

Circular nº 001/87-ST/CNRS

Rio de Janeiro, 16 de janeiro de 1987

AOS MEMBROS DA COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA

A Secretaria Técnica, por meio da Coordenação dos Grupos de Trabalho, elaborou o documento que estamos encaminhando em anexo. Esse documento foi encaminhado às CIS e instituições interessadas de todos os Estados, para que pudessemos obter suas avaliações sobre o mesmo.

Demos o prazo de até o dia 14 de fevereiro próximo para receber as sugestões que analisaremos visando revê-lo e posterior apresentação à Comissão.

Esperamos que com essas sugestões possamos enriquecer o debate sobre a Reforma Sanitária e os trabalhos da Secretaria Técnica para melhor apoiar a Comissão.

1987 ANO DA REFORMA SANITÁRIA

Atenciosamente



Arlindo Fábio Gómez de Sousa
Coordenador da ST/CNRS



INSTITUTO
BUTANTAN

Este documento foi elaborado pela
Coordenação do Grupos de Trabalho
da Secretaria Técnica, com o obje-
tivo de estimular o debate e, a
partir de um roteiro definido, re-
colher subsídios para os traba-
lhos da Comissão Nacional da Re-
forma Sanitária.

ESTE DOCUMENTO NÃO CONTÉM
A POSIÇÃO OFICIAL DA COMIS-
SÃO NACIONAL DA REFORMA SA-
NITÁRIA.



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

REFORMA SANITÁRIA: A HORA DA AÇÃO

Questões para o debate da Reforma Sanitária
nos Estados e Municípios Brasileiros

Documento-síntese das principais discussões
elaborado pelos Grupos Técnicos de Arcabou-
ço Institucional, Financiamento e Recursos
Humanos.

Coordenação: Cristina de Albuquerque Possas
Assessora da Presidência da
FIOCRUZ
Coordenadora dos Grupos Técnicos
de Assessoramento à Comissão Na-
cional da Reforma Sanitária.

Rio de Janeiro, dezembro de 1986.



1. APRESENTAÇÃO

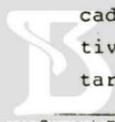
A Comissão Nacional da Reforma Sanitária foi constituída por recomendação da 8ª Conferência Nacional de Saúde e conta com o respaldo de sua ampla representatividade, expressa pela presença naquele evento de cerca de 5.000 pessoas, entre delegados e participantes de todo o país, em março deste ano.

Nomeada por Portaria Interministerial (Ministros da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação) numa conjuntura política de transição, esta Comissão é representativa de diferentes setores da sociedade brasileira e do Estado e tem a incumbência de formular propostas para o reordenamento institucional e jurídico do sistema de saúde no país.

Conta para tanto com o apoio não apenas dos Ministros que a constituíram, como do próprio Presidente José Sarney, que reiterou o firme posicionamento assumido perante os participantes da 8ª Conferência em seu recente discurso preferido na longa reunião de avaliação de seu governo com os Ministros de Estado: "Considero um dever do Estado proporcionar meios para que a saúde seja efetivamente um direito de todos. Faz-se necessária uma ampla reforma sanitária que expanda a capacidade de bom atendimento a toda a população, proporcione o acesso aos medicamentos essenciais e à vacinação, combata as grandes endemias, como a doença de Chagas, a malária e a esquistossomose, assim como elimine o risco de outras como a dengue e a própria febre amarela."

Esta é, contudo, uma tarefa complexa. Não se trata mais, na presente conjuntura, da mera formulação, em gabinetes, de modelos de organização institucional como imagem-objetivo a ser perseguida em uma perspectiva gradual e de longo prazo, como o foram anteriormente o PIASS e o PREV-SAÚDE. As dimensões continentais do Brasil e a grande heterogeneidade entre os Estados impede que este processo se realize como um pacote de medidas a serem implementadas segundo uma estrita racionalidade de planejamento.

Trata-se, ao contrário, de criar as condições políticas em cada Estado que permitam avaliar, com o envolvimento e a efetiva participação dos profissionais de saúde, dos parlamentares e das entidades representativas da população, os requi-



sitos necessários para operacionalizar a descentralização e a democratização da saúde pretendidas.

Neste momento, a Reforma Sanitária - ainda que nem sempre formulada e entendida neste termos - se coloca como necessidade premente para parcelas expressivas da população brasileira, que cada vez mais exigem medidas concretas e imediatas em relação à conquista da saúde e à melhoria da qualidade dos serviços a que têm direito. Para a intensidade destas reivindicações contribuem as graves condições atuais de morbidade e mortalidade a que está submetida a grande maioria da população.

