

①

NOVAS DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA
SOCIAL E PAPEL DAS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE (AIS)

POSICIONAMENTO DO MPAS

Cumpr^o-me, inicialmente, registrar a satisfação e a honra que representa para o Ministério da Previdência e Assistência Social o convite para participar desta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que ora se realiza no Estado do Paraná, em Curitiba.

Instado a contribuir, apresentando as novas diretrizes do MPAS e, dentro dessas, o papel reservado às Ações Integradas de Saúde, devo ressaltar a dificuldade da empreitada, posto que recentemente investido da responsabilidade pela condução da pasta, trouxe comigo a convicção de que a transformação de idéias e proposições em diretrizes, representa um processo, que inclui a livre discussão, o debate, a controvérsia.

O compromisso e responsabilidade em incluir todos os setores da sociedade brasileira na discussão dos problemas, que precisam ser equacionados com presteza, e na descoberta de novos rumos para o Sistema Previdenciário Brasileiro, fazem deste processo um desafio alentador, amenizando e até contraditando advertências que recebi acerca do caráter espinhoso da missão que me estava sendo confiada.

Lembrando, portanto, de que as proposições que trago precisam de ser repassadas por debates ampliados, passo a expô-las, esperando receber, através da opinião e da crítica dos participantes desta Reunião, subsídios valiosos daqueles que vêm enfrentando toda a sorte de problemas sociais, que têm um estuário privilegiado nas questões de saúde.

Todos sabemos que a saúde se constitui em um dos setores que mais sofreram o impacto das políticas econômicas e sociais perversas e excludentes impostas pelo regime anterior. Apesar da expansão dos serviços assistenciais e da melhoria de alguns indicadores gerais, sabemos que estes indicadores, além de



refletirem uma realidade pior do que a observada em países com estágio de desenvolvimento semelhante ao nosso, escondem brutais disparidades entre regiões e segmentos da população. Não me alongarei na apresentação dos dados que expressam a nossa precária situação de saúde e dos serviços assistenciais, sobejamente conhecida pelos senhores aqui presentes.

Particularmente, os problemas de um sistema previdenciário têm origens na sua própria institucionalização, quando o Estado é chamado a patrocinar interesses coletivos, garantindo benefícios capazes de assegurar a dignidade dos que trabalham e de seus familiares nos momentos em que cessa a capacidade de produzir, por infaustos como as doenças e os acidentes, ou pelos desgastes trazidos pelos anos de labuta. Historicamente, esta intervenção se estriba na doutrina que marca a passagem do capitalismo liberal para o neocapitalismo.

Refazer a trajetória histórica, a partir de 1923 com a Criação das Caixas de Pensões e Aposentadorias pela Lei Eloy Chaves, até a estrutura complexa que constitui hoje o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), parece desnecessário, diante da fartura do conhecimento crítico que se produziu nesta área e da qualidade dos participantes desta Reunião, todos íntimos das questões institucionais relativas à Previdência em nosso país.

Em linhas muito gerais, ao longo de todos estes anos que se seguiram, pudemos acompanhar, por um lado, a ampliação continuada do contingente de trabalhadores beneficiários e, por outro, sucessivas e profundas reformas institucionais do Sistema, quase todas inspiradas pela necessidade e pela vontade de racionalização, mas que, grosso modo, levaram à centralização, burocratização crescente, perda de substância e qualidade na prestação de serviços e benefícios àqueles que são a própria razão de ser desta forma de seguro social abrangente. Independentemente das motivações ou intenções, a causa dos insucessos residiu no alijamento da participação dos trabalhadores na gestão previdenciária, o que se consumou, formalmente inclusive, nos 20 últimos anos de nossa história, quando o autoritarismo fez das decisões de gabinete



te, investidas de um racionalismo eivado de lógica própria e herméutica, cortina de fumaça para o exercício de sua natureza.

O certo é que me veio às mãos um sistema complexo, minado por vícios estruturais e extremamente sensível aos golpes que a conjuntura adversa tem aplicado no direito inalienável ao trabalho, fonte primaz que responde por 90% do Fundo de Previdência e Assistência Social. Quanto à origem e destinação dos recursos, que dão a dimensão da responsabilidade social, devemos lembrar que a receita previdenciária resulta em 58% daqueles que ganham de 1 a 3 salários mínimos, enquanto que os benefícios pagos derivam em 82% para aqueles que ganham de 1 a 3 salários mínimos de benefício.

