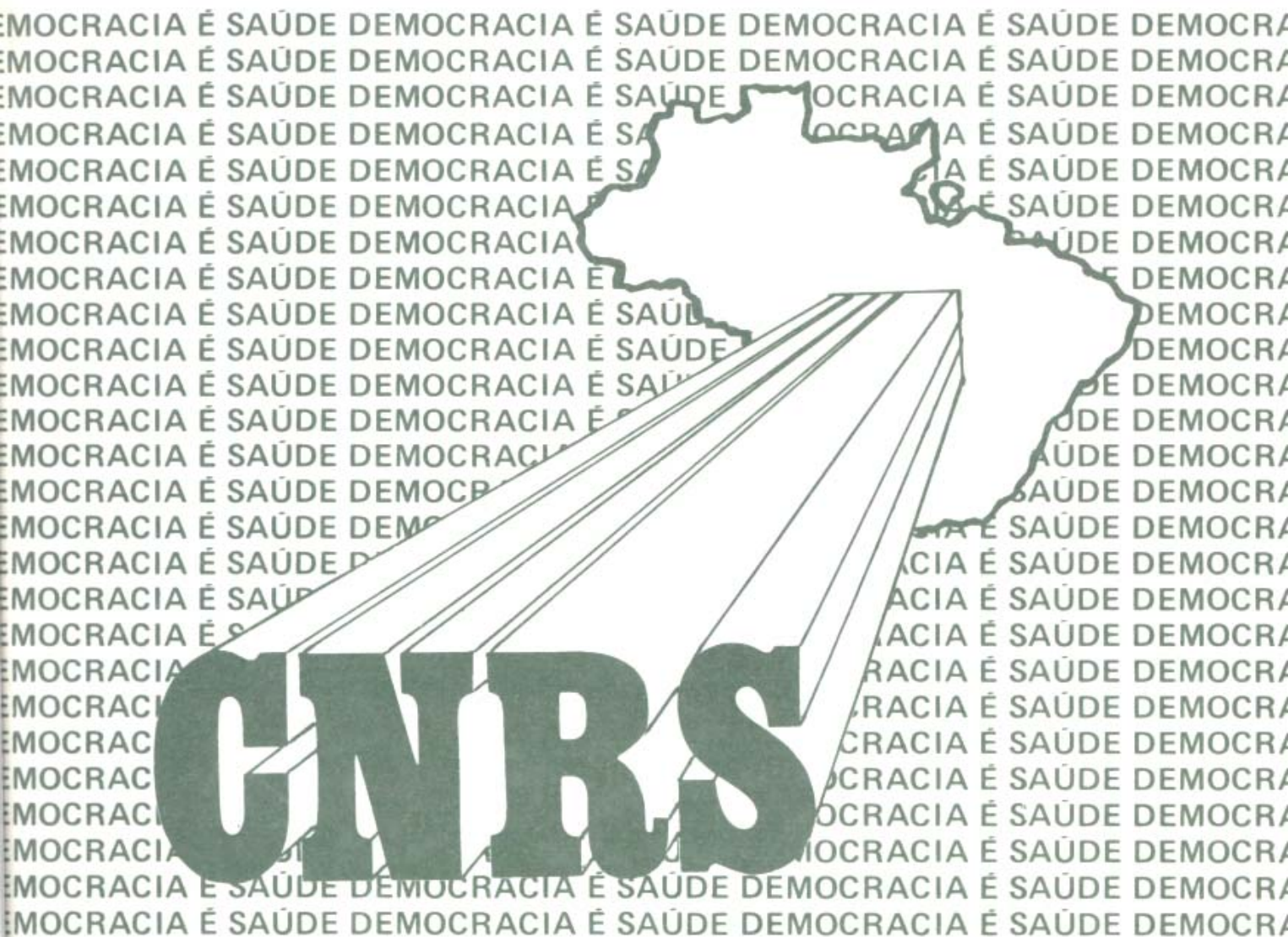


# Documentos II



## COMISSÃO NACIONAL DA FORMA TÁRIA

AGE  
WA670  
B823c  
v.2,e.2  
1986

Presidente da República  
JOSÉ SARNEY  
Ministro da Saúde  
ROBERTO FIGUEIRA SANTOS  
Ministro da Previdência e Assistência Social  
RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES  
Ministro da Educação  
JORGE KONDER BORNHAUSEN

#### COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA

(Membros efetivos e suplentes)

André Montalvão da Silva — CONTAG  
Antonio Alves de Souza — MTb  
Antonio Sérgio da Silva Arouca — MS/FIOCRUZ  
Carlos Eduardo Ferreira — CNA  
Carlos Henrique Abreu Mendes — SESMA/MDU  
Carlos Saraiva e Saraiva — FNM  
Flávio Alberto de Andrade Goulart — SMS  
Francisco Ubiratan Dellape - CNC  
Frederico Valente — MDU  
Geraldo Justo — CMB  
Hésio de Albuquerque Cordeiro — MPAS/INAMPS  
João José Candido da Silva — MC/SESU  
João Yunes — SESMA  
José Alberto Hermógenes de Souza — SGMS (Coordenador)  
José Eduardo Cassiolato — MCT  
José Luiz Riani da Costa — MTb  
José Carvalho de Noronha — MPAS/INAMPS  
José Saraiva Felipe — MPAS/SSM  
Laércio Valença — CONASS  
Maria Aladilce de Souza — CONAM  
Maria de Fátima Cantidio Motta — CNI  
Maria José dos Santos Rossi — ABEN  
Maria Luiza Jaeger — CUT  
Mourad Ibrahim Belaciano — MPAS/SSM  
Nelson Rodrigues dos Santos — SMS  
Otávio de Azevedo Mercadante — CONASS  
Paulo Elpidio de Menezes Netto — MEC/SESU  
Reinaldo Felipe Nery Guimarães — MCT  
Roberto Assis Ferreira — CGT  
Roberto Domingos Gabriel Chabo — FNM  
Roney Edmar Ribeiro — CONASS  
Rubem Fonseca — MDU  
Sérgio Francisco Piola — SEPLAN  
Sílio Nascimento Andrade — FBH  
Solon Magalhães Vianna — SEPLAN  
Representante da Comissão de Saúde do Senado  
Representante da Comissão de Saúde da Câmara