A vitória recente, nas últimas eleições, de representantes de setores progressistas da sociedade brasileira para os governos da maioria dos Estados, bem como para o Congresso Constituinte, confere ao debate de alternativas para o sistema de saúde uma base política que não pode ser ignorada e que abre uma nova perspectiva ao projeto de uma Reforma Sanitária.

Não se trata mais, portanto, de pensar os distritos sanitários como a regionalização das AIS (Ações Integradas de Saúde), mantendo as restrições institucionais atualmente existentes. A nova correlação de forças nos Estados permite hoje que a importante experiência acumulada com as AIS se coloque em novas bases que assegurem a efetiva integração das ações, a partir de uma ampla Reforma Sanitária.

Com o objetivo de formular a proposta de uma Reforma Sanitária brasileira em bases realistas, a partir de um amplo debate político sobre as condições reais de sua implantação, envolvendo neste processo os Governos Estaduais e Municipais, a Coordenação dos Grupos Técnicos de Assessoramento à Comissão Nacional da Reforma Sanitária elaborou este breve documento acompanhado de um roteiro de questões que deverão orientar e subsidiar as discussões em cada Estado. Espera-se com isto deflagrar o processo político que criará condições objetivas para a implementação a curto e médio prazo das propostas.

Os resultados deste debate nos vários Estados e Municípios do país deverão ser encaminhados por escrito à Comissão Na-



cional da Reforma Sanitária, através de sua Secretaria Técnica, que procurará consolidá-las em um documento único a ser publicado e amplamente divulgado.



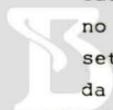
2. O ESPAÇO PARA UMA REFORMA SANITÁRIA NA POLÍTICA SOCIAL DO GOVERNO.

O governo da Nova República, em sua atuação na chamada área social, tem-se defrontado com um sério obstáculo: o emperramento da máquina administrativa do Estado, herdada do autoritarismo, que vem criando enormes dificuldades para que os investimentos realizados no campo social cheguem efetivamente aos destinatários das políticas pretendidas. Os entraves burocráticos e os interesses clientelistas incrustados na máquina estatal, além de serem responsáveis pela ineficiência da administração pública, disseminam o ceticismo entre as instituições governamentais incumbidas da definição de prioridades na alocação de recursos, que tendem cada vez mais a considerar os setores sociais como verdadeiros "buracos negros", sugadores de recursos sem a necessária contrapartida e impermeáveis à formulação de políticas que efetivamente beneficiem a população.

Esta situação tem suscitado a proposição e a implementação de medidas na área de saúde que procuram, na maioria das vezes de forma inadequada, contornar os entraves da máquina burocrática estatal, seja através de seu enxugamento, pelo corte do gasto público, seja através de incentivos ao consumo direto por parte do usuário dos serviços públicos. São exemplos deste tipo de instrumentos o vale-medicamentos e o ticket para o leite, entre outros.

Supõe-se que tais medidas permitam reduzir as despesas com a máquina burocrática e assegurar o acesso direto do consumidor a bens e serviços providos pelo setor público. Com isso espera-se agilizar os investimentos públicos realizados na área social, reduzindo consideravelmente o custo administrativo de sua oferta, através das instituições públicas existentes e aumentando sensivelmente a eficácia da ação do Estado na área.

Não obstante as possíveis vantagens deste procedimento em termos de uma racionalidade de curto prazo na busca da eficácia dos gastos públicos correntes, ele certamente expressa, no contexto de uma política de longo prazo para a atuação do setor público, uma visão do papel de Estado como facilitador da relação do indivíduo com o mercado (no caso, sem acesso



ao mesmo).

Creemos que, na perspectiva de longo prazo aqui privilegiada, tais medidas conflitam com os princípios fundamentais que devem nortear uma política de saúde.

O principal deles é a orientação deste consumo de bens e serviços de proteção à saúde assegurados pelo Estado segundo prioridades e critérios de qualidade estabelecidos na relação da equipe de saúde com cada indivíduo. Esta concepção de política de saúde pressupõe uma estrutura programática (que não deve ser confundida com a estrutura vertical dos programas atualmente existentes no Ministério da Saúde) que assegure, quando necessário, o seguimento longitudinal do usuário e o acompanhamento da prescrição, além de seu envolvimento através das instâncias representativas no processo decisório, garantindo o efetivo controle da sociedade e dos próprios profissionais da saúde sobre os serviços prestados.