O descompromissamento do poder público para com o Sistema Previdenciário pode ser demonstrado no fato de que, da contribuição tripartite igualitária inicialmente acertada, a participação dos recursos governamentais retraiu para o custeio das despesas administrativas e de pessoal da máquina previdenciária, sendo que até 1982 nem estas foram cobertas, o que exigiu remanejamento e cobertura com recursos oriundos das contribuições com pulsórias de empregados e empregadores. A contribuição governamental deve fluir normalmente sem que a previdência social, desde que bem administrada, se transforme em pedinte junto as autoridades econômicas. Para o reequilíbrio das combalidas finanças previdenciárias, parece-me fundamental, ao invés de se pensar em onerar ainda mais os elos já sobrecarregados do sistema produtivo, retornar à lei que instituiu o Sistema, e no seu primado restaurar a justa e devida participação do Estado, neste momento em que caminhamos para a sua aproximação com os mais legítimos interesses da nação. Por outro lado, cabe o aperfeiçoamento técnico-gerencial que evite todas as formas de evasão de receita e fraudes contra os Institutos.

Não obstante, torna-se fundamental, para a reconquista definitiva de sua própria dignidade, a participação gestora, compartilhada, dos trabalhadores, dos empregadores e do Estado na administração previdenciária. À semelhança do CONASP, mas de natureza diversa quanto à competência meramente consultiva deste, um conselho livremente indicado pelas representações classistas, cons



tituir-se-á brevemente no primeiro instrumento para a devolução de um direito conquistado, que o autoritarismo usurpou.

Outro ponto pelo qual me baterei, diz respeito à equalização do atendimento previdenciário, eliminando a discriminação vigente entre trabalhadores rurais e urbanos. Enquanto a cobertura hospitalar em 1980, só para citar um exemplo, chegou a 11,9% entre os previdenciários urbanos, entre os rurais não ultrapassou a 5,7%. Este esforço, contudo, terá que ser desenvolvido "pari passu" com o da recuperação e expansão das fontes de custeio do sistema previdenciário, pois não há como assumir mais encargos sem comprometer a própria sobrevivência do sistema, e continuar honrando o compromisso do pagamento de aposentadorias e pensões. Os recursos previdenciários não se incluem no axioma da escassez social. São deficitários, na ordem de aproximadamente 8 trilhões de cruzeiros para o atual exercício. O dever do Estado, numa concepção moderna, é prover o bem-estar social do conjunto da população, mas este mesmo Estado, para consolidar objetivos consagrados no campo do direito à cidadania, precisa de se comprometer de forma inequívoca com as instituições responsáveis pela ampliação da sua intervenção social.

Outro desafio, que me proponho a enfrentar com destemor, diz respeito à já triste e notória questão das fraudes - fraudes contra o INPS, fraudes contra o INAMPS, fraudes contra o IAPAS, na medida em que empresas e órgãos do poder público deixam de recolher a contribuição devida.

O MPAS distinguiu uma comissão composta por representante da OAB, do ministério público, através da Procuradoria Geral da República, e de seus próprios quadros, visando acompanhar o andamento e desfecho dos processos em curso, que são muitos, e lesam a economia previdenciária em cifras elevadíssimas.

O SINPAS precisa ser dotado de instrumentos que permitam que a receita previdenciária corresponda ao que lhe é efetivamente devido pelos contribuintes do sistema, principalmente empregadores privados e governo nas suas várias esferas. Não deve ser descartada a utilização de instrumentos usados pela própria administração pública na área fiscal.



5.

Intervenção

Em alguns casos, os instrumentos punitivos hoje aplicados precisam ser revistos, adotando-se, por exemplo, a intervenção imediata em organizações privadas reincidentes em fraudes, já que o descredenciamento temporário ou definitivo penaliza mais a clientela, que deixa de dispor do serviço, às vezes o único disponível, do que o próprio infrator. Também é ponto pacífico a urgente necessidade de modernização do Sistema Previdenciário de Controle e Avaliação.

Participar

Antes de abordar a problemática da saúde, gostaria de lembrar de que muitas das questões hoje em pauta ao nível do setor, como novos mecanismos de financiamento, definição das modalidades da prestação de assistência, reorganização administrativo-institucional, vem sendo objeto de debate em determinadas esferas significativas no âmbito setorial, mas desse processo de discussão vem sendo alijadas as parcelas majoritárias da população que financiam e utilizam os serviços assistenciais. Somos favoráveis a uma ampla discussão de todas estas questões em todos os Forums que uma sociedade aberta ao livre trânsito de idéias propicia, em particular no Congresso Nacional e na Assembléia Constituinte. A Previdência Social estará presente neste debate, trazendo as teses e a experiência de realizações de uma administração aberta, democrática, comprometida com os interesses de todo o povo brasileiro.