**COMISSÃO  
NACIONAL DA  
REFORMA  
SANITÁRIA**

---

SECRETARIA TÉCNICA DA COMISSÃO NACIONAL DA  
REFORMA SANITÁRIA

Coordenador Geral: *Arlindo Fábio Gómez de Sousa*

Coordenadora Técnica: *Cristina de Albuquerque Possas*

Assessoria Técnica: *Eleutério Rodrigues Neto*  
*Luiz Cordoni Júnior*

Assessoria de Imprensa: *Thereza Christina de Aguiar Tavares*  
*Luiza Helena Mariani*

Apoio Administrativo: *Marilza Alves Silveira*  
*Tânia Márcia Pereira Martins*  
*Marilene Rocha de Sousa*  
*Cláudio da Silva Gonçalves*

Assessoria Administrativa: *Pedro Paulo Oliveira de Carvalho*  
*Valéria da Silva*  
*Francisco Duarte Júnior*

Edição: *Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária*  
*Av. Brasil, 4365 Pav. Mourisco*  
*21.040 - Rio de Janeiro – RJ*  
*Tel.: (021) 590-0629/290-0287*  
*Telex: (021) 23239*

Coordenação Editorial: *Arlindo Fábio Gómez de Sousa e*  
*Paulo Marchiori Buss*

Capa: *Manoel Caetano Mayrink*

---

## SUMÁRIO

Apresentação .....	5
Proposta para o componente Saúde da nova Constituição Brasileira .....	7
Proposta de conteúdo para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde ....	13



---

## APRESENTAÇÃO

Esta publicação contém os dois documentos que foram aprovados pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

O primeiro, *Proposta para o Componente Saúde da Nova Constituição Brasileira*, representa a síntese dos debates da Comissão e é sua mais importante contribuição ao debate político atual, aprofundando e atualizando — sem alterar a direção — as conclusões da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, as quais serviram de base para todos os trabalhos da CNRS.

O segundo, *Proposta de Conteúdo para uma Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde*, complementar ao primeiro — porque sua explicitação — é a contribuição da CNRS ao amplo debate que se pretende continue visando o estabelecimento da lei do novo Sistema Nacional de Saúde e legislações estaduais e municipais decorrentes.

Em anexo ao primeiro documento vão as propostas que foram minoritárias nos processos de votação. No segundo, essas propostas minoritárias vão ao pé das páginas onde o assunto é tratado.

Este DOCUMENTOS II tem uma tiragem de 20.000 exemplares que serão enviados para órgãos de representação da sociedade, imprensa, serviços de saúde, parlamentares e interessados, que fizeram chegar seus pedidos à Secretaria Técnica da Comissão, com o objetivo de ampliar ao máximo o debate sobre saúde para que o setor continue a se fortalecer técnica e politicamente, viabilizando assim a REFORMA SANITÁRIA de que o Brasil necessita.

Rio de Janeiro, maio de 1987

*Arlindo Fábio Gómez de Sousa*





# Proposta para o componente saúde da nova Constituição Brasileira

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária em sua VIII Reunião, realizada nos dias 30 e 31 de março de 1987, no Rio de Janeiro, aprovou o texto abaixo como proposta para o componente SAÚDE da nova Constituição Brasileira.

## **Art.1.º**

– A saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes do território nacional, sem qualquer distinção.

### **§ Único:**

O direito à saúde implica:

I – condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;

II – respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;

III – informações sobre os riscos de adoecer e morrer incluindo condições individuais e coletivas de saúde;

IV – dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito à escolha e à recusa;

V – recusa aos trabalhos em ambiente insalubre ou perigoso ou que represente grave e iminente risco à saúde quando não forem adotadas medidas de eliminação ou proteção aos riscos;

VI – opção quanto ao tamanho da prole;

VII – participação, em nível de decisão, na formulação das políticas de saúde e na gestão dos serviços.

#### **Art. 2º.**

É dever do Estado:

I – implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir o risco de doenças e de outros agravos à saúde;

II – assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis;

III – assegurar, com essa finalidade, a existência da rede pública de serviços de saúde.

#### **Art. 3º.**

– O conjunto de ações de qualquer natureza na área da saúde, desenvolvido por pessoa física ou jurídica, é de interesse social, sendo responsabilidade do Estado sua normatização e controle.