Em síntese, não se trata simplesmente de procurar contornar as disfunções da máquina administrativa do Estado, através de estratégias de extensão da cobertura a qualquer preço ou de medidas localizadas destinadas à agilização do consumo privado. Trata-se, ao contrário, de desencadear, de modo firme e articulado, um amplo processo de reforma do Estado que viabilizè, a médio e longo prazos, os investimentos públicos indispensáveis à área social, assegurando a concretização dos compromissos sociais da Nova República.

3. O QUE É A REFORMA SANITÁRIA

O emaranhado institucional público e privado em saúde no Brasil expressa sua irracionalidade - embora responda a lógicas bem determinadas - na absurda pulverização dos recursos, fragmentação e sobreposição das ações, para o que contribui a ausência de comunicação entre os vários níveis do sistema, sobretudo no que diz respeito aos mecanismos de referência e contra-referência entre as várias instituições de saúde.

Este quadro, herança cruel do autoritarismo-que promoveu o sucateamento das instituições públicas de saúde no país, favorecendo a fraude e a baixa qualidade dos serviços oferecidos- certamente não poderá ser revertido no âmbito do atual arca-

bouço institucional e dos instrumentos jurídicos existentes.

A proposta referendada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de fortalecimento dos Estados e Municípios a partir da integração sob comando único das diferentes instituições públicas e privadas contratadas exige, para sua efetização, uma ampla Reforma Sanitária cujas medidas de implementação devem ser desencadeadas a curto prazo.

O projeto de lei da Reforma Sanitária brasileira, em substituição à Lei 6.229/75 do Sistema Nacional de Saúde, deverá estabelecer as diretrizes para uma nova estrutura jurídica e institucional do sistema de saúde no país. Com esta nova lei não se deverá pretender, numa perspectiva simplista, "fazer" a Reforma Sanitária, mas sim criar as condições para desencadear e aprofundar um processo que, na verdade, teve seu início com a unificação do INPS em 1967 e vem se ampliando em resposta às crescentes pressões pela universalização do acesso aos serviços de saúde.

Embora, em seu sentido mais abrangente, a Reforma Sanitária deva ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, seria um grave erro político ignorar a importância da definição de um novo arcabouço institucional para o Sistema Nacional de Saúde que propicie - a partir de bases adequadas de financiamento - uma nova configuração dos serviços de saúde ao nível local, ampliando o leque de atividades numa nova relação com o usuário.

Uma Reforma digna deste nome não se concretiza como um processo suave ou indolor. Ela remove privilégios e distorções incrustadas na cultura e na estrutura de poder de uma sociedade, reafirmando a cidadania. Os interesses eleitoreiros e clientelistas que ainda hoje permeiam a oferta de serviços de saúde em nosso país tornam esta área uma intrincada trama de privilégios e abusos.

Existem muitas razões para a mudança. O direito à saúde tem sido sufocado por discriminações inaceitáveis em uma sociedade civil, moderna e que hoje se constitui como a 8ª economia mundial: seja pelo poder aquisitivo, pela localização geográfica ou mesmo pela exposição, de natureza ocupacio-

nal ou social, a maiores riscos.

A Reforma Sanitária é, portanto, o movimento de construção do novo Sistema Nacional de Saúde, a partir das principais conclusões e recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Isto pressupõe que: (1)

- a saúde seja entendida como um processo resultante das condições de vida e a atenção à saúde não se restrinja à assistência médica, mas a todas as ações de promoção, proteção e recuperação;
- a saúde seja um direito de todos e um dever do Estado, assegurados constitucionalmente, daí decorrendo a natureza social das ações e serviços de saúde, subordinados ao interesse público;
- o setor saúde seja reorganizado e redimensionado, de forma a permitir o acesso universal e igualitário de toda a população a todas as ações e serviços necessário, dentro do conhecimento e da tecnologia disponíveis.

Com este propósito, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária vem trabalhando na elaboração de uma proposta de texto constitucional que fixará os objetivos gerais para um novo Sistema Nacional de Saúde, cujo perfil institucional, mecanismos operacionais e bases de financiamento vêm sendo objeto de estudo para a legislação ordinária específica (Projeto de Lei da Reforma Sanitária).