Direito e Dever

Quanto à política de saúde que pretendo desenvolver no âmbito da Previdência Social, certamente objeto de especial interesse dos participantes desta Reunião, ressalto, sem novidade retórica, que a encaro classicamente: como um direito do cidadão e, portanto, um dever do Estado.

A Previdência Social ocupa uma posição de destaque na prestação de assistência à saúde. Do total de gastos com serviços assistenciais, cerca de 70% correspondem a recursos provenientes de fontes públicas, 2/3 dos quais representados pela arrecadação previdenciária. Os gastos previdenciários com assistência médica, hoje 75% dos gastos federais com a função saúde, evoluíram crescentemente de um percentual de 19,3% em 1960 para 29,6% em 1967, atingindo 27,4% em 1980 e 25,3% em 1984.

6. 310 42 - 35 - 3703 - 102 - 02 - 6.

Ao apresentar estes dados, quero deixar claro que, para mim, qualquer proposta de reformulação do atual modelo não deve ser - mesmo e principalmente em uma situação recessiva, quando tende a crescer a necessidade de atenção à saúde - meramente contábil, com vistas a uma contenção ainda maior das despesas como um fim em si mesmo. Até porque não é intrinsecamente perverso gastar - desde que se possa - cada vez mais com saúde, quando se objetiva atender às legítimas aspirações da população por melhores níveis de bem-estar.

Certamente, diante do quadro de restrições que enfrentamos, a questão fundamental é estabelecer uma escala de prioridades, tendo como imagem-objeto o compromisso de garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde e reverter o triste quadro sanitário do país. Continuamos a sofrer das doenças típicas dos países subdesenvolvidos, algumas passíveis de controle por tecnologia médica simples, num grau incompatível com o desenvolvimento econômico atingido. Por outro lado, aumentam significativamente a prevalência e incidência das chamadas "doenças modernas" - distúrbios cardiovasculares e psiquiátricos, neoplasias, doenças profissionais, acidentes de trabalho, etc - numa superposição preocupante. Ademais, acentuam-se as disparidades regionais e entre os distintos grupos populacionais no que se refere ao risco de adoecer.

Diante desta situação e da escassez de recursos, insistir, estabelecer prioridades é imperativo. Devemos coibir, por exemplo, os gastos com os Tratamentos Fora do Domicílio no Exterior que, em 1984, consumiram 28 bilhões de cruzeiros do INAMPS em benefício de 138 pessoas. Este valor foi equivalente a cerca de 15% de todos os recursos que foram repassados às Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais do país, com o compromisso de cobertura de 60% da população brasileira com atenção básica de saúde. Dentre estes casos, muitos poderiam ter sido tratados em nosso país, alguns representaram aventuras terapêuticas com processos em fase de experimentação. A maioria das pessoas beneficiadas, pelos próprios mecanismos de pressão nos encaminhamentos das solicitações, são dos extratos econômicos mais altos dentro a população.



Também, pela mesma razão, é meu dever atuar para im pedir a expansão indiscriminada da sofisticação tecnológica na prestação de serviços de saúde, processo esse já sobejamente cri ticado, e que muitas vezes não traz nenhum benefício - quando não é lesivo - à saúde dos usuários. A definição de uma política de incorporação tecnológica que seja adequada às necessidades, deve se constituir num objetivo precípuo.

Consoante com as posições até aqui apresentadas, a atuação do INAMPS deverá se pautar por tres princípios básicos: a descentralização, a integração e a universalização e equidade quanto à oferta e acesso aos serviços de saúde.

Quanto à descentralização, o processo centralizador na área de saúde guarda coerência com o que ocorreu nos últimos anos no quadro político-institucional e econômico do país. A partir da reforma tributária de 1967 os Estados e Municípios empobreceram, cabendo hoje 61,3% da arrecadação fiscal ao nível federal, contra 28,5% do nível estadual e 10,2% do municipal. Por outro lado, durante o crescimento acelerado dos anos 70, aumentou a importância da previdência social, que passou a dispor de maiores recursos para a atenção médica. A má distribuição concentrou os recursos nos grandes centros e, nestes, nas áreas de maior renda, enquanto que o incremento da oferta acabou privilegiando serviços de nível tecnológico elevado, cujos altos custos não correspondem ao impacto social, em detrimento das ações básicas de saúde.