#### **§ 1º**

– A lei definirá a abrangência, as competências e as formas de organização, financiamento e coordenação inter-setorial do Sistema Nacional de Saúde, constituindo-o como sistema único segundo as seguintes diretrizes:

I – integração das ações e serviços com comando político-administrativo único em cada nível de governo;

II – integralidade e unidade operacional das ações de saúde adequadas às realidades epidemiológicas;

III – descentralização político-administrativa que respeite a autonomia dos estados e municípios de forma a definir como de responsabilidade desses níveis a prestação de serviços de saúde de natureza local ou regional;

IV – participação, em nível de decisão, de entidades representativas da população na formulação e controle das políticas e das ações de saúde em todos os níveis.

**§ 2.º**

– É assegurado o livre exercício de atividade liberal em saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde.

**§ 3.º**

– A utilização de serviços de saúde de natureza privada pela rede pública, se fará segundo necessidades definidas pelo poder público, de acordo com normas estabelecidas pelo direito público.

**Art 4.º**

– O Estado mobilizará, no exercício de suas atribuições, os recursos necessários à preservação da saúde, incorporando as conquistas do avanço científico e tecnológico segundo critérios de interesse social.

**Art. 5.º**

– As atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos essenciais para a saúde, subordinam-se à política nacional de saúde e são desenvolvidas sob controle estatal, com prioridade para os órgãos públicos e empresas nacionais, com vistas à preservação da soberania nacional.

**Art. 6.º**

– O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será provido com recursos fiscais e para-fiscais com destinação específica para a saúde, cujos valores serão estabelecidos em lei e submetidos à gestão única nos vários níveis de organização do Sistema Nacional de Saúde.

**§ Único**

– O volume mínimo dos recursos públicos destinados pela união, estados, territórios, Distrito Federal e municípios, corresponderá anualmente a 12% (doze por cento) das respectivas receitas tributárias.

**Disposições Transitórias:**

I – A Previdência Social alocará o mínimo de 45% (quarenta e cinco por cento) da contribuição patronal ao Fundo Nacional de Saúde.

II – Os recursos da Previdência Social destinados ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde, serão gradualmente substituídos por outras fontes, a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance o equivalente a 10% (dez por cento) do Produto Interno Bruto.

## **Propostas apresentadas e que foram minoritárias nos processos de votação para a elaboração da proposta do conteúdo de Saúde para o novo texto constitucional**

### **Artigo 1.º**

1 – A CNC e CNI votaram contra "A Saúde" no **caput** do artigo, propondo "A Proteção à Saúde".

2 – A CNI e CNC apoiaram a proposta da SEPLAN de não incluir a especificação dos itens do parágrafo único.

3 – A redação final do parágrafo único é resultante da composição entre as propostas apresentadas pelo representante do MS (Sec. Geral) e representante da CUT, cujas são apresentadas a seguir.

### **A) § 1.º**

O direito à saúde implica:

- condições dignas de trabalho, moradia, saneamento, alimentação, educação, transporte e lazer;
- respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;
- informações sobre os riscos de adoecer e morrer;
- dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito à escolha e à recusa;

- direito à proteção quando do trabalho insalubre;
- opção quanto ao tamanho da prole;
- participação na formulação da Política Nacional de Saúde e na gestão dos serviços.

### **B) § 1.º**

O direito à saúde implica na garantia do direito da liberdade da utilização do corpo; da livre expressão, organização, participação social, constituição da família e inclui, dentre outros, os seguintes direitos:

- estabilidade no emprego com salário que cubra as necessidades do indivíduo e sua família e ambiente de trabalho livre de risco de qualquer natureza;
- moradia digna com todos os serviços básicos de infra-estrutura incluindo lazer, saneamento básico e facilidade de acesso ao local do trabalho;
- alimentação adequada em volume calórico;
- informação sobre os riscos e condições individuais e coletivos de saúde;
- controle estatal, do movimento popular e sindical, das condições de salubridade do meio ambiente e de trabalhos;
- assistência integral e gratuita sem qualquer fator de discriminação e garantia de opção pelo tratamento;
- recusa aos trabalhos em ambientes insalubres, perigosos ou que represente grave e iminente risco à saúde quando não forem adotadas medidas de eliminação dos riscos, sendo vedado qualquer punição ou redução da remuneração;
- participação, com poder decisório, na formulação, controle e avaliação da Política Nacional de Saúde.

### **Artigo 2.º**

- MCT, CNI, CNC, MS (Secretário Geral) apoiaram a proposta alternativa apresentada pela SEPLAN, cujo texto vai a seguir.
- “É dever do Estado implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir o risco de doenças e outros agravos à saúde, bem como assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde providos pelo poder público”.

### **Artigo 3.º**

- O texto final do caput do artigo foi aprovado com abstenção da representante da CUT que propôs a inclusão de "execução" como responsabilidade do Estado.

**§ 1.º**

I – aprovado com abstenção da SEPLAN.

II – aprovado com abstenção da SEPLAN.

III – aprovado com voto contrário da SEPLAN que propôs "responsabilidade exclusiva".

**§ 3.º**

– CGT, ABEM e CONAM apoiaram a proposta da CUT de que este parágrafo fosse colocado em disposição transitórias iniciando sua redação por: "Em caráter transitório".

**Artigo 5.º**

1 – MTR, ABEM, FNM, CONAM e SEPLAN apoiaram a proposta da CUT de eliminar"... com prioridade para os órgão públicos e empresas nacionais...".

2 – CNI e CMB apoiaram a proposta da CNC para que o texto concluísse após"... política nacional de saúde...".

## **Proposta de conteúdo para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde**

### **A) Considerações Preliminares**

Embora se afirme que existe no Brasil um "sistema de saúde", o seu baixo nível de coordenação, a ausência de objetivos comuns e a dicotomia institucional entre as ações de saúde pública e de assistência médica fazem com que este acabe muitas vezes caracterizado como um "não-sistema".

A institucionalização, no país, de um Sistema Nacional de Saúde em bases realistas e com capacidade operativa requer, como pré-condição, a definição de uma Política Nacional de Saúde que o direcione no sentido da transformação da realidade sanitária. Em outras palavras, é quase impossível implantar-se um sistema de saúde racional, sem a sustentação de uma Política Nacional de Saúde explícita e respeitada, capaz de estabelecer diretrizes normativas que orientem e fixem os procedimentos decisórios relativos à nova configuração que se pretende conferir ao sistema.

Não se trata, portanto, simplesmente, como poderia parecer à primeira vista, da construção abstrata, numa perspectiva de organização sistêmica do setor saúde, de um novo Arcabouço Institucional estabelecido por dispositivos legais.

É necessário considerando os atuais objetivos, distorções e tendências do sistema de saúde existente definir uma estratégia de transição que estabeleça as condições para a institucionalização do novo Sistema Nacional de Saúde sujeito, de acordo com as peculiaridades de cada Estado brasileiro, a ajustes e correções ao longo de sua implantação.

Nesse sentido, a construção do novo Sistema Nacional de Saúde deve ser vista como o resultado de um processo político que, redefinindo procedimentos de comunicação, avaliação e controle, criará as condições para o estabelecimento de novas instâncias de decisão e legitimidade do poder conferido, respaldadas por novos dispositivos legais.

Em outras palavras, a construção da Reforma Sanitária, de um novo Sistema Nacional de Saúde, deve ser entendida como um processo de mudanças definidos segundo as diretrizes da nova Política Nacional de Saúde.

## **B) Recomendações**

### I. Quanto aos elementos constitutivos do Sistema Nacional de Saúde

A nova lei do SNS deverá abranger todas as ações e serviços de saúde existentes no território nacional. Identificam-se hoje quatro setores:

a) O **Setor Público**, que corresponde ao conjunto de instituições e estabelecimentos de saúde de natureza pública, federal, estadual e municipal.

b) O **Setor Privado Não Lucrativo Filantrópico Conveniado**, que corresponde ao conjunto de serviços de saúde desenvolvidos por entidades filantrópicas comunitárias, conveniadas para integrar as responsabilidades públicas de saúde, e por isso, de caráter público.

c) O **Setor Privado Lucrativo Conveniado**, que corresponde ao conjunto de serviços de saúde desenvolvidos por pessoas físicas ou jurídicas, de natureza privada, conveniados com recursos públicos para complementar a necessidade de prestação de serviços à população e vinculados ao setor público por normas estabelecidas pelo direito público, ou seja, sob hegemonia do interesse público.

d) O **Setor Privado Lucrativo Autônomo**, que corresponde ao conjunto de serviços de saúde desenvolvidos por pessoas físicas ou jurídicas de natureza privada, destinados ao atendimento de pessoas que os procuram livremente e os remuneram diretamente ou através de mecanismos consorciados civis, independentemente de qualquer subsídio ou financiamento do setor público, cabendo ao Estado sua normatização e controle.

---

\*Na subdivisão do setor saúde, o representante da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, considerou que o setor privado é único, não devendo ser subdividido entre não lucrativo e lucrativo, e por isso, contemplado uniformemente no Sistema Nacional de Saúde.



Com a finalidade de garantir a universalização, a equidade e a integralidade das ações de saúde deverá se constituir a Rede Nacional de Serviços de Saúde (RENASSA), organizada de forma regionalizada e hierarquizada.\*\*

Dada a complexidade da assistência e a extensão do país, deverão ser elementos constitutivos da RENASSA o setor público e o setor privado filantrópico não lucrativo conveniado, que passará a ter natureza público.

Adicionalmente, em caráter transitório, poderá fazer parte da RENASSA sob controle estatal o setor privado lucrativo contratado até que o setor público possa substituí-lo através de seus serviços próprios.

Os contratos com o setor privado serão sempre regidos pelas normas do direito público que assegurem o controle estatal sobre as ações desenvolvidas, devendo os convênios ser firmados por acordo trilateral (Estado, Município e Setor Privado).

A prioridade da RENASSA será para o setor público. Esgotada a capacidade instalada deste, serão conveniadas entidades sem finalidade lucrativa e com finalidade lucrativa, nesta ordem de prioridade.

## II. Quanto ao campo de atuação

A atuação através da RENASSA deverá se dar sob o princípio fundamental da integralidade da ação. Isto é, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito interno do Sistema Nacional de Saúde devem ser contínuas e integradas, intra e inter-setorialmente, incidindo planejada e organizadamente sobre toda a cadeia epidemiológica, evitando-se programas e ações isoladas.

---

\*\*Quanto ao Sistema Nacional de Saúde, os representantes da CUT, ABEN, CONAM e FNM tinham a seguinte posição: O Sistema Nacional de Saúde será constituído pelo conjunto de instituições e estabelecimentos de saúde estatais de natureza pública, nos níveis federal, estadual e municipal, e terá como atribuição a prestação direta de serviços de promoção, proteção, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde, com atendimento universal e igualitário em todos os níveis, sem discriminação.

O Sistema Nacional de Saúde será gerenciado por um órgão único no nível federal, estadual e municipal, respectivamente Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, e com a participação, em nível de decisão, das entidades populares na formulação, controle e avaliação da política nacional de saúde nos níveis federal, estadual e municipal.

Será, também, atribuição do Sistema Nacional de Saúde, através de legislação específica, a supervisão e controle das ações promovidas pela iniciativa privada.

Após a promulgação da nova lei do Sistema Nacional de Saúde, deverá ser feito levantamento dos recursos necessários a implantação do sistema estatal que atenda os objetivos da universalização e da boa qualidade do atendimento.

A estatização se dará através do estabelecimento imediato de um projeto de transição do setor privado para o estatal, com suspensão dos recursos aplicados no setor privado, com utilização destes recursos na ampliação e plena ocupação dos serviços próprios. Intervenção nos recursos fraudadores e desapropriação dos serviços necessários estrategicamente ao pleno funcionamento do sistema.

Durante o período de realização do levantamento, esgotada a capacidade estatal instalada, poderão ser comprados serviços de entidades privadas através de contratos com normas estabelecidas pelo direito público, assegurando mecanismos de controle por parte do Estado da qualidade dos serviços prestados.

Assim localizam-se, entre outras ações, com tal objetivo as abaixo descritas:

- assistência integral à saúde;
- vigilância epidemiológica;
- vigilância nutricional e alimentar;
- vigilância sanitária;
- participação no controle das condições de trabalho;
- participação no controle das condições de saneamento e do meio ambiente;
- informação em saúde;
- pesquisa e desenvolvimento tecnológico;
- produção, controle e distribuição de insumos estratégicos;
- planejamento e administração em saúde e
- desenvolvimento e administração de Recursos Humanos em saúde.

### III. Quanto à divisão de trabalho entre os níveis Federal, Estadual e Municipal

Os níveis federal, estadual e municipal deverão ter cada qual atribuições bem definidas, atuando, no entanto de forma sinérgica e articulada, num processo de apoio logístico recíproco, visando a compensação das deficiências e insuficiências transitórias ou específicas em cada instância de atuação.

As ações da Rede Nacional de Serviços de Saúde deverão se realizar, pois, segundo os seguintes níveis de atribuição governamentais:

#### **A) União**

1 – Gestão, coordenação, controle e avaliação do SNS, em nível nacional, com papel predominantemente normativo e de articulação inter-setorial, com a participação dos níveis estadual e municipal.

2 – Elaboração com a participação dos níveis estadual e municipal do plano nacional de saúde e suas estratégias globais.

3 – Execução direta dos serviços e ações de saúde, de pesquisa e apoio técnico, de abrangência ou caráter nacional.

4 – Regulamentação das relações entre o setor público e o setor privado de prestação de serviços de saúde.

5 – Gestão de Fundo Nacional de Saúde e efetivação dos repasses para os Fundos Estaduais de Saúde conforme os critérios definidos.

6 – Implementação, em conjunto com os níveis estaduais e municipais, do Plano Nacional de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos no Setor Saúde.

7 – Implementação, em conjunto com os níveis estaduais e municipais, do Plano Nacional de Informação em Saúde.

8 – Implementação, em conjunto com os níveis estaduais e municipais, do Plano Nacional de Incorporação e Desenvolvimento de Tecnologia em Saúde, e de Produção e Fornecimento de Insumos Estratégicos: Equipamentos, Medicamentos, Imunobiológicos, Sangue e Hemoderivados.

## **B) Estados, Territórios e Distrito Federal**

1 – Planejamento, gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Nacional de Saúde em nível estadual.

2 – Compatibilização das normas e diretrizes federais, com o quadro jurídico-legal da Unidade Federativa e as peculiaridades do Sistema de Saúde em nível estadual.

3 – Execução direta dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual ou micro-regional, com ênfase no Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica. Os serviços de caráter micro-regional poderão ser executados em situações favoráveis, por município(s) da micro-região.

4 – Celebração, gestão e controle dos convênios realizados com os prestadores privados de serviços, com interveniência dos níveis municipais.

5 – Gestão do Fundo Estadual de Saúde e efetivação de repasses para os Fundos Municipais de Saúde, conforme critérios estabelecidos.

6 – Elaboração e coordenação do Plano Diretor Estadual de Serviços de Saúde, com vistas à implementação da cobertura universal da população e do território estadual pelos serviços de saúde.

7 – Implementação, em conjunto com o nível federal e com o nível municipal, dos sistemas estaduais de administração e desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde, de informação em saúde, de desenvolvimento tecnológico e produção de insumos básicos.

## **C) Municípios**

1 – Planejamento, gestão, coordenação, controle e avaliação do sistema de saúde em nível municipal.

2 – Execução direta dos serviços e ações de saúde de abrangência ou caráter municipal, com ênfase nos serviços básicos de saúde, na vigilância sanitária e na saúde ocupacional e controle de doenças endêmicas.

3 – Gestão do Fundo Municipal de Saúde.

4 – Implementação, em conjunto com os níveis federal e estadual, dos sistemas municipais de administração e desenvolvimento de recursos humanos em saúde e do sistema de informação em saúde.

Esta nova configuração do sistema de saúde requer que cada esfera de governo execute aquelas ações através dos serviços 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 princípios deverão ser transferidos com os respectivos recursos para o comando do município; aquelas que atendam a vários municípios ou sejam de alcance estadual deverão ser colocadas sob comando estadual; e as de âmbito nacional deverão ser federais, cabendo ao nível federal a legislação e normatização das ações que se pretende tenham um mesmo padrão nacional. Isto permitirá romper com a duplicação de ações entre as diferentes esferas.

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

Isto implicará 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 devam ficar em um único e novo Ministério da Saúde, capaz de implantar a Reforma Sanitária que deverá coordenar e acompanhar a descentralização das instituições federais aos Estados e Municípios.

Como o processo de transição envolverá simultaneamente o acompanhamento e a 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 nova Secretaria Estadual de Saúde; da mesma forma, a Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente 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.

#### IV – Quanto à inter-setorialidade

O reconhecimento do caráter inter-setorial da ação de saúde implica em que se proveja mecanismos jurídico-legais e administrativos de articulação intersetorial, que permitam:

- a formulação integrada das políticas sociais e setoriais, de acordo com os interesses e necessidades da política nacional de saúde;
- a avaliação do impacto dos vários setores sobre os níveis de saúde da população.

Com vistas ao desenvolvimento do componente inter-setorial serão constituídos comitês de articulação inter-setorial do Sistema Nacional de Saúde, em relação a cada uma das áreas inter-setoriais referidas.

São consideradas áreas de interseções programáticas do setor saúde com outros setores da vida nacional:

- saneamento e meio ambiente;
- abastecimento de alimentos básicos;
- formação de Recursos Humanos em saúde;
- ciência e tecnologia;
- produção e fornecimento de equipamentos, medicamentos e outros insumos básicos;
- habitação e ocupação de espaços urbanos e rurais;
- relações e condições de trabalho.

#### V. Diretrizes da Rede Nacional de Serviços de Saúde

A RENASSA deve estabelecer-se segundo diretrizes comuns de organização, financiamento, gestão, recursos humanos e sistema de informação:

##### **A) Quanto à organização**

1 – **Integração Institucional** com comando único em cada esfera de governo. Isso significa a existência de uma única instituição pública em cada nível de governo, responsável pelas atribuições correspondentes – no nível federal, o novo Ministério da Saúde, no estadual, as Secretarias Estaduais de Saúde e no municipal as Secretarias Municipais de Saúde ou equivalentes.

##### 2 – Distribuição físico-funcional da rede

a) os serviços públicos e conveniados deverão se organizar em uma rede única, em cada Unidade Federada, dividida conforme critérios de regionalização e hierarquização. A hierarquia dos serviços de saúde deverá se dar de acordo com critérios de complexidade tecnológica em níveis de atenção primária, secundária e terciária.

b) o módulo administrativo final do sistema será constituído por uma rede integrada de serviços de saúde ao nível local com as seguintes características:

- cobertura da totalidade dos habitantes da área territorial de sua abrangência, com vinculação da clientela aos serviços do nível primário de atenção;
- abrangência das ações de saúde compatível com o **princípio da integralidade** que fundamenta o campo de atuação da RENASSA;
- resolutividade do atendimento até o nível secundário de atenção;
- gestão participativa que deve implicar em efetivo poder em nível de decisão e de controle das ações dos serviços de saúde;
- delegação por parte do órgão de gestão acima referido a uma autoridade executiva única de competência para ordenação de despesa e dos demais sistemas administrativos;
- fácil identificação, pela população, da instância única responsável pelas ações dos serviços de saúde;

c) o módulo administrativo final não é uma nova instância de poder nem um novo "poder intermediário" entre o nível estadual e municipal. Ela, ou coincide com o território do município, ou pode agrupar conjunto de municípios ou um único município pode conter várias delas, dependendo da realidade local.

Neste sentido ela é sempre de natureza essencialmente municipal.

d) as secretarias estaduais de saúde deverão adequar a sua organização criando níveis regionais com alto grau de autonomia administrativa (correspondendo a micro-regiões do Estado) e responsáveis pela coordenação regional do sistema estadual de saúde e a administração dos serviços de caráter regional. Seu papel predominante será de apoio técnico aos módulos finais do sistema. Deve zelar pela fluidez dos mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços e efetuar a consolidação, nesse nível, do Setor de Informação em Saúde.

## **B) Quato ao financiamento do sistema**

Até que uma reforma tributária estabeleça os montantes adequados de recursos que devem ser captados e retirados em cada nível de governo, sem que haja maior dependência de um nível em relação ao outro, são as seguintes as diretrizes que deverão ser obedecidas:

1 – A RENASSA será financiada por recursos oriundos de fontes fiscais federais, estaduais e municipais, em valores nunca inferiores a 12% das respectivas receitas tributárias.

2 – Até que o gasto total do país com saúde alcance 10% do PIB a Previdência Social participará do financiamento da RENASSA destinando à mesma o mínimo de 45% dos encargos pelo empregador; a partir de então esses recursos poderão ser substituídos por outras fontes.

3 – Os recursos destinados à RENASSA serão operados através dos Fundos Únicos de Saúde de caráter nacional (FNS), estadual (FES) e municipal (FMS).

4 – O FNS será destinado a financiar as ações e serviços de saúde de abrangência nacional e prover os Fundos Estaduais de Saúde de recursos, definidos de acordo com critérios populacionais, epidemiológicos, técnicos e com a realidade econômica-financeira da UF, (os Fundos Estaduais de Saúde terão a função correspondente, mas em relação aos municípios, e os Fundos Municipais de Saúde estarão voltados para a esfera municipal).

5 – O FNS exercerá papel redistributivo em relação às unidades da Federação, cabendo papel similar aos FES em relação aos municípios. Os repasses do FNS para as FES serão automáticos (não vinculados a projetos) de modo a eliminar as relações de compra e venda entre níveis de governo e a possibilidade de discriminação política-partidárias e práticas clientelísticas, o mesmo devendo ocorrer em relação aos repasses dos FES para os FMS.

6 – O componente dos repasses federais e estaduais de caráter compensatório dos profundos desequilíbrios do atual sistema tributário será anulado na medida da implantação de um sistema tributário mais justo para unidades federadas e municípios.

7 – Aumento dos recursos destinados ao setor, pela União, deve ser obtido através da eliminação/estabelecimento de tetos, em relação à dedução do IR de despesas com assistência médica de pessoas físicas ou jurídicas (empresas), e com a criação de impostos sobre produtos nocivos à saúde, bem como pela eliminação de isenção que beneficiem determinadas categorias e outras distorções do sistema tributário que hoje contribuem para diminuir a receita global.

8 – O FNS será composto de:

- recursos da União (tesouro e outras fontes);
- recursos da Previdência Social (até que se alcance 10% do PIB com o gasto em saúde no país);
- outras dotações não regulares.

9 – Os FES serão compostos de:

- recursos do tesouro do Estado;
- recursos dos institutos previdenciários definidos de acordo com a peculiaridade de cada unidade federada;
- recursos repassados pelo FNS;
- outras dotações não regulares.

10 – Os FMS serão compostos de:

- recursos do tesouro municipal;
- recursos de organismos previdenciários, municipais definidos em cada caso;

- recursos dos FES;
- outras dotações não regulares.

11 – Não poderão ser financiados com recursos públicos investimentos em serviços privados de finalidade lucrativa.

### **C) Quanto à gestão**

Na busca de uma maior racionalidade na aplicação dos recursos públicos que como se verificou deverão ter um aumento – considerável para assegurar a universalização pretendida – a Reforma Sanitária revela sua dimensão estratégica de reforma administrativa e financeira do Sistema Nacional de Saúde.

A gestão deverá obedecer aos seguintes princípios:

1 – Como princípio básico, em todos os níveis a gestão da RENASSA deverá ser participativa, envolvendo governo, usuários (através de suas entidades representativas) e prestadores de serviços (através de suas entidades representativas).

2 – A participação deve implicar em efetivo poder de controle em nível de decisão, planejamento, gestão, controle e avaliação das ações e serviços prestados pela RENASSA.

3 – No nível nacional existirá o novo Conselho Nacional de Saúde vinculado ao novo MS, com função de formulação e controle da execução da política nacional de saúde, nos níveis estaduais e municipais, Conselhos Estaduais e Municipais, com atribuições correspondentes.

4 – Os níveis hierarquizados de organização do SNS terão um Conselho de Administração integrado por dirigentes e funcionários de serviço, com participação dos usuários.

5 – Os Fundos Nacionais, Estaduais e Municipais se subordinarão ao novo Ministério da Saúde, às novas SESs e novas SMSs/Prefeitura, respectivamente, e serão geridos por colegiados que terão representações dos conselhos correspondentes.

### **D) Quanto aos Recursos Humanos em Saúde**

Face a constatação das graves distorções que atingem aos trabalhadores de saúde tanto no setor público quanto no setor privado, com baixos salários, e outras distorções como a segmentação de mercado de trabalho; a inadequada relação entre a formação e utilização profissional; a polarização das equipes de saúde em poucas categorias profissionais e finalmente a desvalorização dos profissionais de saúde faz-se necessário que ocorram mudanças neste setor.

A par destas considerações gerais medidas deverão ser tomadas no sentido de se alcançar as diretrizes para esta área, dentre as quais:



1 – A lei do Sistema Nacional de Saúde deverá fixar alguns elementos que sirvam de "matriz" que garanta a compatibilidade dos planos de carreira das instituições federais, estaduais e municipais. Deverão estar aí consagrados pisos salariais para as diferentes categorias profissionais e outras normas genéricas que garantam o mínimo de uniformidade na carreira dos trabalhadores de saúde, sem prejuízo dos acréscimos que possam ser feitos por conta das particularidades regionais. Devem estar contemplados, neste caso, o incentivo ao exercício em condições adversas (interior, periferias urbanas, áreas de fronteiras, horário noturno, entre outros) de forma a tornar atrativo o deslocamento dos profissionais para estas situações. Faz-se necessário a revisão dos dispositivos legais que permitem a acumulação de empregos para algumas das categorias, fruto de um período caracterizado pela escassez destes profissionais já superado. A progressão na carreira deverá ocorrer sempre pela avaliação do mérito, experiência e do compromisso com o serviço.

2 – Em todos os níveis organizativos deverá ser feito um esforço de recomposição das equipes de saúde no sentido de aumentar o desempenho quantitativo e qualitativo dos mesmos. A concentração de empregos no setor saúde entre médicos e atendentes, hoje constatada deverá ser alterada progressivamente por equipes adequadas ao perfil epidemiológico bem como aos objetivos mais gerais dos serviços de saúde.

3 – Todos os empregos deverão ser estabelecidos em regime de tempo integral com incentivo a dedicação exclusiva. O tempo integral poderá ser entendido como o exercício em mais de uma unidade de saúde, e/ou contemplando um trabalho composto em diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde.

4 – O provimento deverá se dar sempre pela via do concurso público que avalie o mérito e a experiência dos profissionais aspirante ao emprego proposto. Deverá se garantir algum grau de uniformidade entre os concursos, tanto no que diz respeito aos conteúdos examinados quanto aos critérios de avaliação para que se evite a sua repetição na mesma região, para os diferentes níveis de organização do sistema de saúde.

5 – Deverá se buscar uma real integração ensino/serviço em todos os níveis de escolaridade de forma a se evitar que no futuro os serviços tenham que arcar com a responsabilidade de capacitação profissional, como vem ocorrendo. A integração ensino/serviço deverá se dar em resposta mais as necessidades de saúde que ao simples fornecimento de estágio para os treinados.

Deverá se aproveitar ao máximo a potencialidade das instituições de ensino no oferecimento de possibilidades de contínuo aperfeiçoamento das equipes de saúde.

6 – Restrição pela lei de acumulação de emprego único no setor público com outras modalidades de remuneração, como credenciamento, bem como propriedade ou direção de serviço de saúde privado.

7 – Os trabalhadores de saúde já incorporados, que não estejam suficientemente qualificados para o exercício profissional ou que não possuam o reconhecimento formal de sua capacidade deverão passar por processos de formação visando não apenas a realização das tarefas rotineiras dos serviços de saúde mas a sua própria valorização e reconhecimento profissional.

## VI. Estratégia de Transição

### A) Prazo

Por período de transição será entendido aquele até a promulgação da nova Constituição e da nova lei do SNS.

### B) Objetivos

A estratégia de transição tem por objetivo facilitar o processo da Reforma Sanitária, avançando no planejamento da rede descentralizada com o início da estruturação pelas unidades federadas e municípios aumentando a resolutividade atual dos serviços.

### C) Medidas

#### 1 – Dos Recursos Humanos em Saúde

- Conjugação de vínculos de médicos e dentistas em uma única unidade ou módulo, de forma a assegurar o tempo integral geográfico como pré-requisito para o emprego único.
- Estabelecimento de incentivos salariais para os que optarem pelo emprego único.
- Mecanismos emergenciais de reciclagem/capacitação das equipes de saúde.
- Novas admissões devem ser feitas para o emprego único e visando a eliminação das distorções hoje presentes na composição das equipes de saúde.

#### 2 – Na área da descentralização

- Elaboração dos planos estaduais de transferências dos equipamentos do nível de administração Federal para Estados e Municípios e de Estados para Municípios, com a definição geográfica e populacional dos SSNL.
- Início imediato e progressivo da transferência dos equipamentos federais para Estados e Municípios, em forma plena, ou através da etapa provisória de co-gestão.
- Abertura da composição das instâncias de articulação inter-institucional, possibilitando a participação de representações sociais envolvidas na questão saúde, nos motores políticos do processo da Reforma Sanitária.

#### 3 – Na área do financiamento

- Substituição imediata da atual sistemática de remuneração da AIS pelo INAMPS (pagamento por produção) de forma a permitir uma redistribuição mais justa e adequada desses recursos entre Estados e Municípios e permitindo a sua aplicação nos pontos de estrangulamento do processo de implantação e qualificação da rede. A co-gestão pode ser a forma mais adequada no momento para os serviços já em funcionamento.

– Uso da Programação e Orçamentação Integrada – POI/86 e 87 para o dimensionamento das necessidades para 1988.

– Reclassificação dos serviços de saúde privados conveniados em lucrativos e não-lucrativos, com vistas à diferenciação do tratamento e participação na RENASSA.

#### 4 – Na área da gestão

A criação das Comissões Estaduais da Reforma Sanitária como Grupos Executivos encarregados da implantação, acompanhamento e avaliação da Reforma Sanitária em cada Estado. Tais Comissões deverão ter como elemento nuclear as CIS e abrindo espaço à participação 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 Assembléia Estadual e a representação do poder municipal.

Tais Comissões uma vez consolidadas, com o engajamento dos 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 funções das Comissões Estaduais da Reforma Sanitária, pode-se destacar:

a) Discutir a aplicabilidade e adequação dos conceitos e critérios de organização do sistema único em relação à realidade de cada Estado.

b) 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.

c) 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.

d) 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). Avaliará os custos no Estado, da universalização pretendida.

e) Definição e implementação da Política de Insumos e Tecnologia, articulando-a com instituições de ensino e pesquisa.

f) Revisão das necessidades físicas de contratação de serviços privados, obedecendo a heirarquia de prioridades entre setor público, setor privado não lucrativo e setor privado lucrativo.

#### 5 – Outras medidas

a) Os sistemas de assistência à saúde "fechados" (Patronal, Forças Armadas, Previdências Estaduais e Municipais, serviço de empresas publicas, etc.) são incompatíveis com o sistema único universalizado e eqüânime proposto.

Assim, cada situação deve ser analisada em particular pelo órgão colegiado do SNS no nível correspondente, com vistas à sua gradual absorção pela RENASSA.

Enquanto isso propõe-se que seja eliminado qualquer recurso ou subsídio público para o financiamento desses sistemas.

b) Início da revisão da legislação correlata em saúde, com vistas à compatibilização com a nova lei do SNS.

c) Análise, com vistas ao disciplinamento e/ou coibição de formas de organização das práticas de saúde consideradas aéticas ou no mínimo polêmicas, como o seguro-saúde, a medicina de grupo, e outras.





Supervisão gráfica: ENSP/PEC

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Composição e arte: Formatum Estúdio Gráfico Ltda

Rua Riachuelo, 109/3º

Impressão e acabamento: Graphos Industrial Gráfica

Rua Santo Cristo, 78