As diretrizes que vêm orientando as propostas em estudo para a reorganização do setor podem ser sintetizadas em:

- universalização da atenção, isto é, direito de acesso de todo habitante do território nacional às ações e serviços de saúde;
- equidade no atendimento, isto é, ausência de qualquer tipo de discriminação na qualidade e na quantidade de ações e serviços, entre quaisquer grupos populacionais;
- integralidade das ações de saúde, isto é, ausência de dicotomia ou de discriminação institucional entre as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, nos diferentes níveis de atenção;
- descentralização, isto é, aproximação coerente da instância de tomada de decisões à execução da própria ação



finalística;

- participação, isto é, o reconhecimento de direitos dos usuários (da população) de exercerem o controle sobre a formulação e a execução da política de saúde, assegurando-se ao mesmo tempo a participação efetiva dos profissionais de saúde neste processo.

As carências e distorções atuais impõem, frente a estas diretrizes, a necessidade de uma Política Nacional de Saúde que se oriente pelos seguintes princípios organizativos:

- integração institucional, com comando único em cada esfera de governo, o que implica a constituição de um Sistema Único de Saúde em âmbito nacional;
- regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, de forma a assegurar o acesso aos recursos tecnológicos necessários ao atendimento de todo e qualquer paciente, na complexidade que cada caso mereça;
- distritalização, como forma de caracterizar a unidade operacional básica do Sistema Único de Saúde, com responsabilidade definida sobre uma dada população residente em uma determinada área, quanto às ações básicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, voltadas tanto para as pessoas quanto para o meio;
- gestão colegiada, como instrumento básico tanto da articulação entre os interesses das várias esferas do governo, como da participação dos vários segmentos sociais na formulação e controle da política e das práticas institucionais.

Partindo-se deste princípios organizativos, gerais, torna-se nesse momento essencial a participação dos Estados e Municípios na análise, à luz das condições específicas de cada região do país, das perspectivas e obstáculos à sua implementação, o que permitirá, num momento posterior, a consolidação de Planos Estaduais da Reforma Sanitária. Para subsidiar esta discussão, preparou-se um elenco de questões que relacionamos a seguir, à guisa de roteiro, com os comentários correspondentes.



1ª QUESTÃO: COMO SE DEVERÁ ESTABELECEER A DIVISÃO DE TRABALHO ENTRE OS NÍVEIS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL?

Em princípio caberia a cada esfera de governo executar aquelas ações cuja abrangência corresponda ao território sobre o qual tem jurisdição. Isto é, aquelas ações e serviços hoje mantidos pelos governos estadual e federal e de alcance municipal em princípio seriam transferidas com os respectivos recursos para o comando do município; aquelas que atendem a vários municípios, seriam da mesma forma colocadas sob comando estadual; e as de âmbito nacional seriam federais, cabendo ao nível federal a legislação e normalização das ações que se pretende tenham um mesmo padrão nacional. Isto permitiria romper com a duplicação de ações entre as diferentes esferas.

Ao nível federal caberia portanto formular a Política Nacional de Saúde, exercendo todas as funções de coordenação nacional, da mesma forma que competiriam aos Estados as ações de coordenação entre os municípios, com base em uma Política Estadual de Saúde.

Isto implica a definição de um Sistema de Informação de concepção nacional no que diz respeito aos dados necessários para um adequado acompanhamento, controle e avaliação em nível nacional, com os correspondentes desdobramentos compatíveis nos níveis estadual e municipal.

Em termos institucionais, o princípio do comando único implica que todas as atribuições de nível federal quanto à saúde (saúde pública, assistência médica, saúde ocupacional e saneamento, entre outras) devam ficar em um único Ministério. Durante o período de transição, coordenando e acompanhando a descentralização das instituições federais aos Estados e Municípios, se constituiria uma instância específica em âmbito federal (Grupo Executivo de Reforma Sanitária? Ministério da Reforma Sanitária?). Como o processo é conjunto, de acompanhamento e de descentralização, há que se conformar uma nova estrutura que seja responsável pelas novas funções federais, já que não se trata de fundir os atuais INAMPS, FSESP Hospitais Universitários, SUCAM, etc., pois seguramente a



quase totalidade dos serviços dessas instituições passariam para os níveis estadual e municipal.