Nessas circunstâncias, inibiram-se não só as ações dos governos estaduais e municipais, como a própria iniciativa comunitária; em contrapartida, foram crescendo as entidades federais de grande porte, fortemente burocratizadas e nem sempre eficientes, cuja tendência é a de formular soluções padronizadas para problemas locais, os quais, por suas natureza, não são uniformes.

Este processo de centralização política, administrativa e financeira talvez tenha encontrado na Previdência Social sua expressão mais marcante. Daí ser um objetivo fundamental a política de real descentralização a nível do INAMPS, fortalecendo as Superintendências Regionais e as Agências Regionais e Locais, ao

*Descentralização
do Inamips*



mesmo tempo em que se deve redefinir as atribuições da Direção Ge-
ral do Instituto.

Durante o ano de 1984, algumas experiências de municí-
palização foram desenvolvidas no Brasil. No Estado do Paraná, por
exemplo, a ação descentralizadora foi baseada numa efetiva dispo-
sição da Secretaria de Saúde estadual de transferir, tanto a ad-
ministração das unidades prestadoras de serviços como dos recur-
sos necessários para sua operação, para as prefeituras das cida-
des de maior porte como, por exemplo, Curitiba, Londrina e Fran-
cisco Beltrão.

São Paulo, através da soma de recursos das esferas
estadual e municipal, praticamente cobriu todos os municípios com
médicos domiciliados, o que se mostrava inviável com iniciativas
isoladas.

No processo de descentralização, a presença ativa dos
usuários junto aos serviços de saúde, influenciando na definição das
prioridades, acompanhando e avaliando, sob o seu ponto de vista,
o desempenho atingido, é essencial para que se alcance a democra-
tização do setor e um aumento na sua eficiência.

A Assembléia Nacional Constituinte, que se avizinha,
deverá consubstanciar, ao rever o processo de centralização tri-
tutária, os mecanismos que farão a União, os Estados e os Municí-
pios, parceiros mais equânimes nos rumos da descentralização jus-
ta e necessária.

Quanto à integração, num nível macro, devemos partir
do pressuposto de que as políticas econômicas e sociais devem com-
por um todo orgânico, articulado em um Projeto de Sociedade que
tem por objetivo maior a melhoria das condições de vida e de tra-
balho de toda a população.

Setorialmente, a integração é, talvez, a proposta mais
discutida ao longo das muitas iniciativas em que se tentou harmo-
nizar a intervenção dos órgãos das esferas federal, estadual e mu-
nicipal. Nenhum plano ou programa elaborado deixou de apontar
para a imprescindibilidade da medida, que conjugaria recursos de

*Descentralização
1/1/84*



toda a natureza, evitando-se o desperdício, a duplicidade e o paralelismo das ações. O PIASS, a proposta do PREV-SAÚDE e mais recentemente, a iniciativa potencialmente mais exitosa nesta direção, as Ações Integradas de Saúde, derivadas do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, elaborado pelo CONASP, fixaram o caminho a seguir: a integração programática. Este caminho garantiria o propósito da soma de objetivos e recursos, de forma descentralizada, e, ao mesmo tempo, evitaria o gigantismo burocrático, incapaz, por si só, sem outras mudanças mais profundas ao nível das instituições, de facultar o atendimento adequado aos problemas de saúde da população.

Outra diretriz fundamental, que deverá merecer atenção especial do MPAS, relaciona-se com a universalização e equidade de do atendimento devido ao conjunto da população brasileira.

O notável crescimento do nível de consumo dos serviços médico-assistenciais da previdência social observado na última década (incremento per-capta real superior a três vezes) não trouxe uma diminuição significativa das desigualdades existentes no início dos anos 70, pelo menos entre a população rural e urbana e entre regiões. Alguns dados trabalhados pelo IPEA ilustram as discrepâncias. A razão do atendimento urbano/rural em assistência hospitalar, que era de 2,3 em 1971, baixou para 2,1 em 1980. Quanto a demanda atendida de exames laboratoriais, o diferencial cresceu no período.

Quanto às desigualdades inter-regionais, basta dizer que o gasto per capita da Previdência em saúde chega a ser seis vezes maior no Sudeste em relação ao Nordeste. Em 1980, enquanto a assistência hospitalar cobriu quase 15% da população da região Sul, este percentual foi quase 3 vezes menor no Nordeste. No mesmo ano, enquanto no Sul e Sudeste foram prestados pela previdência social, respectivamente, 1,61 e 1,98 consultas por habitante, esta taxa baixou para aproximadamente 0,9 no Norte e Nordeste.

