Ministério da Previdência e Assistência Social
 - (3 representantes)
 - Secretário de Serviços Médicos
 - Presidente do INAMPS
 - Secretário de Medicina Social do INAMPS
- Ministério da Ciência e Tecnologia - 1 representante
- Ministério da Educação e Cultura - 1 representante
- Ministério do Interior - 1 representante
- Ministério do Trabalho - 1 representante

- Secretaria de Planejamento da Presidência da República - 1 representante.
- CONASS - 2 representantes das Secretarias Estaduais de Saúde.
- Associação Nacional dos Municípios - 1 representante das Secretarias Municipais de Saúde.
- Associação dos Prefeitos das Capitais - 1 representante das Secretarias de Saúde das Capitais.

Pela Sociedade Civil (15 representantes)

- 3 representantes dos trabalhadores indicados pelas Centrais Sindicais.
- 3 representantes das classes patronais indicadas pelas centrais patronais.
- 1 representante das instituições prestadoras de serviços de saúde privados indicado conjuntamente pela FBH e FENAESS.
- 1 representante das instituições prestadoras de serviços de saúde filantrópicas, indicado pela Confederação Brasileira das Misericórdias.
- 3 representantes dos profissionais da Saúde.
- 2 representantes das Associações dos Moradores do país, indicados pelo CONAM (Conselho Nacional das Associações de Moradores).
- Presidente da Comissão de Saúde do Senado Federal.
- Presidente da Comissão de Saúde da Câmara Federal.

O Grupo Executivo será apoiado por uma Secretaria Técnica constituída por profissionais dos Ministérios da Saúde e MPAS/INAMPS, com o objetivo de elaborar, no plano técnico, as de liberações do Grupo.

A constituição do Grupo Executivo de Reforma Sanitária

e a implementação do elenco de ações do governo na área de saú de configurado, seria apresentado à nação pelos Srs. Ministros de Estado de Saúde e da Previdência e Assistência Social, em re união a se realizar em Brasília, com a presença de todos os Se- cretários de Saúde, Superintendências Regionais do INAMPS, Dele- gados Federais de Saúde, representantes do MEC, de Prefeitos das capitais, das Entidades Filantrópicas, partidos políticos, etc.