A instituição responsável, política e administrativamente, pelas ações e serviços definidos como de caráter estadual ou de abrangência regional no âmbito dos Estados seria a Secretaria Estadual de Saúde; da mesma forma, a Secretaria Municipal de Saúde para o que for de âmbito municipal, considerando-se que pelo menos os serviços básicos de saúde devam ser integralmente transferidos com os respectivos recursos aos municípios. (5)

2ª QUESTÃO: COMO DEVERÁ SE ORGANIZAR A REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS?

Muito já foi dito sobre os conceitos de regionalização e hierarquização, que devem se constituir como orientadores essenciais para a organização da rede, estabelecendo as condições necessárias ao direcionamento e racionalização do fluxo da demanda.

No entanto, a busca da universalização do acesso, da equidade e da integralidade das ações com critério de qualidade levam a que se agreguem à idéia de articulação funcional da rede de serviços duas novas dimensões: a necessidade de cobertura de toda a população com as ações e serviços de saúde e a garantia da existência de todas as ações que correspondam ao conceito ampliado de saúde considerado. A condição para que isso ocorra é dada pela definição clara de responsabilidades de uma autoridade sanitária quanto à administração da "questão saúde" em relação a uma determinada população, localizada em uma certa área geográfica.

Daí a importância estratégica do conceito de distrito sanitário como a unidade operacional básica do Sistema Nacional de Saúde. Nesse nível, coincidirão as ações básicas de cuidado às pessoas com aquelas dirigidas ao meio, como vigilância sanitária, controle das condições de trabalho, vigilância ecológica, entre outras. Um critério fundamental que deve estar presente na conformação do Distrito Sanitário é o de resolatividade, ou seja, a busca de que esse nível de atenção se qualifique para equacionar autonomamente a maior quan-



tidade possível das questões de saúde que aí se apresentem.

O Distrito Sanitário não se limitaria, portanto, a uma única planta física, mas abrangeria o conjunto dos recursos humanos e instituições (ambulatorios e hospitais, públicos ou contratados sob controle público, centros de formação, etc.) existentes em uma localidade, configurando um complexo orgânico de serviços sócio-sanitários cuja delimitação geográfica seria definida por cada Estado, considerando a realidade local a partir de critérios previamente estabelecidos.

Entre o Distrito Sanitário e a administração central da Secretaria Estadual de Saúde cabe uma instância intermediária - a "região de saúde", como instância de coordenação e apoio técnico de vários Distritos Sanitários. Embora se possa objectar que a regionalização por distritos e regiões de saúde não represente novidade no país, é importante lembrar que a grande inovação não está no critério de regionalização e sim no fato de que, ao contrário dos distritos e regiões até aqui constituídos no âmbito exclusivo dos serviços estaduais de saúde, voltados a uma demanda restrita e carente, os distritos e regiões aqui referidos integrarão todos os serviços públicos e privados contratados de uma dada localidade (INAMPS, FSESP, etc.), o que permitirá a coordenação das atividades e a definição de prioridades, evitando-se a pulverização dos recursos. Enquanto o Distrito Sanitário deve ter uma subordinação administrativa municipal (ou de consórcio de municípios), a região de saúde é uma estrutura eminentemente estadual, podendo caber a ela algumas ações de abastecimento, quando for mais eficiente um processo de compra centralizado. Os níveis secundário e terciários de atenção poderão ser tanto municipais quanto estaduais, em função de sua área de abrangência, havendo uma tendência (com exceção das grandes cidades) de que sejam estaduais.

3ª QUESTÃO: COMO FICARÁ A RELAÇÃO DO SETOR PÚBLICO COM OS SERVIÇOS PRIVADOS NUMA ESTRUTURA DESCENTRALIZADA?

Os contratos com a rede privada deverão ser regidos pelo direito público, assegurando-se o controle pelo Estado e pelos Municípios da qualidade dos serviços prestados.



Os contratos deverão ser firmado em acordo trilateral (convênio entre o Estado, a empresa médica e o município ou o consórcio de municípios), criando mecanismos solidários de programação, controle e avaliação, bastando para a sua rescisão a decisão de uma das partes. Desta forma, os contratos com a rede privada serão realizados em nível de Estado, com interveniência dos municípios, exceto em situações excepcionais, prevista em lei específica, quando deverão ser realizados em âmbito federal.

4ª QUESTÃO: COMO FICARÁ A GESTÃO DO SISTEMA PELAS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS?

Como instância máxima planejadora no país ter-se-ia o Conselho Nacional de Saúde (CNS), composto por membros representativos do Governo Federal e Estadual, da Sociedade Civil e dos segmentos organizados vinculados ao setor saúde. O CNS, ligado funcionalmente ao Ministério Único da Saúde, definiria o planejamento, a programação orçamentária e os critérios de repartição do FUS (Fundo Único de Saúde), cujos recursos seriam repassados para os FUES (Fundos Estaduais de Saúde), cuja programação/orçamentação integrada seria feita pelos Conselhos Estaduais de Saúde. Estes, por sua vez, teriam composição análoga ao CNS, com representação dos municípios e segmentos organizados do setor saúde, e estariam ligados funcionalmente às Secretarias Estaduais de Saúde que repassariam os recursos dos FUES aos Municípios, segundo critérios definidos pelos CES, através dos Fundos Municipais de Saúde, geridos pelos Conselhos Municipais e Distritais de Saúde.

Ao buscar uma maior racionalidade na aplicação dos recursos públicos - que deverão ter um aumento considerável para assegurar a universalização pretendida e cujas possíveis fontes de receita estão em estudo - a Reforma Sanitária revela sua dimensão estratégica de reforma administrativa e financeira do Sistema Nacional de Saúde. Somente a partir desta perspectiva se poderá assegurar uma nova visão dos serviços públicos em saúde no país. Para viabilizar este processo, duas condições se revelam essenciais.

De um lado, o fortalecimento da capacidade gerencial dos

Estados e Municípios para a gestão dos recursos humanos e materiais das unidades de outras esferas do governo transferidas para o seu âmbito. Uma possibilidade a ser estudada por cada Estado é a criação de autarquias ou Fundações geridas por um Conselho presidido pelo Secretário Estadual de Saúde, agilizando os mecanismos operacionais das novas atribuições, o que poderia facilitar o encaminhamento do processo da Reforma Sanitária. Alguns Estados já detêm estruturas de administração indireta nesse sentido. Cada Fundação ou Autarquia teria subsidiárias distritais cuja administração seria indicada pelos Prefeitos para operacionalizar as ações de nível distrital. Deve-se, no entanto, estudar a melhor forma ou estrutura administrativa para revestir estes órgãos.

Outra alternativa estaria dada pela existência de distritos maiores que a extensão territorial dos municípios e pela possibilidade de criação de consórcios municipais para operacionalizar as ações de saúde ao nível dos distritos sanitários. Neste caso o financiamento dos distritos seria dado pela composição de diversos FUMS e gerido pela administração do consórcio. (2)

5ª QUESTÃO: COMO FICARÁ A QUESTÃO DA ISONOMIA SALARIAL?

Condições dignas de trabalho e remuneração constituem pré-requisito essencial para viabilizar a Reforma Sanitária. Entre outras, destaca-se a isonomia salarial, que permite eliminar uma discriminação insustentável: seria impossível justificar, em um sistema único de saúde, salários diferentes para funções iguais, na convivência em um mesmo espaço - o distrito sanitário - de profissionais dos Estado, do Município e do Governo Federal.

Parece contudo inviável reivindicar a isonomia salarial como uma padronização nacional de cargos e salários: como alerta Solon Vianna (3), seria imprudente dar tratamento igual em todo o país a situações e peculiaridades heterogêneas por natureza, além do que o custo da implantação da isonomia salarial de todas as Secretarias Estaduais de Saúde com o INAMPS - e abrangendo apenas as categorias de nível superior - é elevado, tendo sido estimado em CZ\$ 2,5 bilhões (1986). (4)

Para uma visão mais clara deste problema, será necessário que cada Estado estime o custo da isonomia salarial em seu âmbito.

Não basta, no entanto, relegar a isonomia à condição de objetivo a ser alcançado ao nível de cada subsistema estadual e municipal, fazendo com que cada Município ou Estado encontre suas próprias soluções para a política de recursos humanos. Algumas medidas a curto prazo já podem ser tomadas no âmbito de uma política nacional no setor:

1. Determinar, como propõe Vianna, um só local de trabalho para os médicos com mais de um vínculo com o setor, estabelecendo a partir do emprego único condições dignas de trabalho. (6)
2. Proibir a "dupla militância" dos profissionais de saúde, entendida como a simultaneidade entre o assalariamento e o credenciamento, bem como a simultaneidade entre a propriedade de empresa privada e cargo de chefe no setor público.
3. Na fase de transição, assegurar que a transferência aos distritos sanitários dos profissionais de saúde provenientes dos níveis federal e estadual se dê sem prejuízo dos vínculos e direitos trabalhistas relativos às instituições de origem.
4. Proibir novas contratações em âmbito federal, no campo da prestação de serviços de saúde, levando à diminuição progressiva e espontânea do quadro, através de aposentadorias, desligamentos e licenças.
5. As novas contratações se fariam pelo princípio da isonomia entre Estados e Municípios.

6ª QUESTÃO: COMO SE CONSTITUIRÃO AS COMISSÕES ESTADUAIS DA REFORMA SANITÁRIA?

O processo de constituição das Comissões Estaduais da Reforma Sanitária não deverá ser um procedimento meramente formal. Deverá partir de um amplo debate iniciado neste momento de transição de governo em cada Estado, tendo sempre que possível, como elemento nuclear, as CIS e abrindo espaço à pa



ticipação da sociedade através de representações dos segmentos organizados, como Associações de Moradores, Sindicatos, profissionais de saúde, bem como de representações de instâncias do poder político, como a Comissão de Saúde da Assembleia Estadual e a representação do poder municipal.

Tais comissões, uma vez consolidadas com a posse dos novos Governadores, deverão cumprir papel fundamental para a unificação do sistema de saúde em cada Estado, cabendo-lhes criar as condições políticas e técnicas para a viabilização do projeto da Reforma Sanitária. Contudo, este projeto pouco avançará sem um real envolvimento de cada um dos Municípios e sem a sua efetiva participação no processo decisório e na mobilização das bases para a conquista da saúde.

Dentre as possíveis funções das Comissões Estadual da Reforma Sanitária, podemos destacar: (1)

1. Discutir a aplicabilidade e adequação dos conceitos e critérios de organização do sistema único em relação à realidade de cada Estado;
2. Desencadear o processo de regionalização em seu âmbito:
 - Definição dos conceitos e critérios de regionalização.
 - Elaboração dos projetos.
 - Discussão e aprovação de cronograma de desenvolvimento e implantação.
 - Definição de critérios de alocação e realocação de recursos de acordo com a demanda e a tecnologia empregada.
3. Diagnóstico de situação dos profissionais de saúde quanto a número, emprego e salário com vistas à formulação de planos de cargos e carreira em cada Estado que contemplem a isonomia salarial.
4. Definição da Política de Aplicação de Recursos, tendo em vista os planos e projetos em direção à reforma sanitária, bem como a situação de transição (aprofundar e garantir a POI em cada unidade, segundo os critérios da CERS). Avaliar os custos, no Estado, da universalização pretendida.
5. Definição e implementação da Política de Insumos e



Tecnologia, articulando-a com instituições de ensino e pesquisa.

6. Oferecer, ainda que no estágio preliminar das discussões, subsídios à Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com propostas e sugestões de adequação ou aperfeiçoamento.

As contribuições de cada Estado e Município a esta coordenação deverão ser encaminhadas a:

Cristina de Albuquerque Possas

Coordenação dos Grupos Técnicos de Assessoramento à Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Fundação Oswaldo Cruz - Presidência

Avenida Brasil, 4365 - Manguinhos

Cep: 20.000 - Rio de Janeiro

Tel: (021)590-0629/590-1063



REFERÊNCIAS

- (1) Rodriguez Neto, E. e Rodriguez da Silva, L.A.S. - Elementos organizacionais básicos do Sistema Único de Saúde - Trabalho do grupo Arcabouço Institucional da Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.
- (2) Médici, A.C. - Propostas sobre o sistema de financiamento do setor saúde no Brasil - Alternativas para a Reforma Sanitária, CNRS, 1986.
- (3) Vianna, S.M. e Piola, S.F. - Os Desafios da Reforma Sanitária, Brasília, DF, 1986.
- (4) Mendes, E.V. - Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde, 8ª CNS, março de 1986.
- (5) Santos, N.R. - Proposta: Redefinição dos Papéis Federal, Estadual, Regional e Municipal na Área de Saúde - Trabalho apresentado à CNRS, 1986 (mimeo).
- (6) Campos, F.E., Fekete, M.C., Leite, M.T.T., Oliveira Jr. M. e Girardi, S.N. - Considerações preliminares acerca da isonomia salarial médica com emprego único no setor público - Trabalho apresentado à CNRS, 1986 (mimeo), NESCON/UFGM.