No que diz respeito à destinação de recursos, a região Norte, com cerca de 5% da população do país, conta com apenas 2,3% dos recursos do INAMPS. No Nordeste os percentuais são de

29,3 (população) e 17,4 (recursos do INAMPS). No Sudeste e Sul, en tretando, com 43,5% e 16% da população, foram dispendidos, respec tivamente, 55,5% e 18,8% dos recursos previdenciários.

Para o agravamento desta defasagem, além do desnível da oferta de serviços, contribuem a legislação previdenciária, que discrimina os chamados "não contribuintes" (rurais e não previ denciários) e a forma como os serviços são custeados. Os hospitais privados, que servem aos beneficiários urbanos, são remunerados conforme a complexidade das ações, enquanto que os atendimentos prestados à população rural são custeados por subsídio institucio nal fixo, o que leva o prestador a restringir o atendimento. Esta situação tem sido repetidamente denunciada pelas entidades repre sentativas dos trabalhadores rurais. Mantidos os parâmetros as sistenciais do CONASP, a equiparação do sistema de remuneração do atendimento da clientela urbana e rural, representará um aumento de despesas para o INAMPS da ordem de 9,3% do seu orçamento.

O aprofundamento das AIS, que deverá incorporar num primeiro momento os hospitais públicos e beneficentes, deverá cor rigir em parte o problema, após melhoria dos níveis de remunera ção pelos serviços prestados aos hospitais conveniados.

Aos produtores privados de serviços de saúde, organiza dos das mais diversas formas, está reservado um papel de destaque na prestação da assistência médica individual. Basta dizer que se responsabilizam atualmente por mais da metade das consultas médi cas e por cerca de 90% das internações providas pela Previdência Social, detendo aproximadamente 75% dos leitos hospitalares exis tentes no país. A Previdência Social não pode evidentemente pres cindir da contribuição destes prestadores para o atendimento de seus beneficiários. As distorções que se verificam na compra de serviços, hoje de amplo conhecimento de toda a nação, podem ser superadas desde que a Previdência Social enfrente de modo realis ta as relações com os produtores privados, remunerando condigna mente seus serviços e utilizando com firmeza e eficácia os meca nismos de fiscalização e controle de que dispõe.

O PAPEL DAS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

As Ações Integradas de Saúde, propostas pelo CONASP, encerram mais do que um corpo doutrinário. Elas sintetizam, quanto à sua formulação, toda uma série de proposições amadurecidas através de erros e acertos de experiências e formulações anteriores, como o PIASS e o PREV-SAÚDE. Obviamente, o contexto de crise previdenciária e funcional do Sistema Previdenciário, e a conseqüente busca de solução entre os dispositivos racionalizadores, exerceram um papel fundamental para a sua viabilização.

A estratégia de uma ação conjuntura do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Educação, por um lado, e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, por outro, integrados num esforço comum de atender às necessidades básicas de saúde da população, de forma universalizada, corresponde aos compromissos do novo governo e ao anseio da população.

É também necessário que, pensando na expansão e no aprofundamento das IAS, tenhamos em conta a nova situação política que vivenciamos, propiciadoras de vãos mais amplos, para além dos horizontes do racionalismo pragmatista e da modernização. O importante, ao meu ver, não é estar reinventando a roda, mas fazê-la ter um desempenho adequado aos caminhos que estamos percorrendo.

Seria desnecessário, por demais conhecido, reiterar os princípios básicos que norteiam as Ações Integradas. Todos os Estados do país já assinaram os convênios globais para a sua implantação. A ênfase na atenção ambulatorial, com melhoria da capacidade resolutiva em decorrência da recuperação, reforço e ampliação dos serviços públicos, vem sendo estimulada com a crescente participação das Secretarias Estaduais e Municipais.

A integração programática preconizada pelas AIS, além de estender consideravelmente o acesso aos serviços, traz, ao possibilitar e recomendar a influência dos usuários, incluindo-os no



debate acerca do funcionamento dos serviços, a descoberta dos rumos a serem tomados pelos próprios programas e ações de saúde, antes de que uma institucionalização apressada de modelos repita erros já cometidos em passado recente.

No gesto de levar os postulados à prática, reafirmo a necessidade de contar com a experiência dos Senhores Secretários, que, reforçados pelo papel de coordenadores das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), têm a responsabilidade pela condução das políticas estaduais de saúde. Deverão ser acionados mecanismos que permeabilizem uma participação nas deliberações da CIPLAN - Comissão Inter-ministerial de Planejamento e Coordenação-, para além do que está formalmente estabelecido. O CONASS deveria, inclusive, funcionar como um órgão assessor da CIPLAN. As CIS devem cada vez mais assumir papel de coordenação dos plânos estaduais de saúde, disciplinando, no interesse da ampliação da cobertura dentro dos objetivos das AIS, todo o investimento público e privado do setor. Aí está o seu papel fundamental dentro da proposta de descentralização, que deverá se espriar até as regiões e municípios, com a assunção de papel similar pelas CIMIS ou CLIS.

Quanto ao repasse de recursos para as AIS, a partir de 7 bilhões em 1983, atingimos 207 bilhões de cruzeiros em 1984, e poderemos chegar a pouco mais de 1 trilhão de cruzeiros no corrente ano, sendo novecentos e dez bilhões para manutenção e 133 bilhões para as expansões previstas. Estes recursos são significativos, na medida em que a soma total dos orçamentos das Secretarias Estaduais em 1984, excluída a parte oriunda do tesouro do Rio Grande do Sul, e considerados os recursos dos tesouros estadauais, os repasses do MS e MPAS, totalizaram, em 1984, algo em torno de 1 trilhão de cruzeiros.

A expectativa de cobertura prevê o alcance de 91 milhões de pessoas, correspondendo a 66,9% da população do país.

A minha disposição é, superada a questão do preenchimento de cargos na estrutura do MPAS, agilizar a assinatura dos termos aditivos com os Estados, para que se dê a expansão já programada, através da assinatura dos termos de adesão aprovados pelas CIS.

Apenas o crescimento do programa, corrigidas as distorções que vem sendo detectadas, poderá garantir a sua irreversibilidade e o seu papel nucleador dos sistemas estaduais e municipais da saúde. Só o reconhecimento da população, em termos da quantidade e qualidade do atendimento recebido, e a sua participação, sugerindo, reclamando, co-gestionando, darão respaldo irremovível à sua expansão e aprofundamento. Neste aspecto, é fundamental o papel da informação, da divulgação, do esclarecimento junto aos usuários.

Um problema que tem merecido atenção, diz respeito ao relacionamento entre a Previdência Social e as Instituições Públicas conveniadas. Precisamos, dentro da proposta de aprofundamento, e para estabelecermos coerência com a filosofia das AIS, estudar mecanismos para superar a mera compra e venda dos serviços, que, num estágio inicial, representou um instrumento de dinamização dos serviços públicos de saúde. Mesmo porque este tipo de enfoque pode facilmente derivar para a compra e venda de serviços produzidos em escala, sem qualidade e resolutividade, ou até mesmo incentivar fraudes estatísticas. É indispensável a implementação de um processo de co-gestão, com planejamento e acompanhamento com partido entre os parceiros, e a instituição de fundos estaduais e municipais, que permitissem uma orçamentação global e o rateio inter-institucional. Estes mecanismos diminuiriam uma outra preocupação, que é com a retração das fontes estaduais e municipais das AIS, com a contrapartida dada pelo INAMPS.

De outra parte, será necessário aprimorar o sistema de avaliação e controle das AIS, para que a informação, num fluxo continuado, possa refletir o nível de integração entre os parceiros, avaliar o alcance da cobertura e, ao mesmo tempo, subsidiar as correções e reforços necessários.

O aprofundamento das Ações Integradas terá necessariamente que passar, ainda, pela incorporação do nível médico-hospitalar e do suprimento adequado dos serviços com medicamentos essenciais.

No primeiro caso, já o disse, espero, melhorando os níveis de remuneração, integrar, inicialmente, os hospitais públicos e beneficentes das várias esferas.



Quanto ao fornecimento de medicamentos, a Central de Medicamentos (CEME) deverá passar por um amplo processo de reforma não só no tocante à distribuição, mas sobretudo quanto ao seu papel na produção de medicamentos e desenvolvimento de tecnologia própria.

Isso não nos exime de, urgentemente, buscar a ampliação dos recursos para sanar um grave problema que tem sido apontado como fator de limitação para a expansão das AIS: a carência de medicamentos básicos.

Apresentação:

José Saraiva Felipe
Sec. de Serviços Médicos

Curitiba, 09 de maio de 1985



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida