

Presidente da República
JOSÉ SARNEY
Ministério 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 – MEC/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 Candido 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 Junior

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
Síntese da Coordenação dos grupos técnicos como contribuição ao documento final a ser elaborado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária.....	7
A questão dos recursos humanos e a Reforma Sanitária	27
O financiamento da Saúde.....	57
A incorporação da Ciência e Tecnologia pelo Setor Saúde	99
Saúde do trabalhador	131
Informação em Saúde.....	145
Reforma Sanitária e Saneamento	153

APRESENTAÇÃO

Este DOCUMENTOS III é composto pelo conjunto de estudos que subsidiaram os trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, os quais tomaram como base o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, quando existente, os relatórios dos Temas Específicos que deram continuidade aquela Conferência.

Para elaborá-los, foram constituídos Grupos de Trabalho cujos componentes foram escolhidos exclusivamente pela competência técnica e experiência na área temática e que, ao longo do trabalho, representaram seu próprio pensamento e não o da instituição a qual eventualmente estiveram vinculados.

Esta publicação, com uma tiragem de 20.000 exemplares, é editada com a mesma finalidade das anteriores, isto é, de subsidiar técnica e politicamente o debate sobre saúde, visando fortalecer o setor para a implantação da REFORMA SANITÁRIA de que o Brasil necessita.

Rio de Janeiro, maio de 1987.

Arlindo Fábio Gómez de Sousa

Síntese da coordenação dos grupos técnicos como contribuição ao documento final a ser elaborado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária

**COORDENAÇÃO DOS GRUPOS TÉCNICOS
SECRETARIA TÉCNICA DA CNRS
MARÇO DE 1987**

O documento aqui apresentado constitui versão modificada e ampliada a partir das várias contribuições recebidas como resposta às questões formuladas pelo texto "Reforma Sanitária: A Hora da Ação", elaborado como documento-síntese das principais conclusões dos Grupos Técnicos de Arcabouço Institucional, Financiamento e Recursos Humanos.

A este documento original, além das modificações e acréscimos necessários, acrescentou-se agora uma proposta para o texto da Constituição e recomendações para um projeto de lei do Sistema Nacional de Saúde, aos quais deverão ser agregadas as principais recomendações de cada Grupo Técnico.

Concluindo neste momento sua principal tarefa, a Coordenação dos Grupos Técnico de Assessoramento à CNRS coloca-se a disposição dos membros desta Comissão para a contribuição que se fizer necessária.

I. APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS DA COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA

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 de 1986.

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 proferido 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 população, proporcione o acesso aos medicamentos essenciais e a 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 requisitos 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.

II. A SISTEMÁTICA DE FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

A heterogeneidade de sua composição e a dimensão política de sua atuação, marcada por sua emergência em uma conjuntura complexa de transição exigiram, além de reuniões periódicas realizadas nas várias capitais brasileiras, a constituição, na Secretaria Técnica da CNRS, de uma Coordenação de Grupos Técnicos sobre temas específicos para o seu assessoramento.

Cada um dos 8 Grupos Técnicos constituídos (Proposta para a Constituição, Arcabouço Institucional, Financiamento, Recursos Humanos, Ciência e Tecnologia, Informação em Saúde, Saúde do Trabalhador e Saneamento e Meio Ambiente) foi orientado por coordenadores designados oficialmente e seus trabalhos resultaram em vários documentos submetidos à apreciação da CNRS.

Além dos documentos elaborados pelos Grupos Técnicos, vários documentos foram apresentados individualmente pelos membros que compõem a Comissão, o que permitiu abranger de forma diversificada uma ampla gama de questões.

Finalmente, com a preocupação de contribuir para a ampliação do debate das propostas para uma Reforma Sanitária brasileira em bases realistas, a partir de uma ampla discussão sobre as condições reais de sua implantação, a Coordenação dos Grupos Técnicos elaborou ainda breve documento acompanhado de um roteiro de questões sob o título "Reforma Sanitária: A Hora da Ação".

As contribuições a este documento, elaborado com o objetivo de orientar e subsidiar as discussões no país constituíram, juntamente com as conclusões dos trabalhos apresentados à CNRS, a base do presente relatório.

Este relatório final incorpora ainda a contribuição oriunda da transcrição da gravação das reuniões realizadas pela CNRS e do resultado dos contatos estabelecidos pela CNRS com outras Comissões de governo, como a da Reforma Administrativa, da Reestruturação da Previdência Social e a da Reforma Tributária, o que permitiu uma visão mais integrada das propostas encaminhadas pelas várias instâncias responsáveis pela formulação da política social do governo.

III. 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 instâncias 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).

Cremos 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 viabilize, a médio e longo prazos, os investimentos públicos indispensáveis à área social, assegurando a concretização dos compromissos sociais da Nova República.

IV. 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 referenda e contra-referenda 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 arcabouço institucional e dos instrumentos jurídicos existentes.

A proposta referendada na 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 efetivação, 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 ocupacional 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:

- 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 necessários, dentro do conhecimento e da tecnologia disponíveis.

Com este propósito, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária trabalhou 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 são apresentados nas recomendações para a legislação ordinária específica.

As diretrizes que orientaram as propostas aqui apresentadas 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, como 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 destes 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.

V. RESULTADOS

Recomendações Gerais

1. PROPOSTA DO CONTEÚDO SAÚDE PARA A CONSTITUIÇÃO – síntese das várias propostas apresentadas à CN RS.

Art. 1º – A saúde, condição básica da cidadania, é um direito assegurado a todos os habitantes do território nacional, sem qualquer distinção.

§ 1º – O direito à saúde implica para o cidadão o acesso a:

- condições dignas de vida e trabalho;
- informação sobre os riscos de adoecer e morrer;
- opção quanto ao tamanho da prole;
- dignidade, gratuidade e qualidade no atendimento e tratamento, com direito à escolha e à recusa;
- participação na gestão das atividades públicas e privadas com impacto sobre a saúde.

Art. 2º – É dever do Estado:

- a democratização da saúde, através de políticas econômicas e sociais orientadas para a eliminação ou diminuição dos riscos de doença e de morte;
- proteção, recuperação e reabilitação da saúde, pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis.

Art. 3º – 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. 4º – O conjunto de ações de qualquer natureza na área da saúde, desenvolvidas por pessoa física ou jurídica, é de responsabilidade pública e de interesse social, cabendo ao Estado a sua normatização sob preceitos técnicos e éticos definidos no âmbito do Sistema Nacional de Saúde.

§ 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 unitário em cada nível de governo;

II – Integralidade, unidade operacional e adequação às realidades epidemiológicas regionais;

III – Descentralização política-administrativa que respeite a autonomia dos Estados e Municípios;

IV – Participação de entidades representativas da sociedade na formulação e controle da política e das ações de saúde em todos os níveis;

§ 2º – É assegurado o livre exercício da atividade liberal – em saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei a os princípios que norteiam a política nacional de saúde.

§ 3º – A utilização de serviços de saúde de natureza privada pela rede pública se fará em caráter complementar, segundo as normas estabelecidas pelo direito público.

Art. 5º – O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será provido com recursos fiscais e parafiscais com destinação específica para a saúde cujos valores serão estabelecidos em lei e submetidos a gestão unitária nos vários níveis de organização do Sistema Nacional de Saúde.

Art. 6º – As atividades do ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos essenciais para a saúde estarão subordinadas à política nacional de saúde e serão desenvolvidas sob controle estatal, com prioridade para os órgãos e empresas nacionais, com vistas à preservação da soberania nacional.

2. PROPOSTA PARA UMA NOVA LEI DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES:

1 – A POLÍTICA DE SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE

Embora se possa afirmar 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, de base pluralista, 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, ao contrário, definir numa perspectiva realista, considerando os atuais objetivos, distorções e tendências do sistema de saúde existente, uma estratégia de transição que estabeleça as condições para a institucionalização gradativa em direção ao 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 no projeto da Reforma Sanitária, de um novo Sistema Nacional de Saúde, deve ser entendida como um processo gradativo e necessariamente parcial de mecanismos de ajustes definidos segundo as diretrizes da nova Política Nacional de Saúde.

RECOMENDAÇÕES:

1 – QUANTO AO NOVO PADRÃO DE RELACIONAMENTO DO SETOR PÚBLICO COM OS SERVIÇOS PRIVADOS NA ESTRUTURA DESCENTRALIZADA

A nova lei do SNS deverá abranger todas as ações e serviços de saúde existentes no território nacional, compreendendo três componentes institucionais:

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 Contratado**, que corresponde ao conjunto de serviços de saúde desenvolvidos por pessoas físicas ou jurídicas, de natureza privada, financiados com recursos públicos para a prestação de serviços a população e vinculados ao setor público por normas estabelecidas pelo direito público.

C – O **Setor Privado 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.

O **Setor Público e o Setor Privado Contratado**, constituirão uma rede de serviço de saúde, atuando sob as normas estabelecidas pelo direito público sob o nome de **Rede Nacional de Serviços de Saúde (RENASSA)**.

Os contratos com o setor privado pela Rede Nacional de Serviços de Saúde deverão assegurar mecanismos de controle pelo Estado e pelos Municípios da qualidade dos serviços prestados.

Para tanto, os contratos deverão ser firmados 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, previstas em lei específica, quando deverão ser realizados em âmbito federal.

2 – QUANTO À ABRANGÊNCIA

Deverão integrar a Rede Nacional de Serviços de Saúde (RENASSA), os seguintes grupos de ação:

- assistência à saúde;
- vigilância epidemiológica;
- vigilância sanitária;
- saúde ocupacional;
- controle das condições de saneamento e do meio-ambiente;
- informação em saúde;
- pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos estratégicos;
- pesquisa em serviço;
- programação, acompanhamento e avaliação;
- gestão;
- formação, seleção e avaliação de recursos humanos para a saúde.

3 – QUANTO À DIVISÃO DE TRABALHO ENTRE OS NÍVEIS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL

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

A – União

1. Elaboração do plano nacional de saúde e suas estratégias globais.
2. Gestão, coordenação, controle e avaliação do SNS, em nível nacional, com papel predominantemente normativo e de articulação inter-setorial.
3. Execução direta dos serviços e ações de saúde, de pesquisa e apoio técnico, de abrangência ou caráter nacional.
4. Normatização das relações entre o setor público e o setor privado de prestação de serviços de saúde.
5. Implementação, em conjunto com os Sistemas Estaduais e Municipais de Saúde do plano nacional de administração e desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde.
6. Implementação, em conjunto com os Sistemas Estaduais e Municipais de Saúde, do plano nacional de informação em saúde.

B – Estados, Territórios e Distrito Federal

1. Planejamento, gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Estadual de Saúde.

2. Compatibilização das normas e diretrizes federais, com o quadro jurídico-legal da Unidade Federativa e as peculiaridades do Sistema de **Saúde 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 consórcios de municípios da mesma micro-região.
4. Celebração, gestão e controle dos convênios realizados com os prestadores privados de serviços, ouvidos os níveis municipais.
5. Gestão do Fundo Estadual de Saúde, efetuando os repasses para os Fundos Municipais de Saúde, de acordo com as necessidades definidas.
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 Distritos Sanitários.
7. Implementação, em conjunto com o nível federal e com o nível municipal, os sistemas estaduais de administração e desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde, e de informação em saúde.

C – Municípios

1. Planejamento, gestão, coordenação, controle e avaliação do sistema municipal de saúde.
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.
3. Gestão do Fundo Municipal de Saúde.
4. Implementação dos Distritos Sanitários como unidade administrativo-funcional básica da Rede Nacional de Serviços de Saúde, podendo haver, quando tecnicamente indicado, o consorciamento entre pequenos municípios.
5. Implementação, em conjunto com os níveis federal e estadual, dos sistemas municipais de administração e desenvolvimento de recursos humanos do Setor Saúde e de informações em Saúde.

Esta nova configuração do sistema de saúde requer que cada esfera de governo execute 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 deverão ser transferidas com os respectivos recursos para o comando do município; aquelas que atendem a vários municípios, deverão ser colocadas sob comando estadual; e as de âmbito nacional deverão ser federais, cabendo ao nível federal a legislação e normalização 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 (saúde pública, assistência médica, saúde ocupacional e controle das condições de saneamento e meio-ambiente, entre outras) devam ficar em um único e novo Ministério capaz de operar a transição em direção à Reforma Sanitária (Ministério da 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 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.

4 – O DISTRITO SANITÁRIO COMO BASE PARA A NOVA CONFIGURAÇÃO DA REDE NACIONAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE

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 definição clara de responsabilidade 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 vi-

gilância 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 resolutividade, ou seja, a de busca de que esse nível de atenção se qualifique para equacionar autonomamente a maior quantidade possível das questões de saúde que aí se apresentem.

O Distrito Sanitário não deverá se limitar, portanto, a uma única planta física, mas abrangerá o conjunto dos recursos humanos e instituições (ambulatórios 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 deverá ser definida por cada Estado, considerando a realidade local a partir de critérios previamente estabelecidos.

Entre o Distrito Sanitário e a administração central da nova 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 objetar que a regionalização por distritos e regiões de saúde não representa 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 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 terciário 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.

5 – 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.

a) 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 Reforma Sanitária; no estadual, as Secretarias Estaduais de Saúde ou equivalentes.

b) devem assim desaparecer as atribuições executivas de instituições como o INAMPS, a FSESP, a SUCAM, a FPS, que se encarregam da prestação direta de serviços; os serviços federais de saúde que subsistirem como tais se subordinarão a uma Secretaria Nacional vinculada ao novo Ministério e terão autonomia administrativa; as atribuições da SHMT/MTb deverão ser incorpora-

das ao MRS; os Hospitais Universitários do MEC, típicos serviços regionais deverão passar para o âmbito das SES e funcionar em regime de co-gestão com as Universidades.

2 – Regionalização, hierarquização e distribuição da Rede

a) os serviços (públicos e conveniados) deverão se organizar em uma rede única, em cada U.F., dividida **em regiões de saúde** (regiões dentro do mesmo estado), e estas em distritos sanitários; haverá serviços de referências nacionais, de subordinação federal, integrando a rede nacional.

b) a unidade administrativo-funcional básico da rede é o **distrito sanitário** que "cobrirá" a totalidade dos habitantes de uma determinada área territorial; o tamanho do DS dependerá da concentração populacional, da distribuição dos serviços e da realidade política-administrativa local (1 DS igual a 1 município; 1 DS igual a mais de um município; vários DS igual a 1 município), devendo sempre quando possível variar entre 50 e 150.000 habitantes a cobertura de cada DS.

O conjunto das áreas geográficas e da população coberta pelos DS de uma U.F. deverá corresponder ao território total da U.F. e ao seu número total de habitantes, segundo cronograma de implantação estabelecido pelo Plano Estadual de Saúde.

c) o DS deverá administrar os serviços e ações de saúde na sua área de abrangência até o nível secundário de atenção, limite do seu grau de resolutividade (enquanto não houver redimensionamento e redistribuição da rede de serviços, poderá ocorrer que um serviço de nível secundário de um DS possa atender às referências de outro DS).

d) o DS é o responsável, na sua área de abrangência por todas as ações básicas de atenção à saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde ocupacional e controle das condições ambientais.

e) a autoridade dirigente do DS estará investida do poder necessário ao exercício de suas funções naquela área territorial.

f) num DS, cada família e cada indivíduo se inscreverá em um serviço básico de saúde (de forma voluntária), que será a sua "porta de entrada" para a RNSS; cada indivíduo terá a sua carteira de saúde com o registro das informações essenciais para a atenção à sua saúde.

g) a *região de saúde* (correspondendo a micro-região do estado) é o nível administrativo intermediário entre a administração central da SES e o DS, sendo responsável pela coordenação regional do sistema estadual de saúde e a administração dos serviços de caráter regional; deve zelar pela fluidez dos mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços e efetuar a consolidação, nesse nível do sistema de informação em saúde.

B – QUANTO AO FINANCIAMENTO DO SISTEMA

1 – Os recursos destinados à RENASSA serão administrados por fundos de saúde, de caráter nacional, estadual e municipal.

2 – Os serviços privados conveniados (especialmente os de caráter beneficente) terão também fontes próprias complementares de financiamento.

3 – 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 U.F. (os Fundos Estaduais de Saúde terão a função correspondente, mais em relação aos Municípios, e os FNS estarão destinados à esfera municipal).

4 – Devem ser buscados mecanismos para que o conjunto de recursos destinados à RENASSA (a totalidade dos FNS, FESs e FNSs) alcancem progressivamente valores equivalentes a 10% do PIB e, atualmente a 12% das receitas fiscais da União, Estados e Municípios.

5 – Aumento dos recursos destinados ao setor, pela União, pode 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.

6 – O **FNS** será composto de:

- recursos da União (tesouro e outras fontes – outros fundos sociais);
- recursos da Previdência Social (25% do FPAS ou 40% da contribuição do empregador diretamente para o FNS);
- outras.

7 – Os **FES** serão compostos de:

- recursos do tesouro do Estado;
- recursos do FNS;
- recursos dos fundos de previdências estaduais;
- outros.

8 – Os **FMS** serão compostos de:

- recursos do tesouro municipal;
- recursos do DES;
- outros.

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.

Somente a partir desta perspectiva se poderá assegurar uma nova visão dos serviços públicos em saúde no país. Para viabilizar este processo, duas condições são 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, o que implicará uma revisão por cada Secretaria Estadual de Saúde de sua estrutura gerencial. Com isto será possível agilizar os mecanismos operacionais das novas atribuições, o que poderia facilitar o encaminhamento do processo da Reforma Sanitária.

Dada a grande heterogeneidade no país, em que alguns Estados já detêm estruturas de administração indireta no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde, enquanto outros as vinculam à administração direta, será necessário avaliar em cada U.F. a melhor forma ou estrutura administrativa para revestir estes órgãos.

No caso de distritos maiores que a extensão territorial dos Municípios, há a possibilidade de orientar os consórcios municipais para operacionalizar as ações de saúde ao nível dos distritos sanitários. Neste caso o financiamento dos distritos poderá se fazer pela composição de diversos FUMS e geridos pela administração do consórcio.

Estrutura da Gestão

1 – Como princípio básico, a gestão da RENASSA deverá ser participativa, envolvendo governo, usuários e prestadores de serviços (instituições públicas, privadas e profissionais).

2 – A participação deve implicar em efetivo poder de controle das ações e serviços prestados pela RENASSA.

3 – No nível nacional existirá o Conselho Nacional de Saúde vinculado a um 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 – Cada unidade de prestação de serviço de saúde deverá contar com um Conselho Comunitário, com o poder de controle e fiscalização dos serviços.

5 – Cada Unidade de prestação de serviços de Saúde terá um Conselho de Administração integrado por dirigentes e funcionários de serviço.

6 – Os Fundos Nacionais, Estaduais e Municipais se subordinarão a um novo Ministério, à SESs e SMSs/Prefeitura, respectivamente, e terão suas administrações colegiadas e designadas pelos Conselhos de Saúde correspondentes.

7 – O Governo Federal participará dos Conselhos Estaduais de Saúde e o Estadual, dos Conselhos Municipais de Saúde; haverá representação dos governos estaduais e municipais no CNS, e dos governos municipais nos CES.

D – QUANTO AOS RECURSOS HUMANOS

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 Estados, do Município e do Governo Federal.

Parece contudo inviável reivindicar a isonomia salarial como uma padronização nacional de cargos e salários. 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 INANPS – e abrangendo apenas as categorias de nível superior – é elevado, tendo sido estimado em 1986 em Cz\$ 2,5 bilhões.

Nesse sentido as novas Secretarias Estaduais de Saúde deverão adequar o seu Plano de Cargos e Salários à exigências da Reforma Sanitária no Estado, estimando 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.

Medidas a curto prazo

1 – Determinar 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.

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 chefia 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 em 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 deverão se orientar pelo princípio da isonomia entre Estados e Municípios.

Diretrizes para o Novo Sistema Nacional de Saúde

- 1 – Quadros e planos de carreira federais, estaduais e municipais compatíveis.
- 2 – Admissão através de concurso público com critérios nacionais.
- 3 – Estabelecimento de pisos salariais para cada categoria profissional em nível nacional.
- 4 – Estímulo ao tempo integral não alienante (composição de atividades ambulatorial com hospitalar e vinculação de pacientes à equipe).
- 5 – Eliminação de coexistência entre emprego público e vínculo com serviço privado conveniado.
- 6 – Estímulo ao trabalho em condições adversas (interior, periferias, horário noturno, etc.).
- 7 – Educação continuada como componente do processo de desenvolvimento de recursos humanos e considerada nos planos de ascensão funcional.
- 8 – Inclusão como atividade regular dos profissionais de serviço a docência, de modo a permitir o uso de todos os serviços com fins educacionais.

E – ESTRATÉGIA DE TRANSIÇÃO

1 – Prazo

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

2 – Objetivos

A estratégia de transição tem por objetivo facilitar o processo da Reforma Sanitária, avançando no planejamento da rede descentralizada, com o início da constituição dos Distritos Sanitários e aumentando a resolutividade atual dos serviços.

3 – Medidas

a) Na área de recursos humanos

- Conjugação de vínculos de médicos e dentistas em uma única unidade ou distrito sanitário, de forma a assegurar o tempo integral geográfico como pré-requisito para emprego único.
- Estabelecimento de incentivos salariais para os que optarem pelo emprego único.
- Mecanismos emergenciais de reciclagem/capacitação das equipes de saúde, que podem ser assegurados pelas instituições acadêmicas.

b) 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 distritos sanitários.

– Início imediato e progressivo da transferência dos equipamentos federais para Estados e Municípios, em forma plena, ou através de co-gestão.

– Revisão da composição das instâncias de articulação inter-institucional, incorporando outros fatores sociais interessados na questão saúde, e transformando-as nos motores políticos do processo da Reforma Sanitária.

c) Na área do financiamento

– Substituição imediata da atual sistemática de remuneração das 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.

d) 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, com a Comissão de Saúde da Assembléia 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 funções das Comissões Estaduais da Reforma Sanitária, podemos destacar:

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 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). Avaliará os custos no Es tado, da universalização pretendida.

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

BIBLIOGRAFIA

- (1) 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/ UFMG.
- (2) MÉDICI, A. C. – Propostas sobre o sistema de financiamento do setor saúde no Brasil – Alternativas para a Reforma Sanitária, CNRS, 1986.
- (3) MENDES, E. V. – Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde, 8.ª CNS, março de 1986.
- (4) 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.
- (5) SANTOS, N. R. – Proposta: Redefinição dos Papéis Federal, Estadual, Regional e Municipal na Área de Saúde – Trabalho apresentado à CNRS, 1986 (mimeo).
- (6) VIANNA, S. M. e Piola, S. F. – Os Desafios da Reforma Sanitária, Brasília, DF, 1986.

A questão dos Recursos Humanos e a Reforma Sanitária

*Grupo de Trabalho de Recursos Humanos da
Comissão Nacional da Reforma Sanitária*

GRUPO DE TRABALHO

*Francisco Eduardo Campos – Coordenador
Francisco Lopes
Joana Azevedo da Silva
José Francisco Nogueira P. de Santana
Marcelo Torres Teixeira Leite
Maria Cristina Fekete
Maria José R. Rossi
Sábado Nicolau Girardi*

INTRODUÇÃO

O presente texto é resultado das discussões que vem sendo travadas pelo grupo técnico de RH da CNRS e tem como objetivo tratar sucintamente os principais aspectos que, constituem-se em pontos nodais para o estabelecimento de uma política de RH para o setor saúde tendo em vista o novo sistema que se busca construir. Espelha-se nas decisões e princípios assinalados na 8ª Conferência Nacional de Saúde e aprofundados na Conferência Nacional de Recursos Humanos, tendo em vista um sistema de saúde que ademais de ser resolutivo, equanime e universal ampare-se no princípio da responsabilidade estatal para com sua organização.

Temos claro que a viabilização das proposições apresentadas no decorrer deste trabalho, quaisquer que sejam elas, estarão na dependência das decisões relativas às propostas do novo arcabouço institucional para o setor saúde bem como de seu financiamento, seja pela necessidade de compatibilização de aspecto técnico administrativos relativos a gestão do novo sistema de saúde, seja pela necessidade de encontrar formas para sua viabilização nos planos político-institucional e financeiro. Não se buscou traçar prioridades ou determinar estratégias a serem utilizadas. Trata-se tão somente do levantamento e caracterização dos principais pontos a serem discutidos quanto aos RH para o setor saúde.

Ao longo dos últimos anos já se fizeram os diagnósticos necessários bem como se ensaiaram as propostas de solução para os problemas detectados. Trata-se

tão somente, por via de consequência de se ter a decisão política para a implementação das decisões que se fazem necessárias neste setor estratégico, sem o qual dificilmente se marchará na direção desejada da reforma sanitária. À Comissão Nacional da Reforma Sanitária competirá a decisão política e a condução estratégica do processo.

O texto se divide nos seguintes tópicos: distribuição de RH, desigualdade nas condições de inserção no mercado de trabalho, preparação e formação, composição interna das equipes, e valorização do profissional. Cada tópico será abordado com a caracterização do problema, propostas de enfrentamento e suas implicações.

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICO-SOCIAL DOS RECURSOS HUMANOS

Transparece, como consensual, que um dos obstáculos mais sérios a serem enfrentados com vistas à consecução dos objetivos de universalização da cobertura e garantia da equidade das ações de saúde, diz respeito aos desequilíbrios sociais, regionais e institucionais que caracterizam a distribuição dos serviços de saúde. Vigora nitidamente no Brasil uma concentração geográfica, social e institucional de RH.

O mais flagrante desequilíbrio é o social. Amplos extratos da população brasileira não tem ainda acesso a serviços de saúde, em condições de equanimidade. Apesar dos avanços ocorridos nesta direção há que se enfatizar que não se lograram os resultados pretendidos.

Soma-se uma inadequada distribuição geográfica dos profissionais de saúde que se vê reforçada pela sua concentração nas grandes cidades e regiões metropolitanas dos Estados mais desenvolvidos do país. Determinadas regiões são completamente desassistidas de serviço de saúde. Note-se, por exemplo, que somente a região sudeste que concentra hoje, cerca de 43% da população brasileira detém nada menos que 56% dos empregos de saúde existentes no país, concentrando aproximadamente o mesmo índice em relação à capacidade física (consultórios e leitos) instalada setorialmente. Ao mesmo tempo os estados do nordeste, em seu conjunto, com aproximadamente 30% da população brasileira não detém mais que 20% da capacidade instalada em recursos humanos e físico-materiais no setor.

Em Minas Gerais, para ficarmos apenas neste estado, a relação médico-habitante era, em 1984, de 1 para 450 na capital e de 1 para 2.000 no interior. Se levarmos em conta que parte importante desses municípios considerados como interior concentram populações com mais de 200.000 habitantes podemos concluir que vastas regiões desse estado ainda se encontram completamente desassistidas de médicos. A mais desenvolvida das unidades federadas, São Paulo, no início do corrente governo contava com mais de duas centenas de municípios sem médicos-residentes, situação somente equacionada através de uma corajosa política de descentralização levada a cabo pela atual gestão.

Por outro lado, o contexto de forte desigualdade institucional dentro do setor público, no que respeita a capacidade instalada em recursos humanos, equipamentos médico-sanitários e demais recursos físico-materiais, contraria enormemente a diretriz de descentralização. A esfera municipal, por exemplo, detinha em 1984 pouco mais que 16% dos recursos humanos alocados no

setor público, ao passo que os níveis estadual e federal somavam juntos algo em torno de 84% dos recursos, o mesmo se dando relativamente a disponibilidade de equipamentos e recursos físicos.

Obviamente que a permanência de um padrão semelhante de distribuição de recursos humanos no setor público acaba por inviabilizar quaisquer proposições de reorganização dos serviços de saúde sob perspectiva descentralizadora, a menos que se busque imediatamente a construção de instrumentos e o desenho de mecanismos que permitam a inversão do referido padrão.

No entender deste grupo técnico tais medidas se situam basicamente em dois planos: expansão e descentralização.

É imperioso que se desenhe uma política de expansão da capacidade instalada em recursos humanos, físico-materiais e equipamentos no setor público, baseada num processo de planejamento descentralizado, observando-se critérios de regionalização e hierarquização de serviços acordes ao arcabouço institucional que se pretende implantar. É preciso então que se inverta o atual padrão de distribuição de recursos do setor público, privilegiando-se, em termos quantitativos e qualitativos, as esferas mais descentralizadas, vale dizer municipais do sistema. Isto significa que as políticas de ampliação da rede de serviços e dos contratos de profissionais de saúde devem ser subordinadas gerencial e administrativamente aos níveis correspondentes.

A simples expansão não se mostra suficiente para corrigir os atuais desníveis a curto e médio prazo. Vale lembrar que enquanto a esfera municipal detém pouco mais que 16% dos contratos de pessoal de saúde, o nível estadual concentra quase 45% destes e o nível federal cerca de 39%. Faz-se mister portanto que uma vez viabilizada no plano político-administrativo, uma das alternativas pode ser o imediato repasse do exercício dos atuais vínculos de pessoal com o setor público para um único local geográfico, observando-se a gestão e administração unificada e as prioridades de lotação de pessoal estabelecidas pelo planejamento integrado. Isto, obviamente, para os casos de existência de multiplicidade de vínculos. Nos casos em que prevalecer vínculo único, naturalmente, deve-se cumprir tão somente o repasse para o nível concernente.

DESIGUALDADE NAS CONDIÇÕES DE INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO (SEGMENTAÇÃO)

O mercado de trabalho em saúde tem como uma de suas características peculiares o alto grau de segmentação. Isto significa que as condições de compra e venda da força de trabalho são extremamente variáveis para um mesmo tipo de qualificação profissional e um mesmo tipo de serviço exigido do trabalhador. Em outras palavras, há uma patente desigualdade nas condições de inserção nesse mercado e uma grande diversidade de situações no que diz respeito a níveis salariais e regimes jurídicos de vinculação, que poderão dificultar sobre-maneira a imediata equiparação para todos os profissionais de saúde. Existem profissionais cujos regimes jurídicos são aqueles regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), tanto na administração direta quanto na indireta. Outros funcionários são vinculados estatutariamente à União, aos estados e aos municípios. Há ainda trabalhadores autônomos de diferentes regimes como os credenciados e autorizados pela Previdência Social. A cada um desses regimes correspondem remuneração, sistemas previdenciários, direitos e deveres extremamente diferenciados. Resolver satisfatoriamente tais problemas

exige o claro enfrentamento de um cipoal de elementos jurídicos, administrativos, financeiros e político-ideológicos de solução complexa. A única solução que pode conduzir ao Sistema Nacional de Saúde é a unificação de todos os empregos em uma única modalidade contratual, com a conseqüente isonomia plena não apenas de salários como também do conjunto de direitos e deveres. A propósito da isonomia salarial consulte-se o anexo deste documento.

Para a operacionalização desta medida duas alternativas vem sendo colocadas em debate: a primeira delas seria a centralização dos vínculos do setor saúde no nível federal, independentemente do nível de exercício. A sua vantagem seria a unificação de fato de todos os cargos, com isonomia plena caracterizando os profissionais de saúde como trabalhadores do sistema único de saúde. A desvantagem vista nesta modalidade é sua vulnerabilidade aos mecanismos clientelísticos de transferência dos profissionais, de caráter quase sempre centripeto, das regiões desassistidas para as mais centrais.

A segunda alternativa que vem sendo colocada é a completa descentralização dos vínculos empregatícios dos profissionais, vinculando-os ao nível de governo respectivo ou ainda às unidades de exercício das funções assistenciais. A vantagem alegada para esta modalidade é o real envolvimento do profissional com a unidade de exercício e, por via de conseqüência, com a própria clientela a ela adscrita. A principal desvantagem apontada é o possível agravamento da situação de segmentação do mercado antes apontada. Imagine-se no exemplo extremo, cada unidade de saúde recrutando profissionais, estabelecendo vantagens salariais, capacitando os profissionais, executando o pagamento. Muitos julgam que esta hipótese não tem factibilidade.

O Grupo de Recursos Humanos aponta como factível e viável uma opção alternativa aos modelos apontados, nos quais os vínculos sejam efetuados com o correspondente nível de governo responsável pela atividade exercida, resguardada a normatização central que assegure um mínimo de uniformidade num sistema de saúde, que, afinal, se pretende único. Desta forma poderiam ser estabelecidos princípios gerais quanto a mecanismos de provimento, administração de RH, modalidade de vinculação dos trabalhadores (p. ex. emprego único, dedicação exclusiva). Isso poderia ocorrer sem prejuízo das peculiaridades regionais e locais, que poderiam dar os elementos específicos sem os quais dificilmente se viabilizaria a Reforma Sanitária.

Entrementes não se viabiliza esta situação é necessário que se avancem propostas intermediárias que dêem conta do trânsito para a situação desejada. Um sério obstáculo detectado é a legislação ora existente, fruto de um período onde o exercício liberal da profissão era ainda dominante sobre o vínculo assalariado, que estabelece que a jornada de trabalho de médicos e odontólogos, diferentemente dos demais profissionais é de 4 horas. Muitas instituições, no afã de superar este óbice legal tem se válido de artifícios como o duplo contrato ou ainda o registro dos profissionais em novas categorias como técnicos de nível superior. Não resolvida tal questão a nível de legislação ordinária, poder-se-á ter impossibilitada a implantação de distritos sanitários com adscrição de clientela. Enquanto não se logram tais alterações, entretanto, é possível se pensar imediatamente em arranjos alternativos que viabilizem já o emprego único.

Como mecanismo transicional considera-se neste momento que a saída possível para as categorias que detêm o privilégio da acumulação de empregos públicos é a proposta de adesão voluntária dos profissionais já mencionados, a um sistema de emprego único com a conjugação dos vínculos atualmente existentes. O mecanismo seria o preenchimento de termo voluntário de adesão à proposta com a declaração dos empregos ocupados, seus respectivos proventos, assumindo compromisso de emprego único ou eventualmente de dedicação exclusiva ao setor público. Em contrapartida as instituições alocariam o profissional para exercício em regime de tempo integral geográfico em unidade de saúde pertencente ao sistema. A partir deste momento estes profissionais seriam complementados em seus salários até os valores estabelecidos como os mais adequados. Mecanismo similar a este já é utilizado hoje pelo CNPq para os pesquisadores do país: classificados os pretendentes de acordo com a titulação docente o CNPq complementa os salários pagos pelas instituições de origem até tetos previamente estabelecidos. No caso do setor saúde se julga que este controle deveria ser feito pelos colegiados interinstitucionais ou pelos seus sucedâneos. Para os demais profissionais que legalmente não contam com a possibilidade da acumulação de empregos a solução se torna mais simples, vinculando-se tão somente à remuneração que dignifique o trabalho.

Uma medida complementar a esta proposta, mas que deverá ser imediatamente desencadeada visando garantir o sucesso de sua implantação será Cadastramento dos Profissionais de Saúde do País, empregados no setor público ou nas instituições privadas que recebam dotações públicas. Este cadastramento poderá garantir dados mais confiáveis que aqueles hoje disponíveis para que se possam implementar as medidas necessárias no setor. Há que se discutir a quem caberia a responsabilidade executiva na realização do cadastro. Os dados necessários poderiam ser colhidos nos estados pelas secretarias técnicas das CIS, sendo que muitos deles já se encontram disponíveis nas POI's/87.

A viabilização, entretanto de quaisquer das alternativas que vem sendo apresentadas sob este aspecto, está na dependência de decisões políticas, que obviamente passam pela compatibilização de diversos interesses cristalizados no plano institucional-burocrático, político-ideológico e corporativo. O princípio da ISONOMIA, entendida em seu sentido amplo, não apenas salarial, mas de igualdade de direitos e deveres, que se traduziria no plano do atual estágio de organização econômico-social do nosso país, significando o estabelecimento de regras semelhantes para o contrato de força de trabalho de idêntica qualificação, perfil semelhante de oferta e que se destina ao exercício de um mesmo serviço é a resposta possível neste momento. Conquistas corporativas em relação a salários profissionais, a realização de processos de Seleção ou Concursos Públicos para admissão de pessoal em alguns estados, o desenho de Planos de Cargos e Salários em algumas instituições com a nítida preocupação do estabelecimento de regras mais compatíveis contemplando sem dúvida a ascensão funcional para a totalidade da força de trabalho engajada são alguns elementos indicadores de que a discussão a cerca da política de recursos humanos vem avançando no setor público mobilizando as mais diversas categorias profissionais.

Por outro lado, a existência de uma multiplicidade de formas de financiamento, tanto no que se refere ao investimento quanto ao custeio dos serviços,

somados à regressividade dos esquemas de financiamento previdenciário, obstaculizam quando não inviabilizam totalmente quaisquer alternativas isonômicas mais conseqüentes. Dessa forma tal discussão passa necessariamente pelo equacionamento das questões relativas ao financiamento setorial. O estabelecimento de Fundos Unificados de Saúde nos diferentes níveis de governo e a descentralização das formas de sua operação se colocam pois como requisitos indispensáveis para a viabilização financeira das propostas de isonomia.

FORMAÇÃO/PREPARAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Relativamente à questão da formação/preparação de Recursos Humanos para a saúde, o diagnóstico da situação se reveste de consenso em grande parte de seus aspectos. De uma maneira geral admite-se sua inadequação tanto no plano quantitativo quanto no qualitativo, para os mais diversos níveis, desde o elementar até a pós-graduação, frente à realidade de saúde do país. O passado recente, marcado pela submissão das políticas de formação de recursos humanos aos interesses empresariais-lucrativos que se constituíram quer no sistema de ensino quer na prestação de assistência à saúde, deixou como legado um mosaico de problemas que vão desde a descoordenação e multiplicidade de esforços, passam pela inadequação do perfil da oferta e culminam na má-distribuição sócio-regional dos recursos humanos.

As proposições apresentadas na 8ª CNS e aprofundadas na CNRH, para o equacionamento e o enfrentamento da questão repousam em dois princípios básicos, quais sejam:

– O da responsabilidade estatal para com a educação e o da gratuidade do ensino em todos os níveis, garantindo-se o seu acesso indiscriminado a todos os segmentos populacionais.

– O da integração ensino-serviço como única forma capaz de promover a necessária interação entre teoria e prática, ou seja, de compatibilizar a formação às necessidades do novo serviço, compreendidas como necessidades de enfrentamento das demandas epidemiológica-sociais.

No que diz respeito à formação e aprimoramento de pessoal técnico de nível médio as proposições principais puderam ser subdivididas em dois grupos interdependentes.

1)Desenvolvimento de estruturas regionais integradas para a formação de pessoal técnico necessário prioritário tendo em vista a operação de um serviço descentralizado e que preste assistência integral à saúde desde a sua base. Isto pode ser feito através da criação de Escolas Técnicas Públicas intimamente integradas ao novo sistema de saúde que ofereçam cursos multiprofissionais específicos para o setor saúde em caráter regular, observando-se critérios de regionalização e distribuição adotados. Este deverá ser o mecanismo de capacitação dos novos contingentes profissionais que responderão pela expansão e pela reposição profissional no sistema de saúde.

2)Reconhecimento e fortalecimento dos Centros Formadores de RHs para a saúde destinados à qualificação profissional pela via supletiva, a exemplo do Projeto Larga Escala, que visa a formação e o aprimoramento de pessoal de nível médio e elementar já engajado nos serviços. Entendemos que tais processos devam ser assumidos pela totalidade dos serviços públicos.

Em ambos os casos há que se considerar a necessidade do aprofundamento dos mecanismos de integração entre o setor de saúde e educação como forma de garantir que os conteúdos programáticos por serem desenvolvidos nestes cursos sejam realmente adequados às necessidades dos serviços. Nesse sentido é fundamental que se definam tais processos como essencialmente pluri-institucionais. Da mesma forma há que se atentar para alguns aspectos legislativos vigentes, no sentido de modificá-los conforme o caso, de maneira a propiciar maior dinamismo ao processo de formação de pessoal intermediário e maior adequação à realidade. É o caso, a título de exemplo, da vigência do exame de suplência como mecanismo de habilitação profissional para a saúde, que no entendimento da Conferência Nacional de Recursos Humanos e deste grupo, não atende, do ponto de vista do serviço e da clientela usuária, aos requisitos técnicos básicos para aferição da capacidade técnica do habilitando. No entender da Conferência Nacional de Recursos Humanos tal mecanismo deve ser extinto.

Relativamente ao ensino de nível superior a proposição básica diz respeito à adequação da estrutura da oferta ao quadro de necessidades definido a partir de critérios de hierarquização dos serviços, de acordo com padrões nosológicos e sociais existentes.

Neste sentido é imperioso que se discuta, no conjunto, o papel da Universidade dentro de novo sistema de saúde. Insistir-se neste momento em restringir a discussão às propostas anacrônicas e marginais de Integração Docente-Assistencial será reduzir muito as possibilidades que são oferecidas por este setor. Faz-se mister constatar que todo o discurso de integração docente assistencial, patrocinado geralmente pelas instituições de ensino, há muitos anos tem produzido muito pouco impacto, seja na adequação curricular à realidade de saúde, seja na produção de conhecimento de interesse da coletividade, ou ainda na inserção das unidades assistenciais próprias da rede de ensino como unidades de referência para o conjunto dos serviços de saúde.

Não há quem negue a importância do setor acadêmico para a reorganização dos serviços de saúde e, por via de consequência viabilização da própria Reforma Sanitária brasileira. Difícil é se propor, concretamente, quais os instrumentos que poderiam compatibilizar o conceito da autonomia acadêmica com um compromisso social nos três níveis antes citados: formação profissional, prestação de serviços e produção de conhecimentos. O que se acredita é que a implantação do novo arcabouço institucional, sem prejuízo de outras medidas, poderá ser o principal motivador para que o setor acadêmico se recoloque, assumindo crescentes responsabilidades sanitárias e sociais.

Certamente serão conseqüentes à este processo as transformações curriculares no sentido de adotar o perfil profissional às necessidades de saúde, a mudança do perfil das investigações realizadas de forma a tornar mais conseqüentes os serviços prestados.

A constatação de que o setor acadêmico possui uma inércia própria, ainda maior que o setor de serviços não deve, entretanto, imobilizar a Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Há que se ressaltar que existem alguns setores nos quais se torna possível uma colaboração imediata da academia, sem prejuízo daqueles investimentos que devam ser feitos mas a médio e longo prazo.

Atividades na área de formação como as propostas de reciclagem dos profissionais de saúde já engajados na rede através de processos de educação contínua, pesquisas operacionais e assessorias em áreas técnicas vitais para a implementação da reforma sanitária, delimitação clara das possibilidades da participação dos serviços próprios do setor acadêmico no modelo assistencial proposto.

COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE

Outro aspecto que mereceu detalhamento na Conferência Nacional de Recursos Humanos e que também se reveste de consenso acerca de seu caráter estrangulador é o que se refere a inadequação da composição da atuais equipes de saúde.

A rigor não se pode nem mesmo falar na existência de equipes de saúde quando apenas duas categorias profissionais perfazem entre 60 e 70% do pessoal ocupado nos estabelecimentos médico-sanitários. Sabe-se que as equipes se resumem na realidade a médicos e atendentes, configurando-se assim uma situação de extrema gravidade quando se propõe que o cuidado à saúde deva ser prestado numa perspectiva de integralidade. A concepção da descentralização tendo por base o distrito sanitário que se incumbiria da assistência integral à saúde, envolvendo não somente aspectos assistenciais, quanto preventivos e reabilitadores ademais da programação local baseada em demandas social e epidemiologicamente determinadas está a exigir a composição multi-profissional das equipes de saúde.

Independentemente de estudos mais aprofundados algumas evidências são nítidas. Em relação aos profissionais de nível superior torna-se necessário a incorporação de outros profissionais que respondam pela integralidade e resolutividade das ações. É o caso dos dentistas, dos enfermeiros, psicólogos e bioquímicos, entre outros. A crescente necessidade de qualificação profissional aponta como desejável o incremento proporcional do quantitativo de profissionais de nível médio em relação àqueles de nível elementar, seja nas futuras provisões, seja através de mecanismos de capacitação dos profissionais já absorvidos.

Nada basta, entretanto, a atuação singular de cada uma destas categorias profissionais. Para que a produção dos serviços de saúde se realize em bases coletivas faz-se necessário que a unidade produtora destes serviços seja a equipe de saúde e não trabalhadores ou categorias profissionais isoladas.

A composição da equipes multiprofissionais deverá se fazer segundo critérios sociais e epidemiológicos ou seja, seu planejamento será determinado de acordo com o diagnóstico das necessidades de saúde da população. Sem o enfrentamento das questões relativas a distribuição geográfico-social dos RH torna-se inviável a adequada composição e organização das equipes de saúde.

VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

Há para o setor saúde uma política de pessoal implícita, marcada pelo clientelismo, que apresenta características próprias nos diversos níveis e instituições. A ausência de planos de carreira, a diversidade de parâmetros para definição de quadros de lotação, o despreparo das chefias em relação à gerência de recursos humanos, constituem-se em algumas das dificuldades a serem enfrenta

das quando se pretende a construção do novo Sistema Nacional de Saúde. Na realidade as distorções só serão corrigidas na medida em que se defina e se explicita a política de recursos humanos para o setor saúde. Alguns pontos de reorientação destas políticas, que foram abordados na Conferência Nacional de Recursos Humanos como relativos à valorização do profissional, serão agora abordados de forma suscinta.

No que se refere ao processo de recrutamento e seleção de pessoal, nos parece claro que deve conter critérios gerais uniformes e transparentes para todos os órgãos do sistema unificado de saúde, observadas sua capacidade operacional e as características de cada região. Os métodos utilizados para selecionar pessoal devem ser ajustados à realidade dos serviços, assim sendo o processo deve ser regionalizado e descentralizado. Entende-se o concurso público como a forma legítima de ingresso de profissionais no setor saúde.

Quanto à definição dos quadros de lotação há que se atentar para que sejam orientados pelas bases coletivas da produção dos serviços de saúde contemplando aspectos relativos a demanda, capacidade instalada, resolutividade e população alvo.

A implantação de plano de carreira, com possibilidade de progressão horizontal e vertical para todas as categorias profissionais deve ser entendida como indispensável para o setor saúde. Um dos parâmetros a serem considerados para ascensão e progressão funcional, refere-se a avaliação de mérito e desempenho, que deve realizar-se sistematicamente tendo como eixo norteador o sentido coletivo do trabalho.

Em relação ao despreparo das chefias no que se refere à gerência dos recursos humanos deve-se pensar em garantir sua capacitação através do estímulo aos já existentes cursos de desenvolvimento de recursos humanos. Por outro lado, faz-se, também, necessário que sua inserção organizacional se dê de forma a lhe conferir autonomia de decisão e recursos para ação.

Por fim, há que se considerar a importância da participação dos usuários e dos trabalhadores em saúde como participantes fundamentais no processo de planejamento, execução e avaliação dos serviços e por conseqüência na formação e controle da política de recursos humanos no setor saúde, ingrediente básico para a consecução destes objetivos.

CONCLUSÃO

Para finalizar o Grupo Técnico de Recursos Humanos considera que o processo da Reforma Sanitária Brasileira passa por determinantes estruturais, que vão além das medidas técnicas que possam aqui ser apontadas. Neste sentido se adota como referência o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ressalta entretanto que dificilmente se lograrão os desejados avanços se a área de Recursos Humanos não for tratada com a prioridade estratégica que merece.

Este campo, eivado das maiores distorções, como o clientelismo político, o embate das forças corporativas, acompanhadas de todas as questões anteriormente apontadas deve, no entendimento do GT/RH ser alvo de uma firme decisão sem a qual muitos dos esforços da Reforma Sanitária poderão ser inúteis.

ANEXO

LEVANTAMENTO DE CUSTOS DA ISONOMIA SALARIAL PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SETOR PÚBLICO NO BRASIL

INTRODUÇÃO

Este documento tem como objetivo subsidiar as discussões que se travam acerca da isonomia salarial para os profissionais de saúde do setor público no Brasil.

Deve-se ressaltar que apesar deste anexo tratar apenas da questão salarial, entende-se que a implementação da proposta de isonomia deve ser feita considerando-se seu sentido amplo, conforme discutido no texto.

Inúmeros obstáculos se colocam para a realização de um trabalho como este. O primeiro deles se refere a inexistência de dados atuais e globais relativos ao volume da força de trabalho em saúde e seus níveis salariais. Frente a isso optou-se por trabalhar apenas com os dados já existentes, projetando-os para 1986 (ver Metodologia), ainda que isso acarrete algumas imperfeições e possíveis incorreções.

Em segundo lugar deve ser considerado a inexistência de proposta consensual para os cálculos dos níveis salariais para a isonomia. Diante disso desenvolveu-se aqui 4 propostas, tomando como base os níveis salariais federais e a proposta contida no Relatório Final da CNRH.

Em terceiro lugar deve ser aqui lembrado que as pesquisas levadas a cabo na área de RH não nos fornecem dados acerca de níveis salariais dos profissionais do nível municipal, o que nos levou a estabelecer seus níveis a partir de dados de um conjunto de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais.

Finalmente consideramos que para a realização de um trabalho mais fidedigno torna-se necessário uma pesquisa com coleta direta de dados, através de um cadastro nacional de profissionais de saúde.

METODOLOGIA

1.º Passo

Utilizando dados já disponíveis sobre empregos na área de saúde da AMS/IBGE, trabalhados pelo Grupo de Pesquisa sobre Força de Trabalho em Saúde no Brasil, coordenado por Roberto Passos Nogueira (1), estimou-se, através da taxa de crescimento geométrico do período compreendido entre 1978/84, o número de postos de trabalhos existentes nos estabelecimentos de saúde do setor público, no ano de 1986, considerando-se seus 3 níveis constituintes (federal, estadual e municipal).

Os empregos foram sub-categorizados em: Tempo Integral (TI) e Tempo Parcial (TP).

A divisão das categorias profissionais em médicos, odontólogos, farmacêuticos/bioquímicos, outros profissionais de nível superior (nutricionistas, assistentes sociais, sanitaristas e psicólogos), profissionais de nível médio (técnico de laboratório, técnico de raio X, técnico de enfermagem, técnico de saneamento, auxiliar de saneamento) e nível elementar (atendente, parteira, visitador sanitário, e agente de saúde pública) foi feita acompanhando a divisão existente no trabalho de Nogueira (1), onde são relacionados os empregos das categorias de maior importância quantitativa na área de saúde.

2.º Passo

Determinou-se a seguir os dispêndios hoje efetuados, em termos aproximados, com o pagamento destes profissionais. Os salários utilizados para estes cálculos foram assim obtidos: para o nível federal tomou-se como base os salários pagos pela administração

direta da Previdência Social, em janeiro de 1987, segundo Decreto-Lei 2.310 de 22/12/86 e normas da Previdência Social. Para o nível estadual foram utilizados os dados de estudo realizado em novembro de 1985 por Campos e Oliveira (2), onde foram coletados dados de salários pagos por 21 Secretarias Estaduais de Saúde. Estes salários foram atualizados para janeiro de 1987, segundo variação das Obrigações do Tesouro Nacional (OTN). Para os salários do nível municipal realizou-se coleta de dados de um conjunto de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais.

3.º Passo

Os cálculos dos dispêndios (gastos) atuais foram realizados da seguinte forma: nível federal → profissionais de nível superior: utilizou-se a referência NS 17, onde se encontra o maior número de profissionais de nível superior da administração direta da Previdência Social, que tem o salário assim calculado: a) médicos e odontólogos → NS 17 + 80% da NS 25 + 20% da NS 17 para emprego em tempo parcial; b) médicos e odontólogos em tempo integral: utilizou-se o cálculo do salário de médico com duplo vínculo → NS 17 + 100% de NS 25 + 20% de NS 17 + NS 17 + 20% de NS 17; c) outros profissionais de nível superior → NS 17 + 80% da NS 17 + 20% da NS 17, para emprego em tempo integral (Tabela II-A).

Para o cálculo dos salários dos profissionais de nível médio utilizou-se a referência NM 30, visto que os profissionais mais representativos deste nível - auxiliar de enfermagem e agente administrativo - encontram-se, em maior número, nesta referência, cujo salário foi assim calculado: NM 30 + 40% da NM 32.

Para o cálculo dos salários dos profissionais de nível elementar utilizou-se a remuneração dos auxiliares operacional de serviços diversos, que correspondem aos atendentes ou auxiliares de saúde nos níveis estadual e municipal) → NM 19 + 40% da NM 26.

Nível estadual e municipal → para os médicos e odontólogos que são contratados em tempo parcial apenas dobrou-se o salário. Para os outros profissionais de nível superior, cuja maioria dos contratos é feito por 30 horas semanais, calculou-se o salário-hora e a seguir, o valor correspondente ao trabalho em tempo integral. Os salários para os profissionais de nível médio e elementar foram mantidos, uma vez que a maioria destes profissionais já são contratados por tempo integral. Para o cálculo da remuneração dos profissionais de nível médio e elementar contratados em tempo parcial foi utilizado o valor correspondente a 50% do salário dos profissionais em tempo integral (Tabela II-A).

Em relação a estes gastos com pessoal há que se considerar que estão subestimados, dado que não foram incluídos encargos sociais e 13.º salário. Além disso cerca de 10% dos profissionais que constam nas tabulações especiais da pesquisa da AMS/IBGE na categoria "outros" (nos 3 níveis constituintes) não foram computados no cálculo. Entretanto, os profissionais de nível elementar representam o maior número deles. Assim sendo, a subestimação dos gastos finais não alcança 5% do total. Finalmente, deve-se mencionar que os cálculos foram feitos tendo como referência o salário de janeiro de 87, sem previsão de reajustes. Da mesma forma as propostas apresentadas a seguir estão subestimadas devido aos motivos supracitados, o que mantém fixa a relação proporcional entre gastos e previsão de custos.

4.º Passo

Foram elaboradas 4 propostas de isonomia salarial com emprego único no setor público. As 3 primeiras tem como parâmetro os salários federais da administração direta da Previdência Social e a 4.ª proposta baseia-se no relatório final da Conferência Nacional de Recursos Humanos (3), onde se propõe a isonomia salarial através da utilização de múltiplos do salário mínimo do DIEESE.

Proposta I

Calcula o custo da isonomia com 50% de adesão de médicos e odontólogos ao emprego único → passou-se metade dos empregos em tempo parcial, destas duas categorias, para tempo integral e efetuou-se o cálculo dos novos custos. Os 50% que permaneceram em tempo parcial continuariam a receber o salário antigo. Todos os demais categorias profissionais passaram para tempo integral.

O cálculo do novo salário para tempo integral foi feito da seguinte maneira: a) médico e odontólogo → (INS 5 (inicial) + 20% de NS 5 + 80% de NS 5) x 2 + 20% de gratificação

pela adesão ao emprego único. Vale observar que sem os 20% de gratificação esse salário ficaria menor do que o salário atual de médico do NS 17, com duplo vínculo com a previdência. O salário base é multiplicado por 2 devido ao emprego em tempo integral; b) outros profissionais de nível superior → NS 5+ 20% de NS 5 + 80% de NS 25 (igualando à gratificação dos médicos e odontólogos) + 20% de gratificação (incentivo) ao emprego (único; c) nível médio → NM 17 (salário de referência inicial) + 80% de NM 32 (igualando à gratificação dos profissionais de nível superior) + 20% de incentivo; d) nível elementar → NM 14 (salário de referência inicial) + 80% de NM 26 (igualando à gratificação dos profissionais de nível superior) + 20% de incentivo ao emprego único (Tabela III-A).

É importante ressaltar que a gratificação de 80% passa a ser calculada sobre o maior nível de referência de cada categoria, como ocorre atualmente para os médicos e odontólogos.

Proposta II

Calcula o custo da isonomia com 100% de adesão de médicos e odontólogos a proposta de emprego único.

Proposta III

Isonomia salarial para todos os profissionais de nível superior, tendo o salário da categoria médica como parâmetro (Tabela V-A).

Proposta IV

Segue orientação do Relatório Final da Conferência Nacional de Recursos Humanos, que preconiza os seguintes múltiplos do salário mínimo do DIEESE → profissionais de nível superior: 6 S.M., nível médio: 4 S.M. e nível elementar: 3 S.M. (Tabela VI-A).

RESULTADOS

Uma primeira constatação que podemos fazer na análise dos custos da isonomia salarial diz respeito à subestimação dos valores encontrados.

Como já ressaltado (ver Metodologia), tanto o levantamento dos gastos atuais quanto as previsões de custo não levam em conta: os encargos sociais e 13.º salário; não incorporam ao cálculo aproximadamente 10% dos profissionais, dos 3 níveis institucionais, que representam pouco mais de 5% dos custos finais; e não prevê reajustes salariais durante o ano de 1987.

Contudo, uma vez que todos os cálculos foram feitos dentro dos mesmos parâmetros, mesmo uma subestimação dos valores nominais mantém fixa a relação proporcional entre os gastos atuais e as previsões de custo. Além disso, é possível prever o percentual de subestimação representado por cada um dos fatores arrolados acima.

Os postos de trabalho em 1986

Estimou-se (Tabela I) o número de postos de trabalho existente nos estabelecimentos públicos de saúde no Brasil, por nível institucional e regime de trabalho, em julho de 1986.

Consideradas as categorias profissionais estudadas (ver Metodologia), encontrou-se um total de 386.681 postos de trabalho, sendo 38,9% no nível federal (150.526), 44,7% no nível estadual (172.835) e 16,4% no nível municipal (63.320).

Os gastos atuais

A Tabela II e os Gráficos I e II apresentam os dispêndios atuais com o pagamento de pessoal. O valor total encontrado foi de 23,4 bilhões de cruzados, sendo o nível federal responsável por 60% dos dispêndios, o nível estadual 28% e o municipal 12% (Tabela II).

É importante ressaltar que a categoria médica consome quase 50% dos recursos gastos com pessoal.

Propostas

Serão apresentadas 4 propostas de isonomia salarial. As 3 primeiras tem por referência os salários federais (administração direta da previdência social) e a quarta proposta o salário mínimo do DIEESE (ver Metodologia). Nenhuma das propostas prevê a contratação de

novos profissionais, mas apenas o remanejamento interno dos postos de trabalho no nível institucional a que pertencem os profissionais, passando os empregos de tempo parcial para integral.

Proposta 1

Estima o custo da isonomia salarial, a partir dos dados salariais apresentados na Tabela III-A, com previsão de adesão voluntária de 50% dos médicos e odontólogos ao emprego único no setor público de saúde (Tabela III).

O custo total da isonomia salarial nesta proposta é de 32 bilhões de cruzados, sendo 8,7 bilhões de cruzados superior aos gastos atuais. Destes 8,7 bilhões, 2 bilhões correspondem ao aumento do nível federal, 5,2 do estadual e 1,5 do nível municipal (comparar Tabelas II e III). O Gráfico X mostra o custo adicional desta proposta, segundo as categorias profissionais (ou grupos de categorias). Os médicos consumiriam 39,1% do total dos recursos, os outros profissionais de nível superior 14,6%, os profissionais de nível médio 17,2% e os profissionais de nível elementar 29,1%.

Proposta 2

Difere da proposta 1 por prever a adesão de 100% dos médicos e odontólogos ao emprego único. Portanto, o acréscimo de recursos está concentrado no total destinado ao pagamento destes profissionais (Tabelas III e IV e Gráficos I, II, III e IV). Este acréscimo é da ordem de 3 bilhões de cruzados, sendo que 2,4 bilhões destinados à categoria médica. No Gráfico XI pode-se observar que a participação dos médicos nos custos adicionais passa para 50,6%.

Proposta 3

Nas duas propostas anteriores a estimativa de custos da isonomia salarial mantém a diferenciação entre a remuneração dos médicos e odontólogos, legalmente habilitado a contrair o duplo vínculo profissional, a os demais profissionais de nível superior.

Nesta proposta utiliza-se um único salário (dos médicos e odontólogos) para todas as categorias profissionais de nível superior (Tabela V-A).

Aqui, a diferença em relação à proposta 2 está na quantidade adicional de recursos destinada ao pagamento dos profissionais de nível superior (exceto, portanto, médicos e odontólogos).

Esta diferença a de 2,7 bilhões de cruzados, dos quais 1,6 bilhões destinados à categoria profissional dos enfermeiros (Tabelas IV e V e Gráficos I, II, V, VI e VII). O Gráfico XII mostra que o percentual dos custos adicionais destinados ao pagamento dos outros profissionais de nível superior passa a ser de 30,6%.

Proposta 4

Finalmente, a última proposta incorpora a recomendação presente nos relatórios da Conferência Nacional de Recursos Humanos, na parte referente à remuneração dos profissionais de nível superior (ver Metodologia).

Estes salários são apresentadas na Tabela VI-A.

Pode-se observar (na Tabela VI e Gráficos de I a IX) que o aumento dos custos da isonomia ocorre em todos os níveis e para todas as categorias. No custo total a proposta 4 (79 bilhões) é mais de 100% superior a proposta 3 (37,7 bilhões) (ver Tabelas V e VI e Gráfico I).

Outra constatação feita é de que o aumento dos custos, em relação à proposta 3, é maior para as categorias de nível elementar e médio, respectivamente, visto que a disparidade salarial entre a remuneração atual e a presente na proposta 4 é maior para estes profissionais. O Gráfico XIII apresenta a distribuição dos custos adicionais, que são da ordem de 55 bilhões de cruzados.

Os Gráficos I e II apresentam os custos totais para os 3 níveis institucionais e para cada um deles isoladamente, respectivamente, comparando o gasto atual e previsões de custos para cada uma das 4 propostas apresentadas. Os Gráficos de III a IX apresentam estes dados para cada uma das categorias profissionais (ou grupos) estudados.

BIBLIOGRAFIA

- (1) ENSP/UFMG. "Dinâmica do Emprego em Saúde no Brasil", Tabulações Especiais, 1986. Mimeo.
- (2) CAMPOS, F.; OLIVEIRA Jr., M. "Política de Recursos Humanos para o Setor Saúde no Brasil", 1986. Mimeo.
- (3) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final: "Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde", 1986.
- (4) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final: "8.ª Conferência Nacional de Saúde", 1986.

GRAFICO I

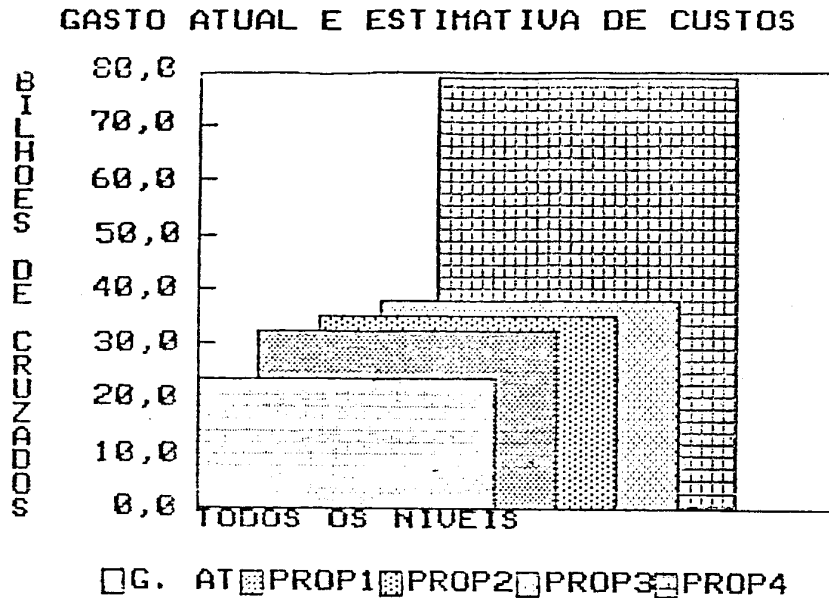


GRAFICO II

GASTO ATUAL E ESTIMATIVA DE CUSTOS

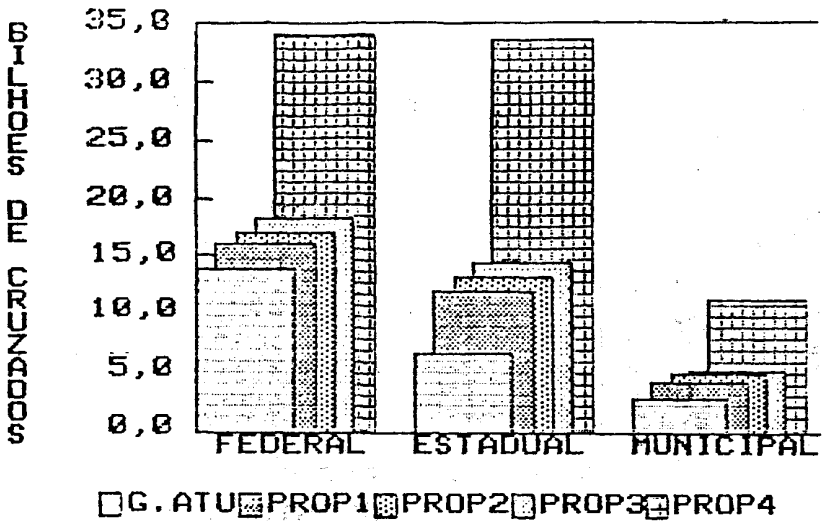


GRAFICO III

GASTO ATUAL E ESTIMATIVA DE CUSTOS

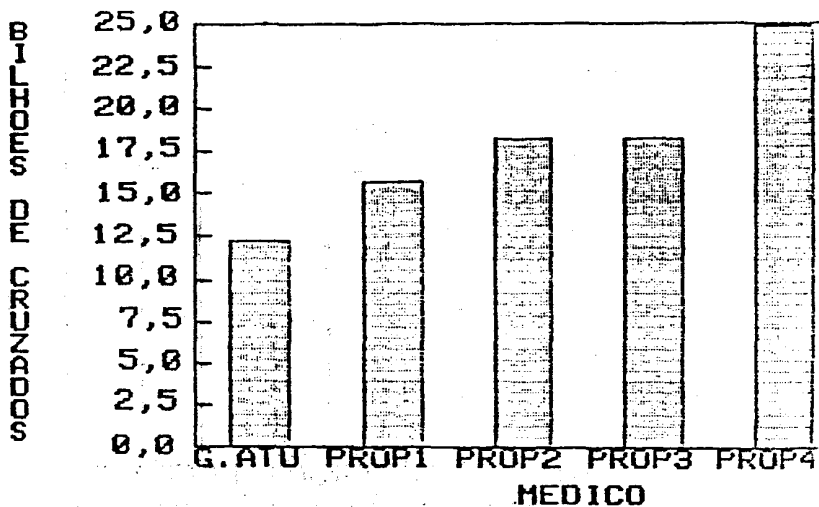


GRAFICO IV

GASTO ATUAL E ESTIMATIVA DE CUSTOS

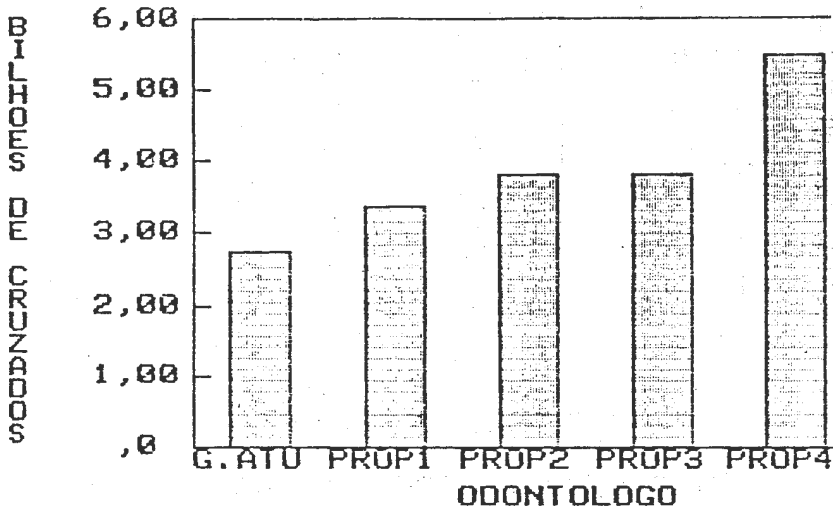


GRAFICO V

GASTO ATUAL E ESTIMATIVA DE CUSTOS

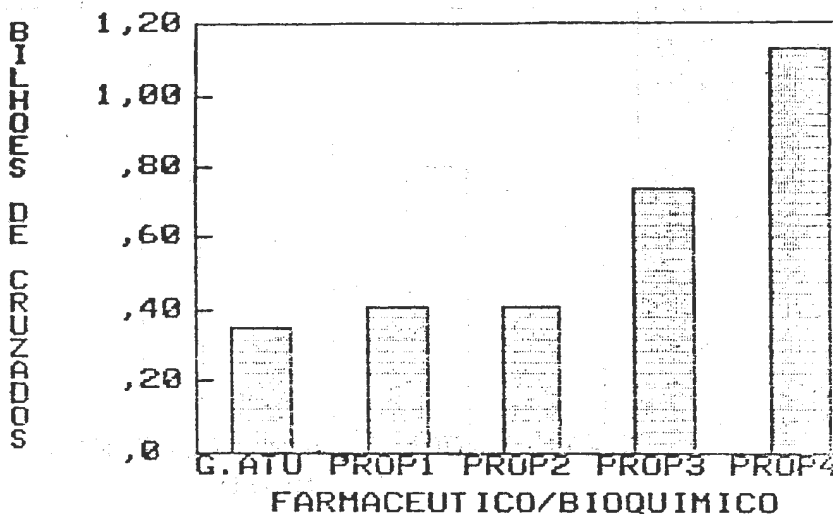


GRAFICO VI

GASTO ATUAL E ESTIMATIVA DE CUSTOS

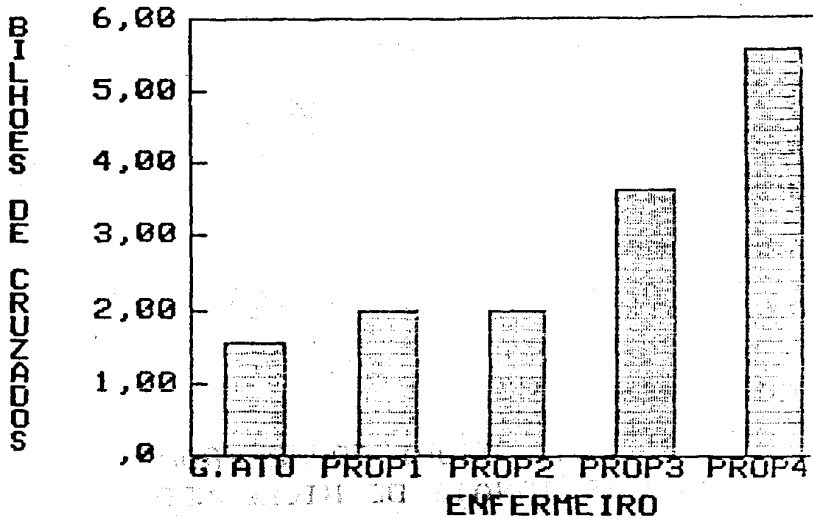


GRAFICO VII

GASTO ATUAL E ESTIMATIVA DE CUSTOS

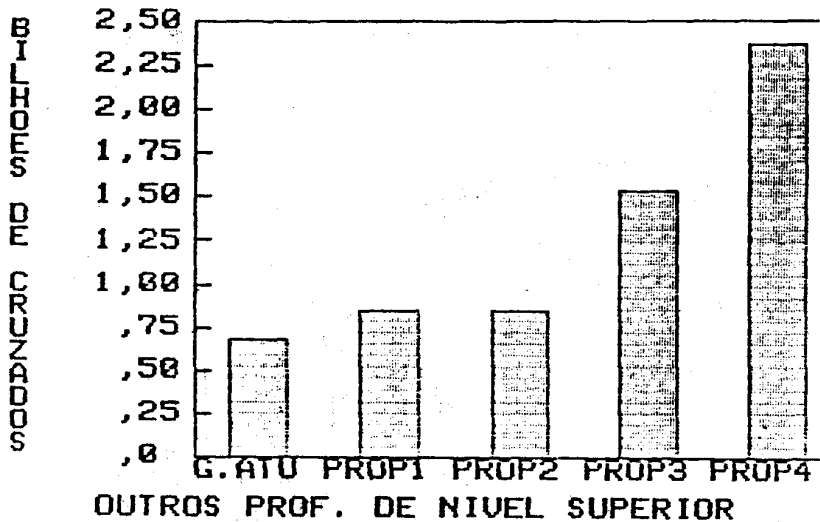


GRAFICO VIII

GASTO ATUAL E ESTIMATIVA DE CUSTOS

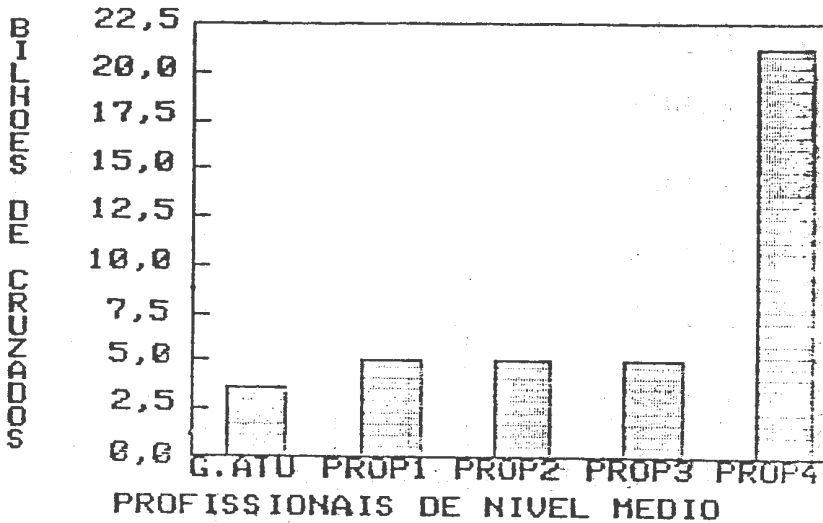


GRAFICO IX

GASTO ATUAL E ESTIMATIVA DE CUSTOS

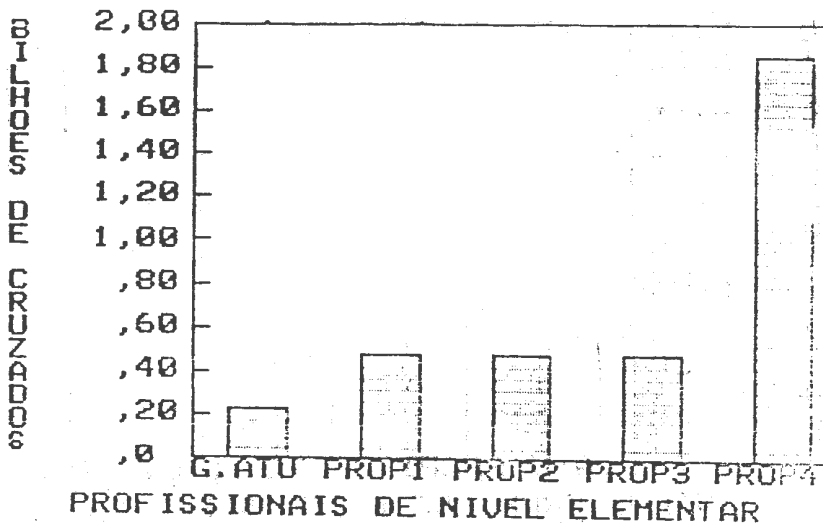
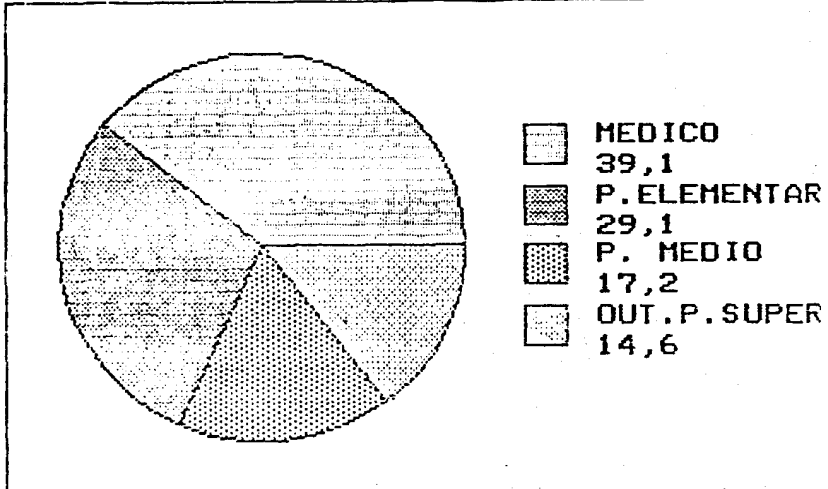


GRAFICO X

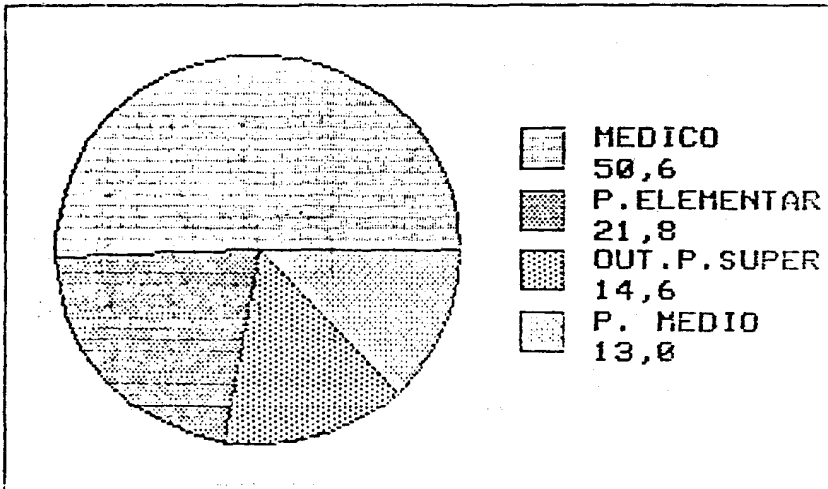
CUSTO ADICIONAL DA PROPOSTA 1 (%)



CUSTO ADICIONAL TOTAL= CZ\$ 8,7 BILHOES

GRAFICO XI

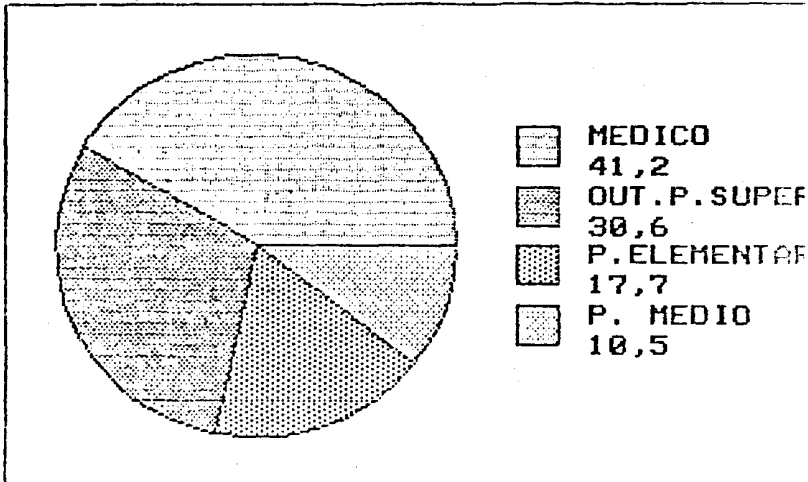
CUSTO ADICIONAL DA PROPOSTA 2 (%)



CUSTO ADICIONAL TOTAL= CZ\$ 11,6 BILHOES

GRAFICO XII

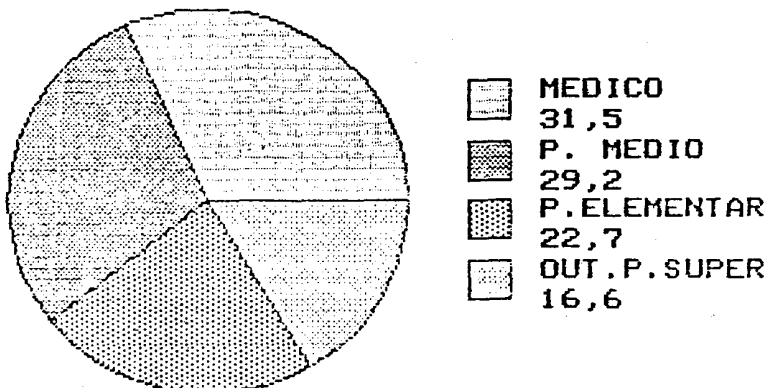
CUSTO ADICIONAL DA PROPOSTA 3 (%)



CUSTO ADICIONAL TOTAL= CZ\$ 14,3 BILHOES

GRAFICO XIII

CUSTO ADICIONAL DA PROPOSTA 4 (%)



CUSTO ADICIONAL TOTAL= CZ\$ 55,6 BILHOES

TABELA I
ESTIMATIVA DO NÚMERO DE POSTOS DE TRABALHO
NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE EM
JULHO DE 1986, SEGUNDO O NÍVEL INSTITUCIONAL (x)

NÍV. INSTIT. ----- CAT. PROFIS.	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
MÉDICO	TI: 15.295 TP: 33.571	TI: 6.093 TP: 41.882	TI: 2.361 TP: 18.349	TI: 23.749 TP: 93.802
ODONTÓLOGO	TI: 6.154 TP: 4.797	TI: 1.368 TP: 6.359	TI: 265 TP: 4.465	TI: 7.787 TP: 15.621
ENFERMEIRO	TI: 6.671 TP: 901	TI: 6.075 TP: 1.876	TI: 829 TP: 1.630	TI: 13.575 TP: 4.407
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	TI: 1.408 TP: 237	TI: 815 TP: 1.099	TI: 132 TP: 389	TI: 2.355 TP: 1.725
OUT. PROF. (1) NÍV. SUPERIOR	TI: 3.505 TP: 355	TI: 1.676 TP: 722	TI: 376 TP: 1.293	TI: 5.557 TP: 2.370
PROFIS. DE (2) NÍVEL MÉDIO	TI: 39.245 TP: 6.283	TI: 32.784 TP: 8.299	TI: 6.615 TP: 7.987	TI: 78.644 TP: 22.589
PROFIS. DE (3) NÍV. ELEMENTAR	TI: 31.205 TP: 899	TI: 50.902 TP: 12.885	TI: 13.599 TP: 5.030	TI: 95.706 TP: 18.814
TOTAL (4)	TI + TP = 150.526	TI + TP = 172.835	TI + TP = 63.320	TI + TP = 386.681

(x) *Projeção feita a partir da pesquisa: ENSP/UFMG, "Dinâmica do emprego em Saúde no Brasil", Tabulações Especiais, 1986. mimeo.*

(1) *Nutricionista, Psicólogo, Sanitarista, Assistente Social.*

(2) *Téc. de Laboratório, Téc. de Raio X, Téc. de Enfermagem, Aux. de Enfermagem, Téc. de Saneamento, Aux. de Saneamento.*

(3) *Atendente, Parteira, Visitador Sanitário, Ag. Saúde Pública.*

(4) *Não estão incluídos outros Prof. de nível Sup., Médio e Elementar.*

TABELA II
ESTIMATIVA DE GASTOS COM PESSOAL X NOS SERVIÇOS
PÚBLICOS DE SAÚDE PARA O ANO DE 1987

EM MILHÕES DE CRUZADOS

NÍV. INSTIT. ----- CAT. PROFIS.	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
MÉDICO	7.695,4	3.215,5	1.354,6	12.265,5
ODONTÓLOGO	1.949,8	498,9	293,3	2.742,0
ENFERMEIRO	787,0	563,3	193,1	1.543,4
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	168,7	143,6	38,3	350,6
OUT. PROF. NÍV. SUPERIOR	388,9	167,5	120,0	671,4
PROFIS. DE NÍVEL MÉDIO	2.009,7	1.061,3	539,9	3.610,9
PROFIS. DE NÍV. ELEMENTAR	952,4	1.002,3	279,8	2.234,5
TOTAL	12.951,9	6.647,4	2.819,0	23.418,3

(X) Não estão incluídos os encargos sociais (nem o 13º salário).

TABELA II – A

SALÁRIOS UTILIZADOS PARA OS CÁLCULOS APRESENTADOS NA TABELA II

EM CRUZADOS

NÍV. INSTIT. ----- CAT. PROFIS.	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
MÉDICO	1 Vinc.: 10.967,92 (1) 2 Vinc.: 17.854,09 (1a)	4.955,17(4)	4.892,96 (4)
ODONTÓLOGO	10.867,92 (1)	4.571,96 (4)	4.892,98 (4)
ENFERMEIRO	9.209,30 (1b)	4.705,58 (5)	4.892,98 (5)
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	9.209,30 (1b)	5.473,62 (5)	4.892,98 (5)
OUT. PROF. NÍV. SUPERIOR	9.209,30 (1b)	4.579,89 (5)	4.892,98 (5)
PROFIS. DE NÍVEL MÉDIO	3.951,11 (2)	2.268,43 (6)	3.243,00
PROFIS. DE NÍV. ELEMENTAR	2.507,41 (3)	1.379,94 (6)	1.223,00 (6)

(1) Ref. NS 17 + 80% NS 25 + 20% NS 17

(1a) Ref. NS 17+ 100% NS 25 + 20% NS 17+NS 17+20% NS 17

(1b) Ref. NS 17 + 80% NS 17 + 20% NS 17

(2) Ref. NM 30 + 40% NM 32

(3) Ref. NM 19 + 40% NM 26

(4) 20 Horas Semanais

(5) 30 Horas Semanais

(6) 40 Horas Semanais

TABELA III

ESTIMATIVA DE CUSTOS COM PESSOAL X NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE,
PARA O ANO DE 1987, COM A ADEÇÃO VOLUNTÁRIA DE 50% DOS MÉDICOS E
ODONTÓLOGOS À PROPOSTA DE EMPREGO ÚNICO

EM MILHÕES DE CRUZADOS

NÍV. INSTIT. ----- CAT. PROFIS.	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
MÉDICO	8.513,8	5.040,2	2.130,7	15.684,7
ODONTÓLOGO	2.066,2	852,1	447,6	3.365,9
ENFERMEIRO	890,0	876,4	205,5	1.971,9
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	190,8	170,5	40,8	402,1
OUT. PROF. NÍV. SUPERIOR	460,2	254,6	127,8	842,6
PROFIS. DE NÍVEL MÉDIO	2.411,9	2.101,6	603,7	5.117,2
PROFIS. DE NÍV. ELEMENTAR	1.437,3	2.603,9	731,7	4.772,9
TOTAL	15.970,2	11.899,3	4.287,8	52.157,3

(x) Não estão incluídos os encargos sociais (nem o 13º salário).

TABELA III – A

SALÁRIOS UTILIZADOS PARA OS CÁLCULOS
APRESENTADOS NAS TABELAS III E IV

EM CRUZADOS	
CATEGORIA PROFISSIONAL	SALÁRIO
MÉDICO	19.093,66 (1)
ODONTÓLOGO	19.093,66 (1)
ENFERMEIRO	10.414,73 (2)
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	10.414,73 (2)
OUTROS PROF. DE NÍVEL SUPERIOR	10.414,73 (2)
PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO	4.741,89 (3)
PROFISSIONAIS DE NÍVEL ELEMENTAR	3.784,03 (4)

(1) $Ref. NS 5 + 20\% NS 5 + 80\% NS 25) \times 2 + 20\%$

(2) $(Ref. NS 5 + 20\% NS 5 + 80\% NS 25) + 20\%$

(2) $Ref. NM 17 + 80\% NM 32) + 20\%$

(4) $(Ref. NM 14 + 80\% NM 26) + 20\%$

TABELA IV

ESTIMATIVA DE CUSTOS PARA O PAGAMENTO DE PESSOALX NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, PARA O ANO DE 1987, COM A ADEÇÃO DE 100% DOS MÉDICOS E ODONTÓLOGOS À PROPOSTA DE EMPREGO ÚNICO

EM MILHÕES DE CRUZADOS

NIV. INSTIT. ----- CAT. PROFIS.	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
MÉDICO	9.332.2	6.194.1	2.643.1	18.169.4
ODONTÓLOGO	2.183.8	1.041.9	572.2	3.797.9
ENFERMEIRO	890.0	876.4	205.5	1.971.9
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	190.8	170.5	40.8	402.1
OUT. PROF. NÍV. SUPERIOR	460.2	254.5	127.8	842.6
PROFIS. DE NÍVEL MÉDIO	2.411.9	2.101.6	603.7	5.117.2
PROFIS. DE NÍV. ELEMENTAR	1.437.6	2.603.9	731.7	4.772.9
TOTAL	16.906.2	13.243.0	4.924.8	35.074.0

(X) Não estão incluídos os encargos sociais (nem o 13º salário).

TABELA V

ESTIMATIVA DE CUSTOS PARA O PAGAMENTO DE PESSOAL X NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, PARA O ANO DE 1987, COM ADEÇÃO DE 100% DOS MÉDICOS E ODONTÓLOGOS AO EMPREGO ÚNICO E ISONOMIA SALARIAL ENTRE TODOS OS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

EM MILHÕES DE CRUZADOS

NIV. INSTIT. ----- CAT. PROFIS.	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
MÉDICO	9.332,2	6.194,1	2.643,1	18.169,4
ODONTÓLOGO	2.183,8	1.041,9	572,2	3.797,9
ENFERMEIRO	1.631,7	1.606,8	376,7	3.615,2
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	350,0	312,6	74,8	737,4
OUT. PROF. NÍV. SUPERIOR	843,7	466,7	234,3	1.544,7
PROFIS. DE NÍVEL MÉDIO	2.411,9	2.101,6	603,7	5.117,2
PROFIS. DE NIV. ELEMENTAR	1.437,3	2.603,9	731,7	4.772,9
TOTAL	18.190,6	14.327,6	5.236,5	37.754,7

(X) Não estão incluídos os encargos sociais (nem o 13º salário).

TABELA V-A

SALÁRIOS UTILIZADOS PARA OS CÁLCULOS APRESENTADOS NA TABELA V

CATEGORIA PROFISSIONAL	EM CRUZADOS
	SALÁRIO
MÉDICO	19.093,66 (1)
ODONTÓLOGO	19.093,66 (1)
ENFERMEIRO	19.093,66 (1)
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	19.093,66 (1)
OUTROS PROF. DE NÍVEL SUPERIOR	19.093,66 (1)
PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO	4.741,89 (2)
PROFISSIONAIS DE NÍVEL ELEMENTAR	3.784,03 (3)

(1) (Ref. NS 5 + 20% NS 5 + 80% NS 25) x 2 + 20%

(2) (Ref. NM 17 + 80% NM 32) + 20%

(3) (Ref. NM 14 + 80% NM 26) + 20%

TABELA VI

ESTIMATIVA DE CUSTOS PARA O PAGAMENTO DE PESSOAL X NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, PARA O ANO DE 1987, UTILIZANDO-SE O SALÁRIO MÍNIMO DO DIEESE COMO REFERÊNCIA

EM MILHÕES DE CRUZADOS

NIV. INSTIT. ----- CAT. PROFIS.	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
MÉDICO	11.290,0	9.514,2	4.059,8	24.864,0
ODONTÓLOGO	3.009,9	1.600,4	879,0	5.489,3
ENFERMEIRO	2.506,3	2.468,1	578,6	5.553,0
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	537,2	480,2	114,8	1.132,3
OUT. PROF. NÍV. SUPERIOR	1.295,0	716,9	359,9	2.372,6
PROFIS. DE NÍVEL MÉDIO	9.944,9	8.664,5	2.489,0	21.099,4
PROFIS. DE NÍV. ELEMENTAR	5.570,1	10.091,0	2.835,5	18.495,6
TOTAL	34.154,4	33.536,3	11.316,7	79.007,4

(X) Não incluídos os encargos sociais (nem o 13º salário).

TABELA VI-A

SALÁRIOS UTILIZADOS PARA OS CÁLCULOS APRESENTADOS NA TABELA VI

EM CRUZADOS	
CATEGORIA PROFISSIONAL	SALÁRIO
MÉDICO	29.328,00 (1)
ODONTÓLOGO	29.328,00 (1)
ENFERMEIRO	29,328,00 (1)
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	29.328,00 (1)
OUTROS PROF. DE NÍVEL SUPERIOR	29.328,00 (1)
PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO	19.552,00 (2)
PROFISSIONAIS DE NÍVEL ELEMENTAR	14.664,00 (3)

(x) Salário mínimo do DIEESE em Janeiro/87 (Cz\$ 4.888,00)

(1) 6 salários mínimos do DIEESE

(2) 4 salários mínimos do DIEESE

(3) 3 salários mínimos do DIEESE

O financiamento da Saúde

*Grupo de Trabalho sobre
Financiamento do Setor Saúde da
Comissão Nacional da Reforma Sanitária*

GRUPO DE TRABALHO

*André Cezar Medici – Coordenador
Aldofo H. Chorny
Beatriz Azeredo da Silva
Miguel Murat
Pedro Luiz B. Silva
Fernando Rezende
Sérgio Francisco Piola*

APRESENTAÇÃO

Este relatório é o produto das discussões gerais dos Grupos Técnicos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), as quais vem se realizando desde outubro de 1986. Muitas das idéias aqui discutidas já fazem parte do acervo do pensamento de saúde coletiva, que cresceu enormemente neste esforço de profissionais do setor e da sociedade organizada em construir um novo Sistema Nacional de Saúde, adequado aos propósitos básicos de universalidade do acesso, enquidade no atendimento e integralidade das ações. A Reforma Sanitária continua sendo uma bandeira a ser implantada nos Estados e escrita na nova Carta Constitucional, mas já é uma realidade ao nível das aspirações da população, das intenções dos profissionais de saúde e dos programas de vários dos novos governadores eleitos em 15 de novembro último.

Dado o caráter coletivo das reflexões contidas neste documento, seria impossível recordar todos a quem devem ser atribuída a proposta aqui apresentada. Seria injusto, no entanto, deixar de mencionar alguns nomes. Antes de tudo, no poderíamos deixar de agradecer aos professores Arlindo Fábio Gómez Sousa e Cristina de Albuquerque Possas; Secretário Técnico e Coordenadora dos Grupos Técnicos da CNRS, respectivamente. O primeiro possibilitou o apoio material á realização das discussões, á obtenção de documentos e á reprodução a circulação do material produzido pela CNRS e pelos grupos técnicos. A Professora Cristina Possas forneceu inestimável apoio técnico aos grupos, aperfeiçoando os temas discutidos e as propostas de arcabouço institucional, sem as quais os trabalhos do grupo de financiamento não teriam sido viabili-

zadas. Sua motivação, mesmo nos momentos mais difíceis, foi imprescindível na continuidade das providências que deram origem a esta proposta.

Em seguida, mas não em menor importância, gostaria de agradecer àqueles que, mesmo com o pouco tempo de que dispõem, aceitaram a tarefa de se incorporar a esse grupo técnico e elaborar a proposta de financiamento setorial. São eles a Professora Beatriz Azeredo, funcionária da SEPLAN, que participa da Comissão Nacional de Reforma Tributária coordenada pelo Professor Fernando Rezende. A Professora Beatriz Azeredo contribuiu nas questões relacionadas aos impactos da Reforma Tributária e no esquema de relações financeiras e orçamentárias que irão delinear o sistema descentralizado de funcionamento da Reforma Sanitária, especialmente no que se refere aos Estados e Municípios.

O Professor Pedro Luiz Barros Silva, além de facilitar o acesso a documentos e informações valiosas sobre o processo de reestruturação da assistência médica da Previdência Social, formulou, com sua experiência de Secretário de Orçamento, Finanças e Controle do INAMPS, alguns princípios que norteiam a Reforma Sanitária Brasileira.

Muito se deve também ao Professor Miguel Murat, chefe do Departamento de Planejamento do INAMPS que com a sua experiência no processo de construção da programação e orçamentação integrada para 1987, contribuiu no estabelecimento dos fluxos de relacionamento entre Estados, Municípios, Unidades de Saúde e população, especialmente no que diz respeito a gestão financeira e ao controle das ações de Saúde num sistema unificado.

Os Professores Adolpho Chorny e Francisco Piola também contribuíram na presente proposta com suas reflexões escritas e sua experiência. O primeiro, chefe do Departamento de Planejamento e Administração da ENSP/FIO-CRUZ, possui vasto conhecimento sobre a realidade dos serviços e sobre experiências de reformulação de sistemas de saúde em diversos países, e ajudou no sentido de evitar que algumas propostas formuladas não se constituíssem erros já cometidos em outras realidades internacionais. O segundo, técnico do grupo de estudos de saúde do IPEA em Brasília, detentor de grande bagagem na avaliação de programas de saúde ao nível federal, contribuiu, da mesma forma, na discussão de propostas que garantissem, no plano financeiro, os objetivos últimos da Reforma Sanitária.

Por fim, cabe também ressaltar a importância do apoio institucional de órgãos como a FIOCRUZ, o INAMPS e a FUNDAÇÃO, esta última na figura do Professor Eduardo Fagnani, que promoveu um seminário sobre "Financiamento da Política de Saúde" em São Paulo no dia 16 de fevereiro último. Certamente que deste seminário emergiu o formato final de muitas das questões aqui abordadas.

O relatório encontra-se dividido em sete partes e dois apêndices. Na introdução são discutidos os problemas relacionados a montagem de um orçamento social unificado, bem como os princípios norteadores da Reforma Sanitária e os percalços e facilidades que tais princípios trazem na montagem de um sistema de financiamento do setor saúde, numa perspectiva de unificação de comando.

A segunda parte – as pré-condições financeiras da Reforma Sanitária – constitui-se no delineamento de algumas medidas financeiras de caráter mais geral, voltadas para organizar a sistemática de fundos governamentais, os orçamentos da União e da Previdência Social. Tais medidas devem ser tomadas com vistas a facilitar a obtenção de novos recursos para a saúde bem como a racionalização e a eliminação do desperdício dos fundos já existentes.

A terceira busca discutir a adequação da sistemática de financiamento setorial ao arcabouço institucional proposto para o novo sistema de saúde, levando em consideração a estratégia de implantação do sistema e seus desdobramentos no curto e no longo prazo.

Na quarta parte são levantadas questões relacionadas ao impacto da Reforma Tributária no sistema de financiamento setorial, especialmente no que diz respeito aos Estados e aos Municípios.

A quinta parte visa analisar novas formas de relacionamento do setor público com a rede privada de serviços de saúde, com ênfase em questões como redefinição dos papéis da rede privada, utilização mais intensa da rede pública e filantrópica e mais seletiva da rede contratada, recursos adicionais que tal mecanismo poderia gerar para o sistema e descentralização da sistemática de contratação da rede privada, ao nível dos Estados e Municípios.

A sexta parte tenta definir alguns mecanismos que possibilitem articular o financiamento e a gestão local e institucional das ações de saúde. Por fim, na última, são arroladas, de forma sintética, as principais propostas discutidas ao longo do relatório.

Construir um novo Sistema de Saúde no Brasil, com a abrangência e o escopo das tarefas propostas pela Reforma Sanitária não é tarefa que se realize da noite para o dia. Os vícios e deficiências do atual sistema nacional de saúde requerem um certo gradualismo bem como uma estratégia de implantação. Propõe-se, neste relatório, que os Estados sejam, na atual conjuntura, a primeira instância onde ocorrerá a unificação dos sistemas de saúde. Tal processo jamais poderá ser homogêneo, mas ao contrário, responderá objetivamente á realidade concreta de cada Região. Dos Estados sairão as propostas de distritalização e será desencadeado, conjuntamente com as Prefeituras, a unificação dos sistemas de saúde municipais. Dos Estados que, igualmente, serão formados os "lobbies" e serão garantidas as condições técnicas para unificação pela base do sistema, ao nível nacional.

Dadas estas características, este relatório, antes de ser ponto de chegada dos trabalhos do grupo técnico de financiamento da CNRS, é ponto de partida para uma discussão mais aprofundada do tema, seja nas Comissões Estaduais da Reforma Sanitária, seja nos grupos que se formarem para discutir o assunto na Assembléia Nacional Constituinte.

André Cezar Medici
26 de fevereiro de 1987

INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária brasileira vem sendo proposta como estratégia destinada a desencadear, no curto prazo, uma ampla reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com vistas a cumprir os princípios e objetivos fixados pela VIII Conferência Nacional de Saúde. Os caminhos a percorrer, tendo em vista a Reforma Sanitária, vem sendo intensivamente discutidos no último ano, seja em órgãos governamentais, nas universidades, nos meios de profissionais ligados à área, seja no seio dos movimentos sociais e de trabalhadores. Com toda essa ampla gama de discussões, torna-se difícil obter consenso, especialmente em questões específicas e que envolvam procedimentos operacionais mais a miúdo. Buscando garantir um maior nível de homogeneidade de propostas e tendo em vista avançar sobre as diretrizes que surgiram a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi criada, no segundo semestre de 1986 a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), cuja composição buscou englobar todos os segmentos sociais e profissionais interessados no estabelecimento de uma nova política de saúde para o país.

O conjunto de propostas e diretrizes que surgem dos trabalhos da CNRS, cujo prazo final de funcionamento é 10 de março do corrente ano, levam em consideração uma série de princípios éticos e sociais, próprios de um setor que, como o de saúde, tem, antes de tudo, responsabilidade pela vida e pelas condições sócio-econômicas inerentes ao perfil da doença na sociedade brasileira. Portanto, a Reforma Sanitária não se resume a mexidas no organograma setorial, planos de isonomia salarial para os funcionários do setor e, até mesmo, em garantir para todos um dado número de vacinas, consultas e internações por ano. Na medida em que ela se propõe a, conjuntamente com as demais políticas sociais, reveter o quadro de determinantes sociais da doença, a Reforma Sanitária pretende trazer, em última instância, uma transformação mais profunda das relações do Estado com a Sociedade na dinâmica das políticas de saúde.

Com esse espírito, o conjunto de princípios e propostas que norteiam os trabalhos da CNRS podem até ser considerados distantes ou de difícil obtenção, embora sejam absolutamente imprescindíveis na sensibilização e mobilização social dos atores envolvidos no processo de mudança (1). Mas ao mesmo tempo, a consecução de tais princípios e propostas traz a baila a necessidade de se estabelecer um "modus operandi" mais integrado com todo o conjunto das demais políticas sociais, o que implica em formas de financiamento que levem em conta tal integração.

O perfil de saúde da população brasileira é resultante de uma série de determinações expressas pelas condições de pobreza e pela desigualdade de renda e acesso a condições dignas de alimentação, moradia, educação e qualidade do meio-ambiente. Os últimos dados disponíveis, relativos ao ano de 1985, revelam que 43% dos trabalhadores no Brasil recebem até 1 salário mínimo mensal; 28 milhões de ocupados não são contribuintes da Previdência Social (47% do total de trabalhadores); 57% dos empregados assalariados não tem carteira de trabalho assinada, 20,7% das pessoas de 15 anos ou mais são analfabetas, 22,7% dos domicílios urbanos não tem sistemas adequados de abastecimento d'água e 36,0% não tem instalações adequadas de esgoto. Apesar da inexistência de informações recentes, pode-se dizer que mais de um terço das crianças com menos de 5 anos sofrem risco nutricional, o que se reflete

nas altas taxas de mortalidade infantil que ainda tem nas doenças do aparelho digestivo e respiratório as principais causas de morte.

Essas rápidas pinceladas do quadro social brasileiro evidenciam que não existe sistema de saúde que, isoladamente, possa avançar até o ponto em que sejam atingidas as condições de saúde hoje vigentes nos países desenvolvidos. Uma reforma sanitária requer, para seu pleno desenvolvimento, uma reforma social, pois alcançar a meta de obter para todos os cidadãos um grau de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva significa adotar um enfoque que não restrinja a saúde simplesmente à ausência de enfermidade, mas considere-a como expressão de uma adequada qualidade de vida.

A política social brasileira tem sido historicamente marcada pela compartimentalização. São propostos programas de saúde dissociados da política educacional, da política nutricional, das medidas redistributivas no campo da produção e da renda, da política urbana (saneamento, habitação e proteção ao meio-ambiente), etc. Nos últimos anos essa compartimentalização atingiu o interior de cada setor da política setorial. Assim, ao separar assistência médica de saúde pública, o desenvolvimento urbano de política de transportes, o saneamento básico de política de proteção ao meio ambiente, só para citar alguns exemplos, se impede, na prática, que os recursos alocados nesses setores sejam gastos adequadamente, promovendo, em paralelo, uma justaposição de esforços em algumas áreas, associada a escassez de recursos em outras. A compartimentalização da política social traz ainda graves seqüelas como a impossibilidade de uma efetiva articulação setorial e o decorrente crescimento das máquinas administrativas, pois cada setor passa a ter seu próprio escritório de planejamento e administração de seus recursos. A resultante de todo esse processo é expressa no desperdício de recursos, na baixa eficácia social dos projetos e na ausência de resolutividade na ponta da linha dos serviços.

1.1 – A necessidade de um orçamento social integrado

Uma adequada política de saúde requer que o sistema educacional promova, ao nível básico, as medidas de educação sanitária para a população, indispensáveis para evitar a transmissão de endemias e para garantir a saúde em todos os aspectos relacionados a higidez. Da mesma forma é em conjunto com o sistema educacional que serão formados os quadros de nível técnico e superior que ocupam o interior das instituições de saúde.

A produção de alimentos e sua distribuição seja pelas vias de comercialização ou pela simples doação à populações carentes, exige uma política agrícola adequada, que forneça alimentos básicos, forme estoques reguladores, estabeleça condições de armazenagem e crie mecanismos de distribuição que fujam ao clientelismo o qual ainda impede uma adequada política alimentar no Brasil, indispensável a redução do risco nutricional nas regiões mais carentes do país.

A articulação entre os programas de saneamento básico e de saúde é fundamental, tendo em vista priorizar o investimento em áreas onde as condições sanitárias ameaçam mais fortemente à saúde da população. Da mesma forma os investimentos em infra-estrutura no campo de produção de equipamentos

médicos, fármacos e imunobiológicos e medicamentos criam uma larga ponte entre a política de saúde e as políticas de ciência e tecnologia e industrial. Isso sem não citar a fiscalização das condições de trabalho, de moradia e de lazer, o que estabelece forte ligação entre a política trabalhista/sindical e a política urbana e de meio ambiente com as medidas no campo da saúde.

Não resta dúvida que uma maior articulação entre todos esses campos de política social e econômica traria não só a possibilidade de um planejamento mais integrado como também aumentaria a resolutividade, na ponta da linha ao combate de seqüelas, cuja causalidade e, sabidamente, multivariada. O melhor ponto de partida para iniciar essa descompartimentalização seria a montagem de um orçamento social integrado que viesse a unificar todas as fontes e todos os fundos de receita vinculados à programas sociais.

Ao longo dos últimos vinte anos, ocorreu um progressivo esvaziamento dos recursos a disposição dos órgãos governamentais da administração direta ligados a execução de programas sociais, fazendo com que os recursos do orçamento fiscal fossem insuficientes para o custeio das ações sociais básicas. Em contrapartida foram criados fundos sociais que na década de 1980 representavam quase um segundo orçamento fiscal da União em valor (2). No entanto, os recursos provenientes desses fundos estão, em muitos casos, vinculados a aplicações de baixa efetividade social. A vinculação traz ainda outros problemas como a abundância de recursos em programas de baixo retorno social e a ausência de fundos em programas prioritários e de maior carência.

A criação de um orçamento social unificado poderia ocorrer a partir do somatório dos recursos do Tesouro gastos com programas sociais, adicionado dos fundos sociais (incluindo o Fundo de Previdência e Assistência Social – FPAS). Tais recursos poderiam ser repartidos de acordo com a necessidade de custeio de cada grande área de política social (Saúde, Educação, Previdência Social, Nutrição, Saneamento Básico, Habitação, Transportes Urbanos, etc.), evitando a duplicação de atividades em órgãos distintos, bem como o desperdício dos recursos desde a partilha orçamentária.

A necessidade de custeio de cada área de política social seria avaliada a partir das demandas setoriais por recursos. Estas envolveriam não só os gastos federais, mas também os eventuais complementos requeridos pelos orçamentos sociais dos Estados e Municípios. Esse mecanismo permitiria que o orçamento social fosse montado a partir de dois tipos de agregação: uma programática e outra regional.

A montagem do orçamento social unificado, em todos os níveis administrativos regionais (União, Estados e Municípios), exigiria que as instâncias descentralizadas, em particular os Estados, detivessem plena autonomia fiscal e financeira no custeio de seus programas sociais, o que só seria possível com a existência de uma reforma tributária que efetivamente viesse a reverter a atual centralização federal dos recursos fiscais. Dessa forma, os recursos federais só cobririam eventuais despesas das esferas descentralizadas não previstas ou que envolvessem grandes programas de investimento no aparelho social. Tal procedimento faria com que os Estados e Municípios passassem a deter autonomia, não só na gestão, como no financiamento de suas ações de política social.

A integração dos Orçamentos Sociais dos Estados e Municípios com o Federal ocorreria a partir de um fluxo de planejamento ascendente. As esferas de gestão desses orçamentos sociais unificados poderiam ser a Secretaria do Tesouro do Ministério da Fazenda, no caso do Governo Federal, e as Secretarias de Fazenda dos Estados e Municípios, no caso das esferas administrativas descentralizadas. A execução financeira dos orçamentos sociais seria feita pelos Ministérios ou Secretarias setoriais (Educação, Saúde, Previdência Social, Desenvolvimento Urbano, etc.), sendo que os recursos aplicados em cada setor contariam com a decisão de conselhos representativos da sociedade civil que participariam, não só da elaboração do orçamento setorial, como também da fiscalização de sua execução.

Embora haja o reconhecimento de que essa seria a melhor forma de programação e gestão do gasto social, a tarefa de montar um orçamento social unificado, em todas as instâncias administrativas e com todos esses mecanismos, é de difícil consecução no curto prazo. Esta dificuldade prende-se a uma série de condicionantes, cabendo destacar:

a) a diversidade dos mecanismos de organização administrativa e gestão de cada setor de política social. Alguns setores já se encontram com propostas bem avançadas, até mesmo ao nível da execução, enquanto outros requerem uma revisão total de suas linhas de atuação e seus planos de cobertura;

b) as dificuldades de se negociar tecnicamente uma alocação conjunta de recursos para os sub-setores sociais que, historicamente, tem sido uma negociação política. Em linhas gerais, pode-se dizer que alguns Ministérios tem receita própria e não abrem mão de suas receitas, enquanto outros, por não apresentarem capacidade autônoma de arrecadação, tem seus recursos determinados, em boa medida, pelo prestígio do titular da pasta, pela qualidade dos trabalhos de sua equipe técnica e pela magnitude do tráfico de influência relacionado ao setor;

c) a capilaridade dos programas sociais ao nível dos Estados e Municípios. Apesar da excessiva centralização federal de recursos, alguns setores como saúde e educação, por exemplo, já são parcialmente assumidos pelos Estados e Municípios. Outros, como o caso das políticas de alimentação e nutrição, são quase integralmente centrados no Governo Federal. É imprescindível aumentar a autonomia dos Estados e Municípios, de forma homogênea, na dinâmica de suas ações sociais, mas isto envolve tempo, qualificação de quadros técnicos, montagem de estruturas de planejamento, avaliação e controle, enfim, uma série de condições que não são passíveis de serem obtidas no curto prazo.

Todas essas dificuldades, somadas a outras de ordem política, impedem que haja uma homogeneidade em cada setor de política social. A montagem de um orçamento social unificado "top-down", nesta perspectiva, certamente traria mais vantagens para os setores mais organizados e menos para os mais incipientes o que, ao invés de possibilitar um desenvolvimento social harmônico e integrado, poderia até desbalancear ainda mais o quadro de alocação do gasto social, fazendo com que os setores com menor grau de organização tivessem um desenvolvimento inequitativo com relação aos demais.

Sugere-se, portanto, como proposta, que ao invés de se montar um orçamento social, ao estilo "top down", seja utilizada a estratégia de agregação setorial para obtenção desse orçamento. Na primeira, a produção da peça orçamentária seria imediata e simultânea para todos os setores. Na segunda, a montagem seria gradual, podendo terminar somente depois de alguns anos. Os ramos mais bem estruturados de política social seriam, certamente, os mais aptos a se inserirem nesse sistema de planejamento e gestão do gasto social no Brasil. Dentro desses ramos, certamente o de saúde é um dos que se encontram mais avançados.

Seria desejável aproveitar parcialmente as experiências de integração das ações de saúde já existentes, como é o caso das Ações Integradas de Saúde, reformulando o que fosse necessário, aumentando a representatividade dos colegiados existentes e dotando-os de infra-estrutura técnica compatível com essas novas responsabilidades de natureza gerencial. Um orçamento unificado do setor saúde poderia se iniciar com a constituição dos Fundos Únicos Estaduais de Saúde (FUES). Estaria garantido, assim, o início da descentralização, não só do processo de orçamentação, como também de gestão dos recursos para a saúde. Os FUES seriam compostos por recursos orçamentários dos Estados, redefinidos em novos patamares em função do processo de Reforma Tributária, e pela descentralização dos gastos federais com saúde pública e assistência médica. Isto, na prática, significaria que as redes básicas do INAMPS e do Ministério da Saúde (SUCAM e Fundação SESP) passariam a ser gerenciadas pelas administrações estaduais e que os recursos financeiros para tal custeio sairiam do orçamento Federal e passariam a ingressar no orçamento dos Estados. A constituição dos orçamentos estaduais unificados de saúde constituiria o ponto de partida para unificação dos sistemas municipais de saúde, a partir de uma estratégia de distritalização sanitária, bem como facilitaria a unificação do sistema ao nível do Governo Federal, com a posterior criação de um Ministério único do setor. Assim, ao fim do processo, passar-se-ia a ter, no nível federal, um Fundo Único de Saúde (FUS), composto por fontes tributárias e pela parcela dos recursos ainda remanescentes de outros fundos sociais com componentes vinculados ao gasto com saúde. Os demais fundos únicos de saúde descentralizados (Estados, Municípios e Distritos Sanitários) seriam integrados verticalmente pela via do planejamento com o FUS. Certamente que haveria radical mudança de enfoque da execução das ações de saúde, de forma que aos distritos sanitários, municípios e estados seriam atribuídas funções de caráter mais executivo e ao Governo Federal caberiam, prioritariamente, ações de caráter normativo, ou ligadas ao desenvolvimento científico e tecnológico do setor e ao estabelecimento das grandes linhas programáticas.

Embora este pequeno resumo dos mecanismos de operação financeira do setor saúde tenha que ser mais detalhado, o que será feito neste relatório, acredita-se que, se procedimento similar fosse adotado em todos os setores sociais, haveria a possibilidade de montar, por agregação, um orçamento social nos níveis federal, estadual e municipal. Isto não significa descartar a proposta de montar orçamentos sociais unificados no país (que até recentemente vinham sendo propostos de forma "top down"), mas sim estabelecer estratégias realistas que tragam a sua efetiva realização.

1.2 — Os princípios da Reforma Sanitária e sua Factibilidade Financeira

Para entender a reformulação do sistema nacional de saúde, numa perspectiva de unificação programática e financeira, é imprescindível o conhecimento dos princípios que irão nortear a Reforma Sanitária no Brasil.

Acredita-se que haja consenso quanto a alguns princípios básicos a serem considerados no processo de Reforma Sanitária. Alguns destes princípios ligam-se as finalidades últimas da Reforma, devendo, portanto, serem vistos como *princípios finalísticos*.

São princípios finalísticos da Reforma Sanitária a universalização, a equidade, a integralidade das ações, a descentralização e a participação social. A *universalização* consiste em estender o acesso à toda população, através do setor público, independentemente dos vínculos de contribuição e das condições sócio-econômicas de cada indivíduo. A *equidade* consiste em fazer com que esse acesso não seja feito através da constituição de clientela, mas sim que todos tenham direito aos mesmos serviços em todo o país, independentemente da vinculação funcional, da posição social na hierarquia ocupacional ou do local de moradia ou trabalho. Certamente que isto se refere à garantia de um dado patamar de equidade. Os indivíduos que quiserem ter acesso a serviços individualizados, ou as empresas que criarem ou mantiverem planos especiais de saúde para seus funcionários podem fazê-lo desde que tais serviços não sejam custeados ou subsidiados tributariamente pelo setor público. A *integralidade* consiste em conceber a saúde em seu sentido mais amplo, o que pode ser definido pela incorporação da assistência médica, saúde pública, vigilância epidemiológico-sanitária, distribuição de medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados e ações normativas e indicativas das áreas de distribuição de alimentos, produção de fármacos, equipamentos e medicamentos, saneamento básico, controle ambiental e acompanhamento do estado nutricional da população; numa perspectiva integrada ao nível da rede de serviços. Isto sem contar as questões ligadas ao dimensionamento, ampliação e capacitação dessa mesma rede, seja no campo do planejamento e construção de unidades físicas, seja na área de formação de recursos humanos. A *descentralização* consiste na passagem do planejamento e execução dessas atividades para as esferas estaduais e municipais, sob orientação e assistência técnica, quando necessária, do Governo Federal, buscando uma aproximação coerente da tomada de decisões com a própria ação finalística. A *participação* consiste, antes de tudo, no reconhecimento de direitos dos usuários (a população) em exercerem o controle sobre a formulação e a execução da política de saúde, assegurando ao mesmo tempo a participação efetiva dos profissionais de saúde nesse processo.

Do ponto de vista do financiamento, esses cinco princípios envolvem o conhecimento de certas informações que garantam o *mapeamento do investimento* para a universalização e equidade, em face dos recursos físicos e financeiros atualmente disponíveis, bem como o *gasto em custeio* do novo sistema, incluindo, entre outras, as despesas com formação de recursos humanos, isonomia salarial dos quadros funcionais do setor público, insumos e medicamentos, manutenção da capacidade instalada, administração, etc. A integralidade pode colocar novos problemas à questão do financiamento setorial. Ao integrar novas funções, certamente o setor terá que absorver novos recursos, como por exemplo algumas funções na área de saúde do trabalhador e sanea-

mento básico, por exemplo, cujos recursos concentrados no Ministério do Trabalho ou no extinto Banco Nacional da Habitação teriam que ser partilhados por função, cabendo uma parte da alíquota à área de saúde.

A questão da descentralização estará, em parte, determinada pela reforma tributária, pela repartição dos fundos sociais e pela magnitude de recursos necessários a operar a rede de serviço, repassada aos Estados e Municípios, da mesma forma que o princípio da participação traz a baila a necessidade de construir sistemas de monitoramento do fluxo de recursos e da eficácia do gasto.

Além dos princípios finalísticos, existe consenso quanto a alguns *princípios estratégicos ou organizativos* da Reforma Sanitária. Consideram-se princípios estratégicos ou organizativos aqueles indispensáveis para que os princípios finalísticos sejam atingidos da melhor forma possível. No atual estágio são considerados estratégicos ou organizativos os princípios da *integração institucional*; da *regionalização/hierarquização*; da *distritalização* e da *gestão colegiada*. Por integração institucional define-se a ruptura com todo o sistema multi-institucional hoje existente no setor; responsável, em grande medida, pela duplicação de esforços; descoordenação; ausência de cobertura em algumas regiões e pela inoperância do sistema de planejamento setorial. A integração institucional requer a constituição de um Sistema Único de Saúde, com a criação de comandos únicos em cada esfera do Governo. Ao que tudo indica, os Estados serão os primeiros a unificar seus sistemas de saúde, mas a unificação completa requer, no longo prazo, sua extensão aos municípios e ao Governo Federal.

Por regionalização/hierarquização, entende-se a forma de assegurar o acesso aos recursos tecnológicos necessários ao atendimento de todo e qualquer cidadão, na complexidade que cada caso mereça. Isto requer a criação de condições técnicas, políticas e financeiras para que cada localidade possa desenvolver e prestar, com autonomia, um patamar mínimo de ações de saúde adequadas a um dado perfil sócio-epidemiológico e com um nível satisfatório de complexidade tecnológica e resolutividade.

A distritalização seria a forma de caracterizar a unidade espacial-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.

Por fim, a gestão colegiada é o instrumento básico tanto da articulação entre os interesses das várias esferas do Governo, com o da participação de vários segmentos sociais na formulação e controle da política e das práticas institucionais.

Os princípios estratégicos ou organizativos também apresentam implicações no campo do financiamento setorial. A integração institucional exige que se construam orçamentos unificados para o setor, não só nos níveis estadual, municipal e distrital, mas também ao nível central, como foi discutido anteriormente. As questões ligadas a regionalização/hierarquização trazem complicações como a determinação dos níveis de complexidade tecnológica dos serviços atinentes às três esferas de Governo. Alguns defendem que os Muni-

ípios deveriam ficar com a atenção primária, os Estados com o nível secundário e o Governo Federal com os níveis de atenção terciária ou com atividades mais especializadas como hospitais, centros de referência em algumas especialidades (câncer, cardiologia, pneumologia, etc.). Mas a proposta dominante é que o nível de complexidade seja definido autonomamente em cada Estado, a partir dos planos Estaduais de Reforma Sanitária e que cada distrito detenha e administre a complexidade de serviços necessária ao seu quadro sócio-epidemiológico. Resguarda-se, apenas, a idéia de manter os hospitais centro-de-referência para uma dada especialidade nos níveis federal ou estadual. Todas essas propostas envolvem formas de custeio e planejamento das ações diferenciadas.

A distritalização também envolve problemas atinentes à questão do financiamento. Além de ser competência de cada Estado definir, em conjunto com as administrações municipais, sua estratégia de distritalização, pode-se dizer que o tamanho dos distritos irá variar em relação ao espaço municipal. Municípios muito complexos, seja pelo tamanho de sua população, pela rede de serviços que dispõe ou pelo quadro sócio-epidemiológico apresentado, tenderiam a ter mais de um distrito sanitário, enquanto que municípios de menor complexidade a maior homogeneidade do quadro sanitário, pouco servidos por estabelecimentos de saúde, poderiam conter apenas um distrito sanitário ou se consorciar com outros municípios próximos e com as mesmas características, com vistas a formação de um único distrito.

Pode-se afirmar que as questões relacionadas aos princípios finalísticos apresentam soluções mais homogêneas. No entanto, as características regionais serão importantes na definição das estratégias individuais que cada Estado terá que adotar tendo em vista a operacionalização dos princípios organizativos. Assim, distintos critérios poderão ser utilizados na regionalização, pressupondo sistemas diferenciados de gestão financeira. As diferentes concepções quanto a questão da hierarquização não permitem estabelecer custos e dimensionar os recursos para montagem dos orçamentos estaduais. Provavelmente, o trabalho das Comissões Estaduais de Reforma Sanitária poderá dar respostas a essas questões.

Conclui-se, portanto, que os princípios finalísticos e os princípios organizativos ou estratégicos são importantes na definição das linhas gerais de ação da Reforma Sanitária, mas só será possível avançar no essencial à luz das condições específicas de cada região, com a participação dos Estados e Municípios na análise das perspectivas e dos obstáculos a sua implementação. Isto permitirá, num momento posterior, a consolidação dos Planos Estaduais da Reforma Sanitária e, mais especificamente, dos mecanismos de financiamento intrínsecos à realidade de cada Estado.

Os princípios delineados na estratégia da Reforma Sanitária não são intangíveis; mas isso não significa que possam ser obtidos unicamente através de um decreto presidencial ou de um artigo da Constituição. Na verdade, um longo processo de aproximações sucessivas terá que ser posto em prática para que tais princípios sejam atingidos gradualmente. A questão da universalização, por exemplo, mesmo que estendida legalmente à toda a população, fica limitada nas regiões onde não existem serviços de saúde públicos. A dificuldade de acesso é mais forte que as palavras do legislador quando se trata de ser atendido pelos serviços de saúde nessas regiões. Isto se aplica, por exem-

plo, ao caso do trabalhador rural que, mesmo com o decreto n° 98.770, de 10/6/86, (o qual determina que os convênios rurais sejam remunerados da mesma forma que os urbanos) continua não sendo adequadamente atendido, em virtude de não ter sido adotada a simples inclusão da população rural como beneficiária dos contratos ou convênios urbanos (6). É lógico que, para isto ser feito, o MPAS teria que comprar uma briga interminável com os sindicatos dos setores organizados, com o setor de prestadores privados e com alguns segmentos profissionais do INAMPS que, por motivos diferenciados, defendem a manutenção da separação dos sistemas de contratos de assistência médica para beneficiários urbanos e rurais.

O princípio da equidade é ainda mais problemático sob esse prisma. Trata-se de discutir até que nível será garantida a equidade (ao nível da cirurgia plástica; do transplante de rim; ou com níveis de complexidade mais baixos?). Essa pergunta não poderá ficar sem resposta por muito tempo. Poderá ter até uma resposta diferente em cada região, em função dos recursos disponíveis, da rede de serviços existentes, dos recursos humanos, etc. Isto significaria incluir no vocabulário do planejamento em saúde o conceito de "equidade adstrita a uma dada região" que, na prática, já existe no interior do próprio setor público, por problemas relacionados às chamadas economias de aglomeração. Mas qualquer que seja a via, terá que ser apontada uma solução para o problema do patamar de equidade, pois caso contrário, não existirão recursos que sejam capazes de dar conta do financiamento setorial. Nesse sentido, a estratégia mais recomendável é propiciar, sempre quando possível, um patamar mais baixo de equidade em todas as regiões, segundo os recursos disponíveis, e ir paulatinamente aumentando esse patamar para os níveis desejados. Além do mais, a questão da equidade de acesso, em termos globais, a impossível de ser atendida em economias de mercado onde a operação da rede privada determina a existência de serviços diferenciados para aqueles que podem pagar. O ideal de equidade de acesso aos serviços de saúde em sociedades como a brasileira, é alcançar, com o setor público, o mesmo patamar de atenção médica disponível por aqueles que podem pagar pelos seus próprios cuidados com a saúde.

A questão da equidade fica ainda mais distante quando observamos que existem mecanismos detonados pelo próprio setor público que mantêm iniquidades de atendimento para clientela especiais. É o caso dos funcionários de algumas empresas estatais e órgãos ministeriais que têm acesso a assistência médico-hospitalar gratuita ou subsidiada; dos incentivos fiscais e dedução integral do imposto de renda dos gastos com assistência médica que, obviamente beneficia os que ganham mais, e das empresas privadas, que, igualmente, têm incentivos fiscais e dedução do imposto de renda ao oferecerem serviços médicos gratuitos aos seus empregados. Neste último caso, não se trata de defender a extinção desses serviços mas a sua atual forma de subsídio através do gasto público.

Todos esses mecanismos, além de promover iniquidade, desviam recursos públicos que poderiam melhor ser distribuídos na consecução de metas ligadas aos princípios de universalização e equidade.

II – AS PRÉ-CONDIÇÕES FINANCEIRAS DA REFORMA SANITÁRIA

Uma estratégia de envergadura política e técnica, como a Reforma Sanitária, exige, necessariamente, vultosos recursos. Nessa perspectiva, a imprescindi-

vel estabelecer uma série de pré -condições que possibilitem a obtenção desses recursos e sua aplicação nos moldes dos princípios anteriormente descritos.

A menor parcela dos recursos que hoje custeiam as ações de saúde provém de fundos da Previdência Social. Tais fundos, na medida que são constituídos majoritariamente por alíquotas arrecadadas em cima da folha de salários (seja na contribuição dos empregadores, seja na contribuição dos empregados), tornam-se vulneráveis com as variações do emprego e da massa de salários, especialmente nas épocas de crise, quando os salários e o volume do emprego caem em proporções maiores do que a massa de lucros. Nessas ocasiões, as arrecadações da Previdência Social se contraem, o que traz grandes ônus para os beneficiários, não só pela contração dos recursos destinados a aposentadorias e benefícios de seguro, como também pela redução dos gastos com a assistência médica da Previdência Social. Estes últimos tendem a ter perdas relativas maiores que os primeiros, pois os gastos com aposentadorias e benefícios constituem-se compromissos fixos da previdência, enquanto os gastos com saúde estão mais sujeitos a cortes, por ser menor o controle dos usuários sobre o patamar dos serviços prestados e sobre a magnitude da cobertura dos programas de assistência médica. Tal fato pode ser ilustrado claramente no Brasil, a partir da crise dos anos oitenta. Em 1976 os gastos com assistência médica (INAMPS) da Previdência Social chegaram a 32% da receita do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). Com a crise que se inicia em 1979 essa participação começa a declinar gradativamente, atingindo em 1983 seu ponto mais baixo (21,9%). Apesar da participação relativa dos gastos com assistência médica do complexo previdenciário voltar a crescer em 1984 e 1985, ela sequer atingiu o patamar existente em 1981 e existem evidências que tal participação caiu de 26,3% para 23% entre 1985 e 1986, o que mostra a precariedade dessa base de financiamento setorial não só para o custeio, mas principalmente para o investimento em novos programas de saúde (3).

Com base nessas evidências, torna-se importante detalhar algumas das pré-condições necessárias a montagem de uma sistemática de financiamento que tenha como meta os princípios finalísticos, e como estratégia os princípios organizativos da Reforma Sanitária:

1. Garantir maior estabilidade às receitas que irão financiar o custeio e o investimento dos programas de saúde em bases mais adequadas;
2. Garantir maior justiça social na distribuição dos ônus das contribuições ao financiamento setorial e maior igualdade no acesso aos serviços, tanto para aqueles que diretamente contribuem como para aqueles que contribuem indiretamente. Vale dizer que qualquer cidadão brasileiro encontra-se em uma das duas situações, o que faz com que o sistema tenha que ser universal, não apenas por ser direito do cidadão, mas também pela universalidade da própria base de sustentação financeira do sistema;
3. Garantir maior aporte de recursos para o setor com vistas a possibilitar estender a cobertura, melhor aparelhar os serviços e criar as condições necessárias para a integralidade. Isto deve significar não apenas maiores patamares de investimento, mas também maiores volumes a serem gastos em custeio;

4. Garantir uma efetiva racionalização dos gastos do setor, o que implica na criação de mecanismos de controle e avaliação da aplicação de recursos que passem por um processo de gestão e acompanhamento social da sistemática do gasto;
5. Garantir uma efetiva descentralização do planejamento das ações de saúde acompanhada por uma real desfederalização do gasto. Para isso, grande parte dos recursos hoje controlados pela União vão ter que ser repassados para o orçamento dos Estados e dos Municípios;
6. Garantir a adoção de estratégias de transição que permitam estabelecer metas reais de cobertura dos serviços de saúde, bem como os prazos para alcançá-las. Para isso, seria de grande relevância, com base nessas metas, o levantamento dos gastos em investimento a custeio da Reforma Sanitária, ao nível dos Estados e Municípios.

A melhor forma de garantir estabilidade aos fundos financeiros voltados para a saúde seria vincular as receitas do setor ao orçamento do Tesouro. Existe uma razão de ordem tributária para explicar esse fato: os recursos do orçamento do tesouro costumam provir de fontes mais estáveis do que os fundos previdenciários, que crescem ou decrescem de acordo com o comportamento da massa de salários. Os principais impostos que sustentam o orçamento fiscal da União são o imposto de renda e o imposto sobre produtos industrializados. O imposto de renda da pessoa física provém não só do rendimento assalariado mas de outras formas de renda pessoal (juros, aluguéis, dividendos, etc.), o que lhe garante uma estabilidade maior que a fonte "salário". O mesmo ocorre com o imposto de renda da pessoa jurídica e o IPI, onde as bases de arrecadação são respectivamente os lucros e o valor da produção. A estabilidade dessas fontes é portanto maior do que a relativa aos salários.

Assim, dados os princípios de universalização e equidade, era de grande importância que, no longo prazo, a Reforma Sanitária fosse custeada basicamente por recursos do Tesouro. Os sistemas universais de atenção à saúde hoje existentes nas economias desenvolvidas sustentam-se majoritariamente com recursos do orçamento fiscal. Países como a Inglaterra, a Alemanha e a França, que abraçaram a via do Welfare-State detêm sistemas universais de saúde desde o pós-guerra. Porém, durante pelo menos 30 anos, uma boa parte do financiamento destas ações continuou a vir dos Fundos Previdenciários. Essa longa transição mostra a impossibilidade imediata de se custear ações universais de saúde única e exclusivamente com recursos do Tesouro, dado que os destinos de recursos orçamentários costumam ser pouco flexíveis em curtos períodos de tempo.

Portanto, devem ser pensadas formas de tornar a receita previdenciária mais estável às flutuações cíclicas da economia, o que só poderia ser feito no momento em que fosse diversificada a base da contribuição previdenciária. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde foram propostas algumas medidas destinadas a tornar as receitas previdenciárias mais estáveis. Grande parte dessas medidas foram incorporadas pelo Grupo de Trabalho de Reestruturação da Previdência Social. Dentre essas medidas destaca-se a substituição gradativa da contribuição das empresas sobre a folha de salários para a contribuição sobre o lucro bruto; a eliminação do teto de 20 salários mínimos e a

diversificação das alíquotas. Além de tornar as receitas mais estáveis, estas medidas contribuem para aumentar as receitas e torná-las mais equânimes na captação (4).

Tais medidas vem solucionar, também, a questão colocada na segunda pré-condição financeira, ou seja, garantir maior justiça social na distribuição do ônus das contribuições ao financiamento setorial; pelo menos no que diz respeito à parcela do setor saúde que é financiado com fundos previdenciários.

É verdade que a vantagem principal de se custear recursos para a saúde com o orçamento fiscal seria a de quebrar argumentos corporativos do tipo "quem, paga merece prioridade no atendimento". No Brasil, no entanto, esses argumentos não são válidos. Cerca de 63% dos recursos do Fundo de Assistência e Previdência Social (FPAS) são oriundos da contribuição das empresas sobre a folha de salários. Grande parte dessa contribuição é repassada aos preços dos produtos o que faz com que a sociedade inteira, e não só os segurados da previdência, sejam contribuintes dos fundos previdenciários. Portanto, a diversificação da base de contribuição, especialmente no que diz respeito a criação de uma alíquota sobre o lucro bruto, poderia ser de grande importância na redução do peso dessa dupla tributação previdenciária dos contribuintes; ou seja, ao descontar do seu salário e ao pagar qualquer outro bem ou serviço disponível no mercado.

Outra sugestão adicional consiste em deduzir, única e exclusivamente da contribuição das empresas (calculada com base no lucro bruto) a parcela destinada ao custeio da assistência médica. Dessa forma, os segmentos trabalhadores mais corporativos não poderiam dizer que estavam financiando as condições de saúde dos não contribuintes, com perda de qualidade no atendimento, pois a destinação da alíquota previdenciária incidente em seus salários estaria sendo destinada unicamente para aposentadorias, pensões e benefícios, enquanto que a atenção universal à saúde estaria sendo, em parte, financiada por este novo critério de cálculo da contribuição patronal.

Logicamente que a instituição desses mecanismos não será imediata, havendo necessidade de estabelecer critérios que combinem tais formas com as atualmente existentes, numa perspectiva de transição. Devem, ainda, serem efetuados estudos econométricos que procurem testar a consistência desses mecanismos.

A terceira pré-condição; garantir maior aporte de recursos, traz também alguns problemas. Apesar de desejável, seria impossível substituir de imediato a parcela de recursos previdenciários aplicados em saúde por parte exclusiva do orçamento fiscal, no curto prazo. Estimativas feitas para 1982, indicam que a Previdência Social era responsável por 78% do gasto federal com saúde; 50% do total dos gastos públicos no setor e 31% do gasto nacional total. Isto equivalia, naquele mesmo ano, a 1,4% do Produto Interno Bruto. Recursos dessa magnitude não podem ser gerados por receita tributária da noite para o dia. Assim, para garantir um patamar inicial de recursos é necessário que os gastos em assistência médica da previdência sejam mantidos nos atuais níveis. Recomenda-se que estes recursos sejam repassados aos Estados, conjuntamente com a gestão da rede própria do INAMPS e a administração dos contratos com a rede privada celebrados naquele Estado. Desse patamar inicial os repasses federais seriam, paulatinamente, substituídos por recursos

próprios dos Estados aumentados pelo deslanchar do processo de descentralização tributária que irá se iniciar em 1988. Assim, no longo prazo, poderia ocorrer uma substancial perda de importância da fonte previdenciária no bojo de recursos alocados no setor.

O aumento dos recursos previdenciários voltados para a saúde ainda poderia advir da utilização dos fundos do Instituto de Resseguros do Brasil (IRB) constituídos com recursos do seguro obrigatório de acidentes de trânsito. Esses fundos, do qual o INAMPS nunca lançou mão, são vinculados ao setor saúde e constituem recursos bastante vultosos, na medida em que seriam em tese voltados para ressarcir o INAMPS dos gastos com acidentes de trânsito.

Mas os mecanismos de ampliação das receitas para o setor não se esgotam aí. A criação de um teto de isenção para as despesas com assistência médica privada das pessoas físicas no imposto de renda poderia criar uma grande massa de recursos adicionais, desde que vinculados a um repasse maior do orçamento do Tesouro para as despesas com saúde. O mesmo se aplica às isenções que as empresas têm com o imposto de renda na manutenção de seus sistemas próprios de seguro saúde. Nesse caso, as receitas provenientes da extinção dessas isenções poderia ser carreada para o Fundo Único de Saúde, através de maiores recursos do Tesouro para esta função. Embora não existam cálculos econométricos que avaliem o montante desses recursos, estima-se que em 1982 o gasto privado das pessoas físicas e jurídicas com saúde equivalia a 37% do gasto total do setor e mais de 100% dos gastos em saúde do FPAS. Portanto, a eliminação desses mecanismos não significaria simplesmente um ingresso marginal de recursos.

As experiências internacionais mostram ainda que existem outras formas de aumentar as receitas do setor saúde. Uma delas consiste na criação de alíquotas ou impostos vinculados ao setor sobre produtos ou atividades nocivas à saúde, como é o caso das bebidas, cigarros, atividades poluidoras, etc. Este tipo de recurso não deve sair da perspectiva de uso do sistema, na medida em que ele tem um duplo efeito; o de inibir o consumo ao mesmo tempo em que gera recursos adicionais.

A quarta pré-condição; garantir uma maior racionalização dos gastos em saúde é de extrema importância. Vale dizer que em 1985 e 1986 o INAMPS obteve ganhos adicionais de recursos com os programas de racionalização e controle dos gastos. Este processo deve começar pelas Secretarias Estaduais de Saúde, responsáveis em primeira instância, pelo deslanchar do processo de Reforma Sanitária. Isto pressupõe, antes de tudo, um comando único dos recursos alocados no setor em todos os níveis de administração (União, Estados, Municípios e Distritos Sanitários), tendo em vista racionalizar os recursos e evitar duplicações e desperdícios que poderiam ocorrer sem um orçamento unificado ou uma política de caixa única para o setor, em cada instância de administração.

A falta de racionalização do gasto em saúde é responsável pelo fato de que apenas uma pequena parcela dos recursos alocados no setor chegam ao beneficiário direto dos serviços. O restante é consumido pelo processo burocrático ou desperdiçado em duplicações, clientelismo ou corrupção sem chegar ao usuário.

A quinta pré-condição financeira – garantir uma real desfederalização do gasto – é imprescindível num processo de descentralização das ações de saúde no Brasil. Como todos sabem, o Brasil sofreu, nos últimos vinte anos, uma excessiva centralização de recursos nas mãos do Governo Federal, o que, de um lado favoreceu uma aplicação desorientada dos recursos federais, em particular no que diz respeito ao gasto em saúde, e de outro esvaziou o potencial financeiro, técnico e normativo das Secretarias Estaduais de Saúde em corrigir as distorções do sistema em seus Estados. Com a descentralização dos recursos da União acenada pela Reforma Tributária e a transformação dos Estados em instâncias técnica e financeiramente capacitadas para planejar e executar ações de saúde no contexto de suas próprias necessidades, é urgente a criação dos Fundos Estaduais de Saúde (FUES) e de Conselhos Estaduais de Saúde. Os primeiros seriam compostos pelos recursos do orçamento estadual, agora acrescidos pela maior arrecadação dos Estados e pela maior partilha dos recursos da União e pela transferência de recursos do INAMPS para os Estados.

Os recursos transferidos pelo INAMPS corresponderiam ao equivalente ao pagamento do custeio e do investimento necessário às suas próprias instalações em cada Estado, acrescidos dos recursos repassados à rede contratada e dos fundos para gestão dos convênios de Ações Integradas de Saúde daquele Estado. O INAMPS, conjuntamente com os Estados, co-financiaria, também, os programas de investimento em criação de novas unidades, bem como os planos de reaparelhamento da rede existente e isonomia salarial dos funcionários do setor público. Os FUES seriam compostos ainda pelos recursos repassados pelo Ministério da Saúde e pelo Banco Mundial para programas especiais de Saúde.

Os Conselhos Estaduais de Saúde seriam uma espécie de instância deliberativa das Secretarias Estaduais de Saúde. Seriam responsáveis pela aprovação do orçamento e a supervisão técnica dos recursos alocados pelos FUES, os quais seriam geridos pelas Secretarias Estaduais. Isto garantiria não só uma desfederalização do gasto, como também uma maior autonomia dos Estados na busca de soluções que correspondam às suas carências sociais e epidemiológicas.

A sexta e última pré-condição encontrada é a garantia de uma estratégia de transição financeira, que deveria começar a ser montada com a criação das Comissões Estaduais da Reforma Sanitária. Um dos papéis mais importantes destas Comissões será fixar um cronograma de transição para implantação da Reforma e criação dos Sistemas Estaduais Unificados de Saúde. Para tal é necessário, do ponto de vista financeiro, estabelecer metas quantitativas de resolutividade (medida por indicadores sócio-epidemiológicos) e de produção de serviços; quantificar o quadro atual e mensurar a magnitude dos recursos físicos e financeiros necessários para se atingir essas metas. Nessa equação, provavelmente existirão três variáveis básicas: o tempo e os recursos necessários e a capacidade de formação bruta de capital para o setor. Se os recursos necessários forem muito altos e a taxa de investimento no setor for relativamente grande em função do permitido pela dinâmica do produto interno bruto ou formação bruta de capital do Estado e do País, logicamente que o período de transição será maior, ocorrendo o inverso quando os recursos necessários forem menores e o PIB estadual e nacional for mais elevado. Certamente que fatores de ordem política também irão influir neste esquema,

cabendo destacar o grau de prioridade conferido aos investimentos frente a outras necessidades de investimento do Estado; o nível de pressão social por melhoria das condições de saúde; o grau de articulação política das lideranças do setor naquele Estado em termos nacionais; etc.

Todas essas pré-condições financeiras terão que estar dadas para que a reforma sanitária possa deslançar. Algumas, no entanto, dependem de estratégias nacionais relativas a reestruturação do sistema tributário e previdenciário do país. Outras dependem da forma estadual de organização da sistemática de gasto e orçamentação do setor.

III – OS FLUXOS FINANCEIROS DO SETOR FRENTE A UM NOVO ARCABOUÇO INSTITUCIONAL

O novo arcabouço institucional proposto pela CNRS tem, na unicidade de comando do setor saúde em cada esfera político-administrativa descentralizada, um dos seus pilares de sustentação. A longo prazo, os sistema de saúde deverá ser formado por um Ministério Único no nível Federal; por Secretarias Estaduais de Saúde que englobem todas as atividades do âmbito estadual; por regiões de saúde, que seriam divisões administrativas ou de planejamento de cada Secretaria Estadual de Saúde; pelas Secretarias Municipais e, finalmente, pelos Distritos Sanitários.

A divisão de trabalho entre estas esferas e órgãos deverá ter como base o princípio da descentralização. Assim, "... caberia a cada esfera de governo executar aquelas ações cuja abrangência corresponda ao território sobre a qual tem jurisdição. Isto é, aquelas ações e serviços hoje mantidos pelos governos estadual e federal e de alcance municipal 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" (5). Em certo sentido, as unidades de maior complexidade tecnológica que sirvam de centro de referência para âmbito nacional também deveriam ficar diretamente sob supervisão federal.

Do ponto de vista gerencial, as ações federais terão caráter preponderantemente normativo e as ações de âmbito estadual estarão voltadas para o planejamento, administração, controle e avaliação dos serviços prestados pela rede. As Regiões de Saúde serão divisões territoriais ligadas à Secretaria Estadual, cuja principal função a promover a coordenação e o apoio técnico a um dado conjunto de distritos sanitários.

As Secretarias Municipais de Saúde, a depender do tamanho, complexidade da rede de serviços e quadro nosológico da população, teriam papel maior ou menor na coordenação das ações de saúde de âmbito regional. Assim, em função dessas características, as Secretarias de Saúde dos municípios maiores teriam, sob sua coordenação, vários distritos sanitários, podendo existir, também, distritos sanitários cuja abrangência territorial envolvesse mais de um município. Nestes casos, as Secretarias de Saúde Municipais se consorciariam tendo em vista criar uma estrutura administrativa para aqueles distritos sanitários.

Nessa hierarquia institucional, destaca-se a importância do distrito sanitário como unidade operacional básica do sistema de saúde. Subordinado às Secretarias Municipais de Saúde, é no distrito sanitário que coincidirão as ações básicas de cuidado às pessoas com aquelas dirigidas ao meio, como vigilância sanitária, controle das condições de trabalho, vigilância ecológica, etc. A organização de cada distrito sanitário deverá buscar uma resolutividade própria e adequada às suas condições sociais e institucionais. Com esse espírito, "o distrito sanitário não se limitaria, portanto, a uma única planta física, mas abrangeria o conjunto dos recursos humanos e instituições (laboratórios, ambulatórios 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" (5).

III. 1 – A Sustentação Financeira do Novo Arcabouço Institucional

Do ponto de vista administrativo, a questão da unicidade de comando traz uma série de vantagens sobre as formas pretéritas de organização do setor saúde, como, por exemplo, a unificação dos fundos. A experiência do setor público brasileiro, baseada numa multiplicidade de fundos e orçamentos vinculados a determinados programas sociais mostrou-se extremamente injusta. De um lado, pela existência de uma superposição de recursos, atividades e programas geradores de grandes desperdícios, alto consumo de recursos nas atividades meio e baixa eficiência, eficácia e resolutividade na ponta da linha. De outro lado, pela pouca capacidade de cobertura social dos programas, acarretando na criação de clientela e fortes inequidades pela existência de largas fatias da população não cobertas. Assim, a criação de fundos unificados poderia transferir maior racionalidade técnica administrativa e operacional aos programas sociais, eliminando a duplicidade e o desperdício e promovendo maior efetividade e eficácia em termos de custo/benefício, além de preparar o sistema de planejamento setorial para os propósitos de universalização e equidade (4).

É certo que tal estratégia de unificação da gestão e dos recursos, numa perspectiva de descentralização poderá obter resistências não só das burocracias centrais, como também de segmentos corporativos de profissionais (especialmente federais) ligados ao setor. Torna-se, assim, necessário pensar em formas de aliança e cooptação política que tragam parte desses segmentos para os interesses mais gerais ligados à condução da reforma (6).

Como foi visto na introdução deste relatório, seria ideal que os fundos que irão financiar os recursos para a saúde provenham de um orçamento social unificado. No entanto, a montagem de um Orçamento Social detem sérias dificuldades no curto prazo. Assim, como estratégia de transição, o melhor caminho seria partir para a formação de fundos setoriais que pudessem, mais tarde, serem incorporados ao orçamento social. (4)

Convém assinalar que a formação dos fundos setoriais de saúde não deve ser pensada unicamente do ponto de vista lógico ou finalístico, mas sim a partir do limites e possibilidades colocados pelo processo político e pelas condições dadas pela política econômica do país. Sob este prisma, o primeiro nível onde deveria ocorrer a unificação é o Estadual.

Assim, os Fundos Estaduais de Saúde (FUES) seriam compostos por:

- a) parcela do orçamento fiscal dos Estados comprometida com os programas de saúde;
- b) repasses decorrentes da administração e execução das ações federais no âmbito dos Estados, como é o caso das redes da SUCAM, da FSESP e do INAMPS, que seriam transferidas para as unidades federativas;
- c) recursos destinados à execução de programas especiais, como é o caso do projeto NORDESTE, financiado com recursos do Banco Mundial;
- d) recursos remanescentes dos gastos com assistência médica dos sistemas previdenciários, ainda existentes nos Estados, especialmente para os funcionários públicos.

Dos recursos assinalados na composição dos FUES, os itens *a* e *b* representam as maiores parcelas. O item *a*) corresponde a uma fatia que poderá crescer na medida em que seja desencadeado o processo de reforma tributária, o que poderá aumentar as receitas fiscais em duas vias: de um lado, pela redefinição da estrutura tributária estadual de forma a torná-la mais eficiente na arrecadação e mais significativa no montante de recursos; de outro, pela maior transferência da massa tributária federal para os Estados e Municípios, através da redefinição dos fundos de participação (FPE e FPM) atualmente existentes.

O item *b* merece maiores comentários. Em documento recente (7) técnicos do INAMPS, apesar de concordarem com os princípios gerais que levariam a unificação do sistema de saúde, colocaram sérias desvantagens na estratégia de "unificação por cima", representada pela simples fusão do INAMPS com o Ministério da Saúde sem que nenhuma medida concreta tenha sido tomada previamente ao nível da rede de serviços. Dentre estas desvantagens destacam-se:

- a) centralização do processo decisório e excesso de níveis administrativos, causando hipertrofia e agravando a eficiência dos mecanismos de decisão e de gestão;
- b) discordâncias técnicas de autoridades do MPAS que consideram a contribuição previdenciária como recurso exclusivo de uso dos contribuintes e que, portanto, não admitem que tais recursos possam ser usados no financiamento de ações universais no campo da saúde.

Analisando o argumento *b*, chega-se a conclusão que, na realidade, a parcela que o empregador paga, à título de contribuição previdenciária, é parcialmente composta por recursos que vem da sociedade como um todo. Isto porque as empresas líderes, que tem a capacidade de formação de preços, transferem facilmente os custos decorrentes dessa prestação para os consumidores, embutindo tais custos nos preços dos produtos. Além disso, "recursos do FPAS estão destinados à política de universalização e equalização da assistência médico-hospitalar, envolvendo as rubricas relativas a remuneração de serviços prestados por hospitais universitários, convênios com secretarias estaduais de saúde, prefeituras municipais, entidades filantrópicas e privadas,

além do atendimento universalizado na rede própria do INAMPS e das unidades do M.S." (7). Portanto, não há lógica nesse argumento.

Já o item a deve ser levado em consideração, pois a experiência brasileira de "centralizar para descentralizar posteriormente" dificilmente passa da primeira fase. A vocação centralizadora (ao nível federal) e pluralista (ao nível institucional) da administração pública brasileira poderá, com o tempo, impedir o deslanchar do processo e a consecução dos princípios norteadores da Reforma Sanitária. Isto sem contar as dificuldades políticas da unificação que são muito maiores ao nível federal do que ao nível estadual; principalmente quando Governadores e técnicos das Secretarias Estaduais assumem a responsabilidade de implantar a estratégia.

Com base nestas questões, o documento do INAMPS propõe uma unificação descentralizada, onde a estratégia esteja baseada na consolidação dos sistemas estaduais e municipais, tendo como unidade menor de operação e análise o distrito sanitário. "Este processo deve iniciar-se pela transferência da gestão das unidades próprias do INAMPS e do Ministério da Saúde (FSESP, SUCAM, etc.) para o âmbito estadual e municipal, excetuando-se hospitais de grande complexidade tecnológica, vinculados à pesquisa, por serem unidades de referência ao nível nacional" (7).

Do ponto de vista do financiamento, a consecução desta unificação descentralizada deve ser gradativa. Para tal o INAMPS aponta os seguintes passos:

- 1) Inicialmente a passagem não ocorreria com a transferência do patrimônio dos órgãos do INAMPS e do MS aos Estados. Isto somente ocorreria ao final do processo, estimado em dez anos.
- 2) O INAMPS e o MS repassariam, no primeiro ano, todos os recursos destinados a manutenção da rede própria nos Estados, pagamento de contratos e convênios com a rede privada, financiamento de programas de investimento e reaparelhamento da rede própria. Financiariam ainda 50% da isonomia salarial (igual salário para igual função) para todos os funcionários de âmbito estadual e 70% para os funcionários municipais das unidades que quiserem assumir a unificação.
- 3) A partir de 1988, a cada ano, 10% dos recursos do MS e INAMPS repassados aos Estados seriam substituídos por fontes próprias dos Estados e Municípios os quais iriam aumentar com os recursos adicionais propiciados pela Reforma Tributária.

III. 2 – Os Fluxos Financeiros entre as esferas de Governo

Embora seja perigoso definir um prazo para efetivação desse processo, o que irá depender das condições técnicas, institucionais e financeiras de cada Estado, pode-se dizer que tal estratégia é altamente eficaz na formação da base financeira do processo descentralizado de unificação de comando.

Com ela é possível obter recursos adicionais na composição dos FUES, pois, apesar de assumirem novas funções e passarem a administrar um maior número de unidades, os Estados poderão ter as ferramentas para cortar as dupli-

cações e desperdícios, reduzir os fundos gastos com a rede privada, com as brechas encontradas na rede pública e filantrópica e, até mesmo, obter com esse processo, recursos decorrentes desse processo de racionalização.

Ao fim de determinado tempo as instituições executivas ao nível federal (INAMPS, FSESP, etc.) estariam extintas e o papel da esfera federal passaria a ser preponderantemente normativo, o que facilitaria o processo de unificação de comando ao nível federal. Os recursos destinados a manutenção dessa nova estrutura federal não precisariam mais advir de fonte previdenciária. O novo Ministério Único poderia deter recursos provenientes unicamente de fontes do Tesouro. Tais recursos deveriam ser em quantidade suficiente não só para financiar suas ações, mas também para ter reservas que pudessem, eventualmente, socorrer Estados onde problemas emergenciais ou falhas na estrutura de captação de recursos pudessem comprometer o quadro sócio-sanitário ou a qualidade da prestação dos serviços de saúde. A soma de todos esses recursos disponíveis, ao nível federal, poderia constituir os Fundos Únicos de Saúde (FUS).

Não resta dúvida que a consolidação dos sistemas unificados nos Estados é condição *sine-qua-non* para a unificação do sistema ao nível federal, assim como será o ponto de partida para a criação de comandos únicos nos municípios e distritos sanitários. Isto porque somente a partir do momento em que deslanche a Reforma Sanitária nos Estados, com a criação das Comissões Estaduais da Reforma Sanitária, a que poderá ser montada, em conjunto com as administrações municipais, a estratégia de distritalização e de criação das Regiões de Saúde. A consolidação dos Fundos Municipais e dos Fundos Distritais de Saúde irá depender, portanto, desse processo.

Os Fundos Municipais e os Fundos Distritais seriam formados, em tese, segundo os mesmos princípios que definem os FUES. Em outras palavras, seriam compostos por recursos provenientes do orçamento fiscal dos municípios, adicionados dos recursos destinados ao gerenciamento das redes repassadas pelo INAMPS e pelo Ministério da Saúde. A processualística de transferência dos recursos repassados pelo INAMPS, de fonte previdenciária para fonte orçamentária própria dos municípios, seria similar ao que foi previsto com relação aos Estados.

Os Fundos Distritais seriam compostos por partilhas do orçamento fiscal do Município adicionados pelos repasses do INAMPS e do MS para o gerenciamento das redes transferidas com o processo de descentralização. No caso de distritos compostos por mais de um município, o fundo distrital seria a soma dos fundos das municipalidades que compõem o distrito.

A composição dos Fundos de Saúde proposta depende, obviamente, de uma série de circunstâncias. A primeira será dada pela intensidade do processo de descentralização tributária no Brasil. Um processo menos intenso pode fazer com que os recursos federais do orçamento fiscal permaneçam elevados ao ponto de ameaçar os Estados e Municípios no desempenho de seus programas. Nesses casos, a autonomia financeira dos Estados e Municípios será bem menor e os programas que, eventualmente tiverem que ser operados pelo nível local precisarão de mais recursos federais. Isso pode modificar o sentido ou a intensidade do processo de unificação.

A segunda circunstância estará dada *pelos custos da Reforma Sanitária*. A depender do cronograma de atingimento das metas e dos gastos com ampliação da rede; cobertura; investimentos em insumos básicos e equipamentos do setor; programas de saúde de natureza assistencial (como os de nutrição); de recursos humanos; contratações e isonomia salarial das categorias profissionais vinculadas ao setor, o prazo necessário a consecução do novo arcabouço institucional e da sistemática de financiamento poderá ser bem longo.

A terceira circunstância irá depender da magnitude dos orçamentos de investimento e custeio que poderão ser desequilibrados regionalmente, de acordo com as carências de cada região, fazendo com que os percentuais do orçamento fiscal dos Estados e Municípios bem como os recursos a serem transferidos pelo nível federal sejam diferenciados de acordo com cada região.

Vale dizer ainda que, na medida que os orçamentos-programa setoriais serão feitos para o início de cada exercício fiscal é necessário criar fundos de reserva nas distintas esferas (e portando para o FUS e para cada FUES e FUMS) para cobrir erros de programação, muito freqüentes certamente na fase de implantação, ou situações emergenciais de agravamento do quadro sanitário.

Toda a sistemática até aqui proposta, centrada na estratégia de implantar primeiramente a Reforma Sanitária nos Estados, tem como meta a criação posterior de um sistema único de saúde em todos os níveis. Embora não se tenha condição de projetar o tempo de implantação dessa estratégia, pois este irá variar segundo as condições existentes em cada Estado, pode-se pensar em grandes linhas, um esboço da estrutura de financiamento a que se quer chegar no longo prazo.

A figura 1 ilustra como poderão funcionar os mecanismos de gestão e repasse dos fluxos financeiros do setor saúde. Como instância máxima planejadora do sistema ter-se-á o Conselho Nacional de Saúde (CNS) que será composto por membros representativos do Governo Federal e Estaduais da Sociedade Civil e dos segmentos organizados vinculados ao setor saúde. O CNS, estaria ligado funcionalmente ao Ministério Único da Saúde e definiria o planejamento, a programação orçamentária e os critérios de alocação do FUS.

O FUS seria composto basicamente por recursos provenientes do orçamento da União para serem gastos com o setor saúde. Seu montante estaria quase que integralmente comprometido com os programas federais no setor. No entanto, o FUS teria uma de suas parcelas compostas por um fundo de reserva que poderia ser transferido aos FUES no caso de emergências, calamidades ou ausência de recursos por insuficiência de captação tributária dos Estados.

Os FUES seriam formados basicamente por recursos provenientes do orçamento dos Estados, oriundos de receitas tributárias próprias e transferências da União. A aplicação de recursos dos FUES estaria definida pela programação/orçamentação integrada feita pelos Conselhos Estaduais de Saúde (CES). Estes Conselhos seriam compostos por membros representativos dos Governos Estaduais e Municipais da Sociedade Civil e de segmentos organizados do setor saúde. Os CES estariam ligados funcionalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, as quais iriam executar as ações competentes às suas esferas. Da

mesma forma que o FUS, os FUES teriam uma parte composta por um fundo de reserva para transferir aos municípios no caso de eventualidades que ocorressem no campo da saúde.

Os Fundos Únicos Municipais de Saúde (FUMS) seriam formados por recursos dos orçamentos municipais provenientes de receitas tributárias próprias e transferências da União e dos Estados.

Os critérios de planejamento, programação e orçamentação dos FUMS, seriam definidos pelos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), os quais estariam ligados funcionalmente às Secretarias Municipais de Saúde que executariam as ações de natureza local ou promoveriam os meios e recursos (Fundos Distritais) para que elas fossem executadas ao nível dos Distritos Sanitários.

As aplicações de recursos de cada Distrito Sanitário seriam programadas e orçadas pelos Conselhos Distritais de Saúde (CDS) que teriam composição semelhante aos CNS, CES, CMS, ao nível local. Em todo esse processo haveria um sistema de planejamento ascendente anterior a fase de programação/orçamentação, ou seja, dos CDS aos CMS; destes aos CES; até chegar, finalmente, ao CNS.

As variantes que poderiam ser colocadas em termos de alternativa, dizem respeito inicialmente, ao Nível Estadual e Municipal. Dado que as novas ações de saúde são formuladas na ótica da integralidade, as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais muitas vezes não dariam conta da execução de ação hoje alocadas nas Secretarias de Obras, Meio-Ambiente e outras mais existentes nos distintos modelos de administração estadual. Nestes casos, a criação de Autarquias ou Fundações para agilizar os mecanismos operacionais dessas ações poderia facilitar o encaminhamento do processo de reforma. Muitos Estados já detém estruturas da administração indireta nesse sentido. Deve-se, no entanto, estudar a melhor forma ou estrutura administrativa para revestir estes órgãos. Cada Fundação ou Autarquia teria subsidiárias distritais cuja administração seria indicada pelos prefeitos para operacionalizar as ações de nível distrital.

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.

Esse modelo finalístico de fluxo financeiro e arcabouço institucional, depende, obviamente, de uma mudança objetiva dos mecanismos de custeio das ações de saúde, que hoje ainda estão atreladas a base de recolhimento da Previdência Social. Depende também de uma efetiva descentralização tributária, bem como de uma maior eficácia dos mecanismos de recolhimento e de gasto com recursos. Nas atuais condições é impossível prescindir da base de custeio previdenciária dos sistemas de saúde, o qual financia 90% dos gastos públicos do setor e, mesmo com a descentralização da gestão, só o tempo dirá se essa fonte poderá ser gradualmente substituída num horizonte temporal relativamente curto. As experiências internacionais têm demonstrado que tal substituição é difícil de ocorrer integralmente e, mesmo ocorrendo substancial redução da parcela previdenciária, tal processo demora mais de 30 anos em condições de relativa estabilidade de crescimento econômico.

IV – DESCENTRALIZAÇÃO FINANCEIRA E REFORMA TRIBUTÁRIA

O sistema de fluxos financeiros e o novo arcabouço institucional descritos na parte anterior demandaram, certamente, uma maior descentralização dos recursos administrativos no campo da saúde. Isto implicaria na reversão da atual centralização federal dos recursos, especialmente no que diz respeito à Previdência Social que é responsável por 68% do gasto da União com saúde (dados estimados para 1987). Estimativas para 1982 mostram que o setor público federal respondia por 64% dos gastos públicos com saúde, enquanto que os Estados e os Municípios responsabilizavam-se por apenas 24% e 12%, respectivamente.

A reversão desse perfil de gastos, em favor dos Estados e Municípios, só poderia ser feita a partir de uma Reforma Tributária que desse conta, simultaneamente de:

- a) elevar a participação global dos Estados e Municípios na massa tributária do país;
- b) transferisse paulatinamente o gasto com assistência médica da previdência social para o âmbito dos Estados e Municípios, evitando a duplicação de estruturas de financiamento, e promovendo o comando único e a gestão dos recursos nas mãos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

IV.1 – A elevação da participação dos Estados e Municípios na massa tributária do país

Para aumentar as possibilidades dos Estados e Municípios elevarem seus gastos sociais e, particularmente com a função saúde é imprescindível a realização de uma Reforma Tributária que ponha mais recursos nas mãos das unidades administrativas descentralizadas. Existem duas formas complementares de viabilizar essa mudança. A primeira é aumentar a participação dos Estados e Municípios nas receitas partilhadas da União. Tais receitas correspondem aos chamados Fundos de Participação dos Estados e dos Municípios (FPE e FPM) bem como os impostos partilhados, como é o caso do imposto único sobre energia elétrica; imposto único sobre mineração e outros.

Os Fundos de Participação dos Estados e Municípios correspondem a cotas que são distribuídas a estas obras a partir dos principais impostos de incidência Federal – o Imposto de Renda e o Imposto sobre Produtos Industrializados. Ao longo dos últimos 20 anos a participação dos Estados e Municípios nas receitas tributárias da União teve seu ponto mais alto em 1968 (21,17%). A partir desse ano ela nunca mais alcançou a faixa dos 20%. Logicamente que os Estados e Municípios carecem de maiores recursos para implementarem seus programas sociais.

Paralelamente, a capacidade de arrecadação própria dos Estados e Municípios, a partir dos impostos de incidência estadual (ICM) e municipal (ISS, IPTU, contribuição de melhoria, etc.) é muito diversificada, variando de acordo com o nível de desenvolvimento econômico de cada região. Estados como São Paulo apresentam uma dependência financeira da União de apenas 7,5% de seu orçamento, enquanto que no Acre essa dependência chegava a 87,8% (dados de 1983).

Por todos esses motivos, uma reforma tributária deve ser capaz de corrigir tais desequilíbrios. É importante criar mecanismos de distribuição que permitam transferir proporcionalmente mais recursos aos Estados que detêm menor potencialidade de arrecadação.

Além da capacidade de arrecadação, outro critério de distribuição dos recursos federais nos estados e municípios deve ser a necessidade de programas de inversão, o que pode ser aquilutado pelo quadro de carências sociais de cada região. Nesse particular é importante que se crie uma base municipal (ou até mesmo distrital) de indicadores sociais que permita diagnosticar o estudo de carência e apontar os caminhos para o investimento público. Em outras palavras, é importante que uma parte das receitas partilhadas corresponda a transferências vinculadas às demandas sociais e ao quadro social dos Estados e Municípios.

Por fim, mas não em menor importância, os recursos da União devem ser partilhados entre Estados e Municípios que apresentem projetos e tenham capacidade técnica e administrativa para implementá-los. Hoje, grande parte dos recursos repassados aos Estados e Municípios ou não são aplicados, ou são gastos de forma inadequada e irresponsável. Propõe-se, portanto, que uma parte dos recursos partilhados corresponda ao desenvolvimento de projetos factíveis, seja na área de infra-estrutura econômica, seja no campo das políticas sociais, como forma de incentivar a melhoria dos quadros técnicos e da resolutividade das administrações descentralizadas.

Assim, para aumentar a participação dos Estados e Municípios nas receitas partilhadas da União, propõe-se que tal incremento seja feito através de 3 critérios: a) de forma inversamente proporcional à dependência financeira da Região; b) de forma diretamente proporcional ao quadro de necessidades sociais da população; c) de forma diretamente proporcional à apresentação de projetos factíveis em infra-estrutura econômica ou em políticas sociais.

A segunda forma de incrementar os recursos das esferas administrativas descentralizadas é aumentar o escopo dos impostos de incidência estadual e municipal, tornando-os menos regressivos e mais eficientes na arrecadação. Existem muitas formas de pensar esta questão. Uma delas é colocar a arrecadação vinculada à máquina de maior potencial de fiscalização (os Estados) e aumentado a margem de distribuição desta aos municípios. Neste caso, a distribuição poderia seguir os critérios que foram anteriormente definidos em nome das receitas partilhadas da União.

IV.2 – Os recursos para saúde do FPAS e dos demais fundos sociais

A reforma tributária de 1967 e seus posteriores desdobramentos, tiveram, no campo das políticas sociais, um efeito duplamente perverso. Ao mesmo tempo que reduziram a capacidade financeira dos orçamentos da União, Estados e Municípios em financiar gastos desta natureza, criaram formas extra-tributárias (calcadas seja em cima da folha de salários, seja com base no consumo direto de bens e serviços) de financiamento das políticas sociais. Tais formas podem ser visualizadas nos chamados "Fundos Sociais", aos quais, se for adicionado o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), compõe recursos equivalentes a 90% do orçamento fiscal.

Tal procedimento, por um lado, diminuiu o poder da administração direta em administrar recursos voltados para políticas sociais e, ao mesmo tempo, centralizou e incorporou os interesses privados na administração e prestação dos serviços de natureza social, o que correspondeu, em certo sentido, a uma privatização dos interesses do Estado. São exemplos das receitas desses fundos a contribuição previdenciária, que incide majoritariamente sobre a folha de salários e a contribuição do FINSOCIAL, que incide sobre a receita bruta das empresas privadas (ou sobre o imposto de renda devido das empresas públicas) e que oneram o consumidor através de seu repasse aos preços dos bens e serviços.

No caso da saúde, essa "privatização dos interesses do Estado" acarretou na criação de modalidades assistenciais, onde os recursos públicos financiavam o investimento da rede privada com crédito subsidiado (como foi o caso dos financiamentos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS – para a construção de hospitais privados) e, posteriormente garantiam a utilização da capacidade instalada através de contratos, credenciamentos e convênios do INAMPS, criando uma verdadeira reserva de mercado para o setor médico-hospitalar privado. Ao mesmo tempo, a rede pública se deteriorava, principalmente nos Estados e Municípios que não recebiam recursos adequados para sua manutenção. Tal procedimento fez com que, ao longo dos anos setenta, a rede privada absorvesse 70% dos gastos do INAMPS. Já na década de 80, particularmente com o advento da Nova República, o percentual de repasses à rede contratada reduziu-se para menos da metade dos gastos do INAMPS e os convênios de Ações Integradas de Saúde (AIS), marcados pela reabilitação das redes estaduais e municipais na estratégia de universalização das ações de saúde do INAMPS, passara a absorver cerca de 12% dos recursos daquele órgão, contribuindo para resgatar a credibilidade das redes hospitalares e ambulatoriais descentralizadas (dados de 1986).

Mesmo assim, o estado da rede pública é lamentável, carecendo de investimentos em infra-estrutura e recursos humanos. Ao mesmo tempo, torna-se difícil prescindir integralmente da rede privada na prestação de serviços pela ausência adequada de oferta por parte da rede pública.

Por todos esses motivos torna-se imperioso acabar com os mecanismos centralizados de controle do gasto público na área social. Isto significa transferir sempre que possível os recursos potencialmente gerados por estes fundos para a administração direta descentralizada; desde que essa passe a deter mais eficiência; torne transparente suas aplicações e permitir um maior acompanhamento social da alocação desses recursos. Alguns fundos como o FINSOCIAL por exemplo poderiam ser estadualizados ou municipalizados, o que poderia ser feito pela simples extinção de seus mecanismos de arrecadação, no âmbito federal e pela criação de impostos ou sobretaxas (no valor correspondente) de competência fiscal dos estados ou dos municípios.

Logicamente que, no caso de fundos como o FINSOCIAL, deverá ser pensada uma estratégia de transição, na medida em que tais fundos apresentam ainda hoje comprometimentos plurianuais de seus recursos, o que significa que nos próximos anos, muitos recursos ainda serão desembolsados, pelo nível federal, por conta desses compromissos. Portanto, o mais adequado seria mudar a base de recolhimento da contribuição social que dá origem ao FINSOCIAL, passando-a do nível federal para o nível estadual. Isto poderia ser feito pela

adição dessa contribuição ao novo imposto sobre valor adicionado que, Segundo a Comissão de Reforma Tributária, será de competência estadual e corresponderá a fusão dos atuais ISS e ICM. A parcela desses recursos equivalente ao FINSOCIAL será repassada ao BNDES que continuará administrando O Fundo, transferindo recursos aos programas já comprometidos e distribuindo o excedente para o Fundo de aplicação social a ser distribuído entre os Estados e Municípios. Como o BNDES não assignará novos recursos para o nível federal, o percentual de transferência de recursos aos Estados e Municípios será progressivamente maior, até o ponto onde todos os recursos serão repassados para estas esferas, o que significará na prática a extinção do FINSOCIAL e o estabelecimento de critérios automáticos de distribuição desse novo fundo, sem a necessidade de uma administração centralizada dos recursos.

Da mesma forma sugere-se que os recursos físicos, financeiros e humanos da previdência gastos com saúde sejam diretamente repassados às Secretarias Estaduais e Municipais, na forma descrita no item III deste relatório, o que levaria, no longo prazo, a um aumento do poder financeiro e de execução destas esferas na gestão do sistema de saúde e na liberação dos recursos da previdência para o pagamento de benefícios, a qual constitui finalidade última da previdência.

Os efeitos de uma reforma tributária dessa natureza no campo das políticas de saúde não podem obviamente ocorrer "da noite para o dia". Até que os Estados e Municípios passem a deter recursos suficientes para implementar seus programas, torna-se imprescindível adotar estratégias de transição, onde certamente estes fundos continuem a sustentar o gasto agregado do setor. No caso dos recursos da Previdência Social, isto implica em adotar mecanismos que garantam maior estabilidade das receitas (como a contribuição sobre o lucro bruto sugerida na parte II deste relatório) e permitam repassar recursos para a saúde sem que aumente a oposição dos setores mais corporativos da classe trabalhadora que, na prática, se contrapõe a estratégias mais amplas de universalização a partir de recursos previdenciários. Como exemplo, tem-se a dedução da parcela a ser gasta em assistência médica única e exclusivamente da contribuição das empresas, conforme foi apresentado na parte II deste relatório, que teria como efeito principal desvincular o gasto, em um sistema universal de saúde, das contribuições diretas dos trabalhadores.

V – FINANCIAMENTO DA SAÚDE E CUSTEIO DO SETOR PRIVADO

O atual montante do gasto em assistência médica do INAMPS é, em grande parte, consumido pelas transferências de recursos aos prestadores privados de serviços de saúde. Embora tenha ocorrido uma reversão da tendência ao aumento destas transferências, a partir dos anos oitenta, a participação do financiamento à rede contratada do INAMPS ainda representava 49,47% da despesa daquele órgão em 1985.

Uma breve análise do gasto do INAMPS de 1981 a 1985 evidencia um aumento da despesa com prestadores próprios (de 25,4% para 30,2%); com órgãos conveniados, ao estilo Ações Integradas de Saúde (de 1,2% para 9,8%) e com hospitais universitários (de 1,0% para 5,6%), o que indica o estabelecimento de novas prioridades calcadas no repasse de recursos à rede pública. Vale dizer ainda que o ano de 1985 foi decisivo no reordenamento dessas prioridades e que em 1986 os recursos foram aplicados em moldes similares.

No entanto, a rede privada contratada ainda absorve metade dos gastos com assistência médica previdenciária. Somando-se tal ordem de recursos com os gastos propriamente privados com saúde, sejam eles oriundos das pessoas físicas, sejam eles originários das empresas, ou sindicatos, notamos que o setor privado movimenta 57% do total dos recursos gastos com saúde no país (*). Estão, portanto, completamente errados aqueles que dizem que a medicina é estatal no Brasil, da mesma forma que é praticamente impossível conceber no curto prazo um sistema de saúde no Brasil que não utilize a rede privada de serviços.

Como foi mencionado na parte anterior deste relatório, a rede privada contratada teve muitos privilégios financeiros do setor público. O financiamento do investimento (via FAS) e do custeio dessa rede (via INAMPS) em condições favoráveis, criou uma verdadeira reserva de mercado para o setor de assistência médica privada no Brasil. Apesar de não ser homogêneo, esse setor atuou dentro de uma lógica de oferta de serviços que não correspondia ao padrão de assistência médica necessário, segundo o quadro de enfermidade existente no país. A oferta de serviços especializados e tecnificados, aliada a ênfase em intervenções cirúrgicas, muitas das quais desnecessárias, constituía parte das estratégias do setor.

Logicamente que existe razoável número de estabelecimentos privados que prestam serviços de forma adequada, como é o caso dos grandes hospitais beneficentes e filantrópicos. Geralmente tais estabelecimentos são maiores e mais antigos do que aqueles que surgiram nos anos setenta, cuja característica básica é a pequena escala e a baixa eficiência. O INAMPS, recentemente, redefiniu sua relação com os estabelecimentos filantrópicos, incorporando-os às estratégias de universalização das AIS. Mas existem grandes limitações para que isto seja feito com a totalidade dos hospitais privados.

Em 1984 o setor privado absorvia 76,3% dos leitos hospitalares de internação. Essa relação chegava a 88% no Paraná, apesar de ser equilibrada em alguns estados das Regiões Norte, Nordeste e Sudeste. Mesmo existindo grande ociosidade nos hospitais públicos, a utilização plena da capacidade instalada não poderia eliminar a utilização da rede privada, não apenas na cobertura assistencial dos previdenciários, mas também na estratégia de universalização das ações de saúde.

É verdade que existem muitos problemas e interpretações quanto ao papel da rede privada de serviços. A principal delas diz respeito a questão da resolutividade do setor privado contratado, que é considerada baixa em função da oferta de serviços não corresponder às demandas sociais. Por essa linha de pensamento, o setor privado estaria oferecendo serviços muito especializados e consumindo recursos que poderiam ser canalizados para ações de caráter coletivo onde a resolutividade social é mais alta. Além desses argumentos,

(*) – Estimativas de 1982. Naquele ano a rede contratada privada absorvia 62,02% dos gastos do INAMPS. Dado que a assistência médica da previdência montava 31,01% dos gastos totais com saúde no país, a rede contratada privada absorvia 19,23% do gasto nacional com saúde. Adicionando-se a esse valor os 37,76% gastos pelas pessoas físicas, empresas e sindicatos, podemos estimar que 56,99% dos gastos nacionais com saúde circulavam nas mãos do setor privado em 1982.

existem algumas evidências pretéritas quanto ao caráter fraudador de certa parcela da rede privada de serviços, que cobra por internações fantasma ou por procedimentos distintos dos realmente praticados. Todos esses problemas estariam agravados pelo fato dos contratos do INAMPS com a rede privada serem feitos por adesão, não garantindo ao órgão repassador o papel de fiscalizar as ações prestadas por aquela rede.

Dadas estas características, algumas medidas no sentido de resgatar a credibilidade e a operosidade da rede pública tornam-se necessárias. A eliminação da ociosidade, o reaparelhamento e o reordenamento das ações do setor público, a eliminação da duplicidade e a unificação das redes federais, estaduais e municipais, através do estabelecimento de maior complementariedade entre os estabelecimentos públicos são tarefas indispensáveis, tendo em vista tal objetivo. A delimitação de espaços para adstrição de clientela para determinados níveis de complexidade também poderá favorecer conjuntamente com as medidas anteriormente citadas, um maior aproveitamento da rede pública e uma possível eliminação da rede privada nos locais ou nas modalidades assistenciais onde ela se torne supérflua.

Isso, no entanto, não satisfaz as condições para que haja uma suficiência de oferta do setor público, ao ponto de eliminar a contratação da rede privada, pelo menos no curto e médio prazo. Em outras palavras, essa rede terá que continuar operando, à serviço do setor público, nas regiões e nas modalidades onde sua presença é indispensável, o que significa pensar em duas ordens de necessidades:

- a de controlar socialmente o processo de trabalho, o fluxo de recursos, a quantidade e a qualidade dos serviços prestados pela rede privada;
- a de criar uma oferta adequada de serviços privados a fim de que não se configure, em algumas regiões, situações de monopólio ou oligopólio, que geralmente são nefastas para a comunidade e não trazem alternativas assistenciais para os órgãos governamentais, no caso de ruptura, paralisação, *lock-out*, ou quebra de alguns segmentos da rede privada.

Dadas as características conjunturais e estruturais do setor, torna-se difícil pensar numa estatização da medicina no Brasil. Mas é possível estabelecer uma efetiva subordinação das ações prestadas pela rede privada de serviços aos interesses da população e ao comando do setor público.

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, duas soluções vêm sendo propostas no sentido de equacionar o papel do setor prestador privado no sistema de saúde. A primeira delas propõe a estatização da rede privada de serviços, o que poderia ser feito, ou pela expropriação desta rede pelo Estado ou pela desapropriação destes estabelecimentos. Pode-se dizer que esta vertente não tem caminho muito. Em primeira instância, porque a questão da expropriação não se coloca numa sociedade com as características da brasileira. *Expropriar* os estabelecimentos de saúde detém, como pré-condição, uma mudança radical de todo o espectro de relações sociais, econômicas e políticas no Brasil. Em segunda instância porque *desapropriar* a rede privada traria implicações econômicas que não passam pela realidade dos cofres públicos brasileiros. Se o orçamento estimado para o setor não tem condições imediatas para reaparelhar a rede pública, que dirá para comprar estabelecimen-

tos privados. Além do mais, desapropriar tais estabelecimentos seria transferir recursos para um segmento do empresariado nacional, que já foi beneficiado pelo setor público duplamente; seja pelo investimento subsidiado, seja pela reserva de mercado garantida pelo custeio do INAMPS. Portanto, essa opção seria socialmente injusta e economicamente inaceitável.

Da vertente que propõe a estatização deve-se aproveitar, no entanto, a idéia de canalizar o gasto público, daqui em diante, unicamente para o investimento e para o custeio na rede pública de serviço, o que implica em três medidas básicas:

- a) acabar com os mecanismos de crédito subsidiado ao investimento privado em redes de serviços de saúde, tais como FAS, que ainda continuam operando;
- b) rever os atuais contratos com a rede privada, eliminando aqueles que são supérfluos ou inadequados no interior de cada unidade regional;
- c) só aceitar novos contratos e credenciamentos com os prestadores privados nas modalidades, e regiões onde for absolutamente indispensável tal procedimento, ou seja, quando houver necessidade imperiosa do serviço e não houver meios públicos de oferecê-lo no curto prazo numa dada localidade.

A segunda vertente propõe, ao invés da estatização, uma modificação na relação contratual entre o setor público e o setor privado. A nova relação poderia ser refletida na criação de um contrato padrão de direito público onde os prestadores privados se subordinassem às normas técnicas e financeiras de prestação dos serviços, bem como se submetessem aos critérios públicos de fiscalização técnica, financeira e operacional. Isto significaria, em última instância, estabelecer como de responsabilidade do hospital ou ambulatório privado os descaminhos técnicos e financeiros que, porventura se estabeleçam, subordinando o julgamento destes descaminhos às sanções previstas em lei.

Esta vertente teve alguns progressos nos anos de 1985 e 1986, na medida em que o INAMPS chegou a formular uma nova proposta de contrato padrão. No entanto, a aprovação deste novo contrato tem encontrado resistências em quase todo o setor privado lucrativo, embora tal comportamento não possa ser estendido a rede filantrópica, que tem atuado em colaboração com o setor público na estratégia de universalização das ações de saúde.

Do ponto de vista prático, as duas vertentes são complementares, ou seja, é perfeitamente factível estabelecer uma estratégia onde se priorize o investimento público em novas unidades, conjuntamente com a subordinação da rede privada contratada aos interesses do setor público.

Na atual conjuntura, todas essas soluções esbarram em obstáculos imediatos de ordem financeira. Isto porque, segundo informações das entidades patronais do setor privado, tem ocorrido uma gradativa deterioração do valor dos pagamentos do INAMPS aos serviços prestados pela rede privada. Ao mesmo tempo, o INAMPS até hoje tem ratificado a atual política de compra de serviços, não tendo proposto alternativamente nenhuma alteração nessa relação que pudesse ajustar a defasagem financeira dessas compras ao orçamento do INAMPS. Na verdade, aquele órgão tem jogado, no estabelecimento do novo

contrato padrão, todas as expectativas de reversão, esquecendo-se da gravidade da situação atual, a qual poderá ficar mais prejudicada caso ocorra uma possível queda na arrecadação previdenciária em função de estratégias de ajustamento econômico à inflação esperada em 1987, as quais geralmente redundam em contenção salarial e, eventualmente, em queda dos níveis de emprego.

Para exemplificar, o custo médio estimado de uma consulta prestada pelo setor privado situa-se em torno de Cz\$ 60,00. Mesmo com o reajuste, continuaria a haver defasagem. Caso similar ocorre com as internações. Dessa forma, é impossível sustentar a atual relação com o setor privado mantidas as bases de financiamento vigentes.

Assim, no curto prazo, o INAMPS encontra-se diante de duas opções: ou aumenta os gastos com assistência médica privada, o que teria impactos negativos nas estratégias de universalização através do setor público e dos convênios AIS, postas em prática desde meados de 1985; ou começa a questionar as estimativas de custo do setor privado, passando imediatamente à revisão dos atuais contratos como estratégia de emagrecimento do custeio à rede contratada.

A verdade é que "é impossível servir bem a dois senhores". Ao longo dos anos 1985 e meados de 1986, o INAMPS conseguiu aumentar os gastos com a rede pública em função do aumento das receitas previdenciárias e da defasagem do valor do pagamento aos custos dos prestadores privados. O emagrecimento provável das receitas previdenciárias em 1987 e a grita generalizada de órgãos como a FBH torna imperiosa uma decisão sobre o assunto e uma opção de política. O atual quadro envolve gestões em questões relacionadas à falta de recursos; à redefinição da política de compras de serviços e ao estudo de uma cobertura mais adequada. Por outro lado, a frouxidão dos mecanismos de controle faz com que não haja apenas uma permissividade técnica com relação à "fraude consentida" mas cria condições para que aumente a fraude criminal.

A passagem da administração da rede contratada do INAMPS para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde pode resolver parte destes problemas, especialmente aqueles que dizem respeito ao estudo de uma cobertura mais adequada dos serviços prestados por esta rede. Neste sentido, as administrações descentralizadas podem até reduzir a parcela de recursos repassados aos prestadores privados, embora haja o risco de que nas regiões mais carentes e de menor poder de resolutividade da rede pública, estes recursos possam até aumentar. Mas tal passagem não resolve os problemas mais estruturais relacionados a uma possível falta de recursos.

Por todos estes motivos, existe apenas um cenário alternativo que pode ser traçado no que diz respeito às relações entre o setor público e o setor privado no curto prazo, o qual corresponde a modificar a atual política de contratação do INAMPS, mantendo suas atuais tendências institucionais. Isto significaria levar adiante os convênios de Ações Integradas de Saúde, nos Estados e Municípios onde não ocorra transferência das redes do INAMPS para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e possibilitar a aceleração do processo dessa transferência aos Estados e Municípios que detiverem condições técnicas, políticas, econômicas e institucionais de absorção. Neste último caso, os contratos com a rede privada passariam a ser pagos com recursos do Fundo Estadual de Saúde (FUES). Existem duas opções relacionadas à sistemática de reajuste destes contratos:

a) caso eles sejam de direito público, seria desejável que os próprios Estados definissem o percentual de reajustes. Isto só teria sentido se os recursos repassados pelo INAMPS aos FUES fosse feito sem vinculação prévia. Os recursos que sobrassem, caso os Estados viessem a emagrecer o número de contratos, seriam destinados à ampliação, ao reaparelhamento e à melhora das condições técnicas da rede pública;

b) caso os contratos se mantenham por adesão, não haveria saída imediata. Os recursos repassados seriam vinculados e os reajustes continuariam a ser feitos abaixo dos custos reais alegados pelos prestadores.

Em ambos os casos, as pressões dos segmentos corporativos se fariam sentir. No primeiro, porque dificilmente os órgãos patronais se sujeitariam a uma política de reajustes diferenciada por Estado ou Município, dado que suas entidades representativas são nacionais e seus associados, apesar das contradições internas, procuram agir de forma cartelizada. No segundo caso, porque, na eventualidade de uma recessão, o reajustamento abaixo dos custos faria com que muitos prestadores viessem a romper seus contratos, trazendo o risco de aumentar as filas e reduzir o acesso da população aos serviços.

De qualquer forma a existência de um contrato padrão, vencidas as pressões corporativas do setor privado, seria a melhor opção. Só assim é possível fazer, ao nível de cada Estado, uma contratação seletiva de hospitais e ambulatórios particulares, eliminando aqueles que são desnecessários e praticando uma política de reajustes dos preços dos serviços a partir do conhecimento real dos custos privados e das disponibilidades de caixa dos Fundos Estaduais de Saúde. Os novos contratos, quando necessários, não serão feitos mais ao sabor do clientelismo das Superintendências Regionais do INAMPS, mas serão submetidos a uma seleção através de concorrência pública. Os pacientes encaminhados a essa rede contratada passarão por uma triagem ambulatorial pública rigorosa e serão constantemente supervisionados e acompanhados por essa única porta de entrada para o sistema. Deverão ser criadas regras para descredenciamento ou cancelamento de contrato para aqueles hospitais ou unidades de saúde que infringirem as normas estabelecidas pelo sistema de fiscalização pública, bem como deverão ser rigorosamente apuradas as denúncias que provenham dos organismos representativos da sociedade.

É importante frisar que toda a estratégia proposta por este cenário está vinculada ao repasse dos recursos do INAMPS às Secretarias Estaduais de Saúde, com a formação dos Fundos Estaduais de Saúde, e a absoluta responsabilidade estadual pela gerência do sistema de contratos e convênios.

Obviamente que a adoção dessa proposta trará algumas conseqüências para os estabelecimentos contratados de natureza lucrativa, especialmente para os hospitais, sendo que em média, mais de 60% do orçamento dessas unidades tem sido financiados pela Previdência Social nos últimos anos. Mas é necessário frisar que tais conseqüências, num primeiro momento, serão diferenciadas por Estado, podendo até ser positivas para a rede privada nas regiões onde tais estabelecimentos assumem papel hegemônico na prestação de serviços.

Uma boa parte da rede contratada tem que encontrar no mercado novas formas de financiamento de suas ações. Para isso poderão contar com os mecanismos de seguro-saúde privados existentes, os quais poderão até aumentar

caso se adote uma política tributária relativa ao imposto de renda onde, apesar de criar um teto para dedução das despesas pessoais com assistência médica, possa ser incluído o seguro saúde como modalidade de dedução do imposto de renda. Sob a ótica do mercado, a existência desses mecanismos é altamente salutar pois tenderá a aumentar a eficiência não só daqueles que quiserem manter seu vínculo contratual com o setor público, como também daqueles que quiserem disputar os espaços oferecidos, fora do âmbito estatal, pelo mercado de serviços de saúde.

VI – FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE: GESTÃO LOCAL E INSTITUCIONAL

No novo sistema de saúde definido pelos princípios da Reforma Sanitária, as unidades regionais descentralizadas (estados, municípios e distritos sanitários) serão, em última instância, os órgãos responsáveis pela consecução das ações de saúde numa perspectiva de integralidade. Em última instância, caberão a estas unidades o planejamento e a execução das ações médico-assistenciais, das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, bem como das ações relacionadas a vigilância dos locais de trabalho. Caberão, também a essas unidades, o acompanhamento do estado nutricional das populações e a definição dos indivíduos que poderão receber auxílios ou benefícios ligados a distribuição de alimentos e medicamentos. Por fim, tais unidades deverão ainda se relacionar com outros órgãos regionais gestores e executores de política social, com vistas a planejar as políticas de saneamento básico, educação, etc., especialmente nos aspectos que são relacionados com a saúde.

Não deveria ser função dos sistemas unificados de saúde, as ações no campo da distribuição de alimentos ou construção de sistemas de saneamento. As primeiras porque, em muitos casos, as redes de saúde não têm condições para comprar, estocar e distribuir alimentos. Na verdade essas formas de assistencialismo, apesar de importantes em algumas regiões quando bem executadas, acarretam enormes gastos para os Governos e baixo retorno social para as populações. Tomando-se como exemplo o financiamento das ações de distribuição de alimentos vemos que o FINSOCIAL, um dos principais órgãos financiadores, aloca recursos para o Ministério da Saúde que os repassa para o INAN. O INAN contrata a COBAL para comprar e estocar os alimentos. A COBAL distribui tais alimentos pelas redes de serviços de saúde ou pelas prefeituras (no caso de inexistência desses serviços nas prefeituras de menor porte). Estas distribuem os alimentos às populações beneficiárias dos programas. Supondo-se que cada uma dessas instâncias consomem 10% dos recursos, a título de administração, tem-se que de cada Cz\$100,00 alocados nos programas, só Cz\$ 59,00 chegam às mãos da população na forma de alimentos e isto numa perspectiva otimista.

Deve-se adicionar que outros problemas se superpõe, como a deterioração desses alimentos, pela insuficiente rede de armazenagens ou ainda a compra dos mesmos a preços, acima do mercado, através de mecanismos de clientelismo ou favoritismo político. Paralelamente outros programas assistenciais de distribuição de alimentos, como é o caso do PCA, executado pela LBA (Ministério da Previdência) e da merenda escolar se superpõe, acarretando na existência de populações superassistidas ao lado de outras absolutamente carentes. Por todos esses motivos, é imprescindível que os programas de distribuição de alimentos sejam regionalizados. Isto, provavelmente, traria benefícios e eficiência, ligada à própria redução do número de instâncias de repasse e ad-

ministração dos recursos. Paralelamente possibilitaria melhores condições de controle social dos gastos com estes programas, na medida em que todo o processo – desde a alocação até a execução – estaria ao alcance visual da população e na esfera de controle administrativo de uma mesma localidade.

Porém é necessário frisar que as unidades de saúde não são as entidades mais adequadas para administrar programas de distribuição de alimentos. O melhor seria que a condução dessas ações fosse feita por setores ligados à área de abastecimento, que, normalmente trazem economias de escala ao cuidar do assunto. Caberia no entanto, ao sistema unificado de saúde acompanhar o estado nutricional da população-alvo destes programas, bem como indicar, quando possível, os beneficiários destas ações.

A construção de redes de saneamento básico (água e esgoto) também não deve ser feita no âmbito das ações de saúde, dado que as Secretarias de Obras são as mais adequadas a tais tarefas. Caberia, no entanto, aos sistemas regionais de saúde a identificação das áreas onde a falta de saneamento básico constitui forte determinante de doenças transmissíveis ou decorrentes da falta de higiene, contribuindo, dessa forma, no planejamento comum às ações de mais de uma secretaria de área social.

Estes dois exemplos servem para ilustrar duas questões:

– as ações de saúde, mesmo numa perspectiva de integralidade, têm limites muito claros, os quais são dados pela definição do que é ou deve ser executado no âmbito de um sistema de saúde;

– no entanto, as questões relacionadas à saúde, mesmo sendo executadas por outras secretarias, devem ser objeto do planejamento e intervenção conjunta de diversos setores sociais. Do ponto de vista do financiamento, isto significa em identificar as ações e os fluxos financeiros comuns, tendo em vista a possibilidade futura de montagem de um orçamento social integrado.

A gestão local dos sistemas de saúde, numa perspectiva de integralidade, traz à baila a necessidade de unificar as instituições de saúde existentes naquela região. A fusão das Secretarias Estaduais, das unidades do INAMPS, do Ministério da Saúde (Fundação SESP e SUCAM) ocorreriam a partir de sua subordinação a um mesmo comando unificado e os recursos destinados à manutenção destes órgãos passariam a integrar o Fundo Estadual de Saúde (FUES).

Do ponto de vista orçamentário, a gestão destes recursos já unificados traz sérias dificuldades, pois a integração não ocorre pela simples superposição de orçamentos, mas sim pela redefinição dos programas, eliminação das duplicações, cobertura das brechas e lacunas, etc. Em 1987, os Estados no Brasil passaram a trabalhar, em certa medida, com formas mais integradas de gestão orçamentária dos recursos destinados à saúde. Trata-se da Programação Orçamentária Integrada – POI, proposta pelo INAMPS tendo em vista introduzir o planejamento no processo de orçamentação e trabalhar com recursos multi-institucionais mesmo antes de qualquer verificação setorial ao nível dos Estados.

A POI de 1987, como era de se esperar, apresenta alguns problemas naturais de uma estratégia implantada pela primeira vez. No entanto, com os futuros

aperfeiçoamentos técnicos que deverão surgir, a POI poderá transformar-se num poderoso instrumento de gestão descentralizada dos recursos, deixando de ser um instrumento de planejamento e controle do INAMPS para ser a grande matriz programática das ações unificadas de saúde, ao nível dos Estados.

Além das questões relacionadas ao planejamento e ao controle dos sistemas estaduais unificados, é importante estabelecer critérios que venham a nortear:

a) o processo de regionalização e distritalização de saúde. Como se sabe as realidades estaduais são bastante distintas, não só pela diversidade do quadro nosológico, mas também pelos processos sócio-culturais, econômicos e institucionais existentes. Assim, a estrutura de oferta de serviços e a organização do setor deve ser um espelho de cada realidade local. Isto fará, provavelmente, com que cada Estado escolha seu próprio caminho e a sua própria estratégia de distritalização sanitária;

b) o levantamento dos investimentos necessários ao reaparelhamento das instituições existentes e a construção de novas unidades, bem como o cálculo do custeio (recursos físicos e humanos) da nova capacidade instalada requerida para a região. Isto significa, em última análise, proceder ao levantamento dos chamados custos da Reforma Sanitária. Levantar estes custos numa perspectiva nacional seria totalmente inócua, dado que os centros de decisão passarão, efetivamente para os Estados. Portanto, todos os cálculos relativos à isonomia salarial, formação de pessoal, contratação eventual de novos profissionais, construção de novas unidades, reaparelhamento das unidades já existentes, etc., devem ser feitos a partir das necessidades e do planejamento dos Estados;

c) a criação de sistemas estaduais de informação para o planejamento em saúde que venham a subsidiar as estratégias de programação financeira e orçamentária. É necessário que sejam montados três sub-sistemas: o primeiro de informações sócio-econômicas, demográficas e epidemiológicas, destinado a mapear as áreas ou setores prioritários de intervenção; o segundo, de informações relacionadas a oferta de serviços, envolvendo a disponibilidade de capacidade instalada, recursos humanos, aparelho formador e recursos financeiros alocados, ao menor nível possível de desagregação; o terceiro seria formado por indicadores de acompanhamento do setor, resolutividade técnica, etc., envolvendo relações custo/benefício ou custo médio unitário das distintas modalidades assistenciais, possibilitando o conhecimento das disfunções e gargalos do sistema de saúde. A totalidade desses três sub-sistemas de dados poderá formar, ao nível de cada localidade, um sistema de Informações Gerenciais da Saúde (SIGS), o qual seria o melhor meio de se ter diagnósticos permanentes para corrigir, sempre que necessário, acidentes de percurso.

Cabe mencionar que os recursos que compõem o FUES deverão ser totalmente transparentes, tendo em vista facilitar o processo de fiscalização social sobre tais recursos. As experiências descentralizadas de participação comunitária e fiscalização social, nas quais os últimos governos de São Paulo e Paraná são exemplos claros, mostram que a população quando estimulada, sabe muito bem cuidar dos seus interesses em moldes eficazes. Propõe-se, portanto, que através dos Conselhos Estaduais, Municipais e Distritais de Saúde, os mecanismos de gestão local tenham a representatividade social necessária.

Por fim, a melhoria dos sistemas de saúde locais não pode ou não deve ser aquilatada simplesmente por um aumento da relação gastos com saúde/habitante ou pela parcela do PIB estadual gasta com saúde em determinado Estado ou Região. Estes indicadores, apesar de importantes não esclarecem nada sobre a resolutividade do sistema. Falta, portanto, uma outra equação que pode ser representada pelos benefícios que podem ser feitos naquela região, por unidade de gasto com saúde.

VII – SÍNTESE DO RELATÓRIO: PRINCIPAIS PROPOSTAS NO CAMPO DO FINANCIAMENTO ÀS AÇÕES DE SAÚDE

VII.1 – Princípios

- Os princípios e propostas da Reforma Sanitária têm como diretriz a necessidade de estabelecer formas de financiamento setorial que permitam criar mecanismos de acompanhamento da receita e do gasto integrados com os recursos alocados no conjunto das demais políticas sociais.
- A melhor forma de promover uma integração efetiva de todos os programas e recursos alocados na área social seria criar um orçamento social unificado, o qual poderia ser composto pelos gastos do tesouro com políticas sociais, adicionado dos Fundos Sociais, incluindo o Fundo de Previdência e Assistência Social.
- A montagem do orçamento social unificado em todos os níveis administrativos regionais (União, Estados e Municípios) exige que as instâncias descentralizadas, particularmente os Estados, tenham plena autonomia fiscal e financeira no custeio de seus programas sociais, o que só é viável a partir de uma Reforma Tributária que venha a reverter a atual centralização federal dos recursos fiscais.
- A diversidade dos mecanismos de organização, administração e gestão de cada setor de política social; as dificuldades de se negociar tecnicamente uma alocação conjunta de recursos para sub-setores de política social que historicamente tem sido uma negociação isolada e política e os diferentes níveis de capilaridade dos programas sociais nas administrações descentralizadas são fatores que impedem a montagem de um orçamento social unificado no curto prazo. O melhor seria fazer com que esse orçamento surgisse a partir da criação de orçamentos unificados de cada sub-setor, nos distintos níveis de administração pública (União, Estados e Municípios).
- O orçamento unificado do setor saúde deverá se iniciar pela construção dos Fundos Estaduais de Saúde (FUES), que passariam a incorporar todos os recursos do orçamento Estadual, das redes estaduais do INAMPS e do Ministério da Saúde (SESP, SUCAM, etc.). Os FUES seriam o ponto de partida para uma posterior unificação dos sistemas municipais e federal de saúde, com a constituição dos fundos unificados relativos a estes níveis.
- São princípios finalísticos da Reforma Sanitária a universalização do acesso, a integralidade das ações, a descentralização e a participação social.
- Os princípios estratégicos ou organizativos são aqueles indispensáveis para que os princípios finalísticos sejam atingidos. Constituem-se princípios estra-

técnicos da Reforma Sanitária a integração institucional; a regionalização/hierarquização; a distritalização e a gestão colegiada.

- Apesar da importância dos princípios finalísticos e estratégicos da Reforma Sanitária, só será possível avançar à luz das condições específicas de cada região, o que implica em consolidar, no prazo mais rápido possível, os Planos Estaduais de Reforma Sanitária e os mecanismos financeiros intrínsecos à realidade de cada Estado.

VII.2 – Pré-condições Financeiras da Reforma Sanitária

- Estabilidade das receitas destinadas ao investimento e ao custeio dos programas de saúde, o que poderia ocorrer, no longo prazo pela passagem progressiva das fontes financeiras do orçamento da Previdência para o orçamento do Tesouro, em todos os níveis. No curto prazo devem ser pensadas formas de tornar a receita previdenciária mais estável, onde se destaca a mudança da base de contribuição das empresas (da folha de salários para o lucro bruto).

- Maior justiça social na distribuição dos ônus e maior igualdade no acesso aos serviços. A contribuição sobre o lucro aliviaria os consumidores em função da maior dificuldade de seu repasse aos preços dos bens e serviços. Por outro lado, para dar respaldo ao princípio da universalização, seria importante que os recursos da Previdência para a saúde fossem tirados dessa nova base de contribuição das empresas.

- Maior aporte de recursos para o setor, como a utilização dos recursos do IRB relacionados a cobertura dos acidentes de trânsito ou a mudanças na legislação do imposto de renda que transfiram os recursos hoje deduzidos com assistência médica para o setor.

- Racionalização do gasto do setor, o que implica na criação de mecanismos de controle e avaliação da aplicação de recursos, especialmente pela sociedade.

- Efetiva descentralização do planejamento das ações de saúde acompanhada por uma real desfederalização do gasto, o que poderia ser obtido a partir de uma Reforma Tributária e da passagem da rede do INAMPS, com seus recursos correspondentes, para os Estados.

- Montagem de uma estratégia de transição que busque, em cada Estado, o estabelecimento de metas de cobertura e de prazos para alcançá-la.

VII.3 – Fluxos Financeiros e Novo Arcabouço Institucional

- Os FUES seriam compostos por parcela do orçamento fiscal dos Estados comprometida com programas de saúde; repasses decorrentes da administração e execução das ações federais no âmbito dos Estados (SUCAM, FSESP, INAMPS, etc.); recursos destinados a execução local de programas especiais, como é o caso do projeto Nordeste, financiado com recursos do Banco Mundial; recursos remanescentes dos gastos com assistência médica dos sistemas previdenciários, ainda existentes nos Estados.

- A transferência das redes do INAMPS, da FSESP, da SUCAM, etc., para os Estados se iniciaria com o repasse dos recursos daquelas instituições gastos em assistência médica naquele Estado. Tais recursos do Tesouro aumentariam

com o processo de Reforma Tributária. Ao final de um certo prazo, estes órgãos se extinguiriam, bem como seus recursos; as redes estaduais seriam custeadas com recursos do Tesouro e os fundos previdenciários estariam destinados somente ao pagamento de benefícios e assistência social da previdência.

- O Modelo final de financiamento do setor pode ser visualizado na figura 1. Do ponto de vista do financiamento, haveriam o Fundo Único de Saúde (de ordem federal), os Fundos Estaduais de Saúde (FUES), os Fundos Municipais de Saúde (FUMS) e eventualmente os Fundos Distritais. Todos esses fundos seriam custeados unicamente com recursos do Tesouro. O FUS teria suas aplicações definidas pelo Conselho Nacional de Saúde e sua execução subordinada a um Ministério unificado para o setor. Estrutura semelhante ocorreria nos Estados e Municípios.

- Em termos imediatos, tal estrutura começará a funcionar nos Estados e só posteriormente seria estendida aos municípios e distritos, bem como serão dados os passos para a unificação do sistema ao nível federal.

VII.4 — Descentralização Financeira e Reforma Tributária

- Para viabilizar as propostas anteriores é fundamental elevar a participação global dos Estados e Municípios na massa tributária do país e repassar os recursos hoje concentrados em instituição federal (INAMPS, FSESP, SUCAM, etc.) para as esferas descentralizadas.

- Aumentar a participação dos Estados e Municípios na massa tributária do país significa incrementar a fatia transferida pela União a estas esferas, a partir das receitas partilhadas, e também elevar os recursos provenientes dos impostos de competência estadual e municipal.

- Paralelamente devem ser extintos os atuais Fundos Sociais, criando mecanismos para que o equivalente às suas receitas seja repassado para a administração direta descentralizada, através de rearranjos na máquina fiscal.

VII.5 — Financiamento do Setor Saúde e Custeio do Setor Privado

- Deverão ser extintos os mecanismos de crédito subsidiado ao investimento privado em redes de serviços de saúde, tais como o FAS.

- Deverão ser revistos os atuais contratos e credenciamentos com a rede privada, eliminando aqueles que são supérfluos ou inadequados no interior de cada unidade regional.

- Novos contratos e convênios só serão efetuados, com os prestadores privados nas modalidades e regiões onde tal procedimento for absolutamente indispensável, ou seja, quando houver necessidade imperiosa do serviço e não houver meios públicos de oferecê-lo no curto prazo, numa dada localidade.

- Deverá ser criada uma nova relação contratual com o setor privado – expressa num novo contrato padrão de direito público – onde os prestadores privados se subordinem às normas técnicas e financeiras de prestação de serviços, bem como se submetam aos critérios públicos de fiscalização técnica, financeira e operacional.

- A administração da rede contratada passará a ser feita pelas Secretarias Estaduais de Saúde que terão plena autonomia para cancelar os contratos e convênios ainda existentes, tendo em vista o uso destes recursos para ampliação e remanejamento da rede pública.

VII.6 – Financiamento do Setor Saúde: Gestão Local e Institucional

- As funções do sistema unificado de saúde ao nível local, estarão ligadas ao planejamento e a execução das ações médico-assistenciais, das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, bem como das ações relacionadas a vigilância dos locais de trabalho.

- Caberão também a estas unidades o acompanhamento do estado nutricional das populações e a definição dos indivíduos que poderão receber auxílio ou benefícios ligados à distribuição de alimentos e medicamentos.

- No entanto, não são funções do sistema, ações como distribuições de alimentos ou construção de sistemas de saneamento básico. Isto no entanto, não impede que o sistema de saúde promova atividades normativas neste campo e se interrelacione com outros órgãos executivos destas políticas. Este seria um primeiro passo para a integração dos orçamentos dos diversos órgãos gestores de política social, ao nível local.

- O principal instrumento de integração orçamentária e gestão financeira e programática dos FUES deverá ser a POI que deixará paulatinamente de ser instrumento de gestão do INAMPS, para ser um instrumento de planejamento, orçamentação e gestão financeira das Secretarias Estaduais de Saúde.

- Em termos das ações imediatas no campo do financiamento e gestão local, caberá, ainda em 1987, três atividades básicas: a criação dos mecanismos financeiros de repasse de recursos às regiões de saúde e distritos sanitários; o levantamento dos investimentos necessários ao reaparelhamento das instituições existentes, bem como do custeio do novo sistema – o custo da reforma sanitária ao nível estadual – e a criação de sistemas de informação que permitam um acompanhamento dos recursos alocados numa perspectiva de análise custo/benefício.

BIBLIOGRAFIA

- 1 – CASTELLANOS, Pedro Luis; MENDES, Eugenio; SONIS, Abraam e SUAREZ, Rubém. "Esquema Tentativo para el Analisis de las Implicaciones Economicas de SPT/2000", *Documento Preliminar, OPS*, Washington D. C., diciembre de 1986, mimeo.
- 2 – REZENDE DA SILVA, Fernando e AZEREDO SILVA, Beatriz. *"Fundos Sociais"*.
- 3 – MEDICI, A. C. e SILVA, L. B., "Financiamento e Gasto do Setor Saúde no Brasil até 1986: Balanços, Perspectivas e Opções de Política". RJ, nov. de 1986, mimeo.

- 4 – MEDICI, A. C., "Propostas sobre o Sistema de Financiamento do Setor Saúde no Brasil — Alternativas para a Reforma Sanitária", *CNRS*, nov. de 1986, mimeo.
- 5 – CNRS, "Reforma Sanitária: A Hora da Ação", *CNRS*, dez. de 1986, mimeo.
- 6 – VIANNA, Solon Magalhães e PIOLA, Sérgio Francisco, "Os Desafios da Reforma Sanitária", *IPEA/IPLAN*, Brasília, novembro de 1986, 62 p. mimeo.
- 7 – INAMPS, "A Reforma Sanitária — Bases Estratégicas e Operacionais para a Descentralização e Unificação do Sistema de Saúde (Reflexões e Controvérsias)", Rio de Janeiro, nov. de 1986, mimeo.

A incorporação da Ciência e Tecnologia pelo Setor Saúde

*Grupo de Trabalho sobre
Ciência e Tecnologia em Saúde da
Comissão Nacional da Reforma Sanitária*

GRUPO DE TRABALHO

*Severino Márcio Pereira Meirelles – Coordenador
Elenice Deffune
Lenita Nicoletti
Meirione Costa e Silva
Lucibel Naves – Secretária
Júlio Cesar Gomes de Oliveira
Moíses Goldbaum
Ricardo Lafetá Novaes
Sérgio Luiz Bassanesi
Vitor Odorcyk*

APRESENTAÇÃO

O presente documento foi elaborado para subsidiar o trabalho da Comissão Nacional de Reforma Sanitária – CNRS.

Assumi-se como diretrizes geral para o seu desenvolvimento a formulação, para inclusão na futura constituição, aprovada no *Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, em especial os seus § 1º e 2º do artigo 5º, transcritos abaixo:

"As políticas de insumos para o setor saúde, como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico assim como a de recursos humanos deverão sempre se subordinar aos interesses e diretrizes da política de setor".

"O controle estatal sobre a produção de insumos críticos do setor, como sangue, medicamentos e imunobiológicos deve ser objetivo permanentemente colimado com vistas à preservação da soberania nacional".

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A partir de uma visão da saúde como integrante das políticas públicas e considerando que estas devem visar a garantia do bem estar do povo, boas condições de vida e saúde, como um direito, que deve aproximar o conjunto da sociedade de um mesmo patamar de duração média da vida e do gozo dos avanços obtidos no desenvolvimento econômico e social, faz-se necessário

considerar o suporte científico e tecnológico como uma das condições essenciais para que esta perspectiva de saúde seja viabilizada pelo setor público.

A ciência e tecnologia, constituindo o patrimônio científico e técnico disponível e em permanente avanço, deve ter dimensão própria e estar estruturada para dar sua contribuição tanto nos momentos de mudança, bem como nos de estabilidade, considerando que estes não são estáticos.

O atual contexto de crise econômica permite evidenciar de forma Clara as necessidades de C & T para este setor.

Exemplos relevantes podem demonstrar estas necessidades. A dependência da indústria farmacêutica leva a uma subordinação da soberania nacional a agentes econômicos externos, que pode ser demonstrada pela recente interrupção do suprimento de produtos essenciais, tais como as tetraciclina, penicilina e dipirona, que fazem parte do elenco de necessidades mínimas. Estes produtos já foram fabricados por empresas estrangeiras no país e a desativação das unidades produtivas ocorreu devido à visão mercantil do lucro. A presença de uma política de desenvolvimento tecnológico de longo prazo, que tivesse sido estabelecida em tempo hábil, teria permitido a construção da autonomia em setor estratégico como este.

Outro exemplo ilustrativo refere-se à incorporação de equipamentos, um item que representa um interesse cada vez maior na pauta de exportação perseguida pelos países desenvolvidos em relação ao Brasil. Esta questão exige um posicionamento maduro dos negociadores nacionais, embasados em uma política explícita.

Outro aspecto que demonstra a necessidade da adoção de uma política de C & T permanente para o setor saúde, mesmo durante os momentos de estabilidade – quando há uma política de saúde bem definida em execução – pode ser observada pelo modelo de saúde do Distrito Federal. Este modelo foi construído com base no conhecimento disponível e atual para a época, tanto nos aspectos do planejamento e administração, bem como no que se refere à tecnologia incorporada. No entanto, como a questão da constante transformação ocorrida no setor saúde não permaneceu central na execução daquela política, ocorreu um envelhecimento precoce das estruturas físicas, uma desatualização dos equipamentos, bem como uma inadequação do atendimento ao perfil da demanda, que se alterou com a mudança do perfil epidemiológico.

Este exemplo demonstra que um planejamento inovador em saúde, executado e viabilizado, tem como exigência central a contribuição da ciência e tecnologia como instrumento de sua atualização e permanente transformação.

Para concluir, dentre vários exemplos justificadores da relevância da C & T para a política de saúde, citamos a questão dos "pré-investimentos transformadores", hoje defendidos pela política de planejamento da SEPLAN/PR. Estes "pré-investimentos", necessários para o amadurecimento de projetos de grande amplitude, devem ter o adequado acompanhamento do setor de C & T, devido à cautela e metodologia com que devem ser executados, necessárias na avaliação dos mesmos.

Em face a estas considerações preliminares é fundamental que a nova legislação federal de saúde, que decorra da proposta da Comissão Nacional da Re -

forma Sanitária, contemple dentre os seus capítulos básicos o tema “*Política Científica e Tecnológica no Setor Saúde*”.

Apesar das disparidades na estrutura produtiva, normativa e de incorporação pelo setor das principais tecnologias necessárias à atenção à saúde, que são medicamentos, imunobiológicos, equipamentos, sangue e hemoderivados, decidiu-se abordá-las, no presente documento, em conjunto como tecnologias. Esta decisão baseou-se em que todas são tratadas como mercadorias ao entrarem no processo de atendimento, sendo exigidas quando se dispensa a atenção, independentes de sua origem. Esta situação se reflete no tipo de análise realizada para cada tecnologia, bem como nas propostas sobre as mesmas, permitindo uma visão unitária quanto às necessidades legislativas e à estrutura de sua incorporação visando sua disponibilidade para atenção à saúde.

Objetivando fornecer subsídios à CNRS o presente documento foi elaborado com as seguintes partes: 1) *Estrutura e Gestão do Setor Ciência e Tecnologia em Saúde*; 2) *Tecnologias Básicas para o Setor Saúde (medicamentos, imunobiológicos, equipamentos, sangue e hemoderivados)*; 3) *Arcabouço Institucional para Abastecimento e Manutenção de Insumos*.

O capítulo sobre *Estrutura e Gestão da C & T em Saúde* caracteriza esta questão no setor e sua interação com o conjunto das políticas científicas e tecnológicas do governo. Define também as alternativas para sua estrutura e gerência no interior do mesmo.

O capítulo sobre as *Tecnologias Básicas* aborda as peculiaridades atuais de cada uma delas, desde a questão do desenvolvimento tecnológico e sistema de produção, até a relação com o mercado consumidor e os serviços de saúde.

O capítulo sobre *Arcabouço Institucional para Abastecimento e Manutenção de Insumos* trata da atual organização das estruturas que adquirem, normatizam e absorvem estes produtos pelos serviços de saúde e apresenta alternativas organizacionais para um novo sistema.

I – ESTRUTURA E GESTÃO DO SETOR C & T EM SAÚDE

A política de Ciência e Tecnologia e a Saúde

A intervenção do Estado em relação ao desenvolvimento científico e tecnológico, de forma sistemática e organizada, é uma das características das sociedades modernas, particularmente após a II Guerra Mundial. Embora algumas características dessa intervenção genericamente estejam presentes na maioria dos países capitalistas modernos, outras assumem uma feição particular, em função do contexto social e econômico específico, da configuração do papel do Estado e do relacionamento entre esses dois fatores.

A definição de um “sistema de C & T” não é uma questão resolvida em grande parte dos países que possuem uma política científica e tecnológica, o que reflete a complexidade de organizar as atividades numa área que ocupa, cada vez mais, um lugar de destaque entre as políticas públicas, ao mesmo tempo em que interage praticamente com todas as demais políticas de Estado. Por um lado, possui estreita relação com a Política Educacional, na manutenção e desenvolvimento de um quadro de pesquisadores qualificados; por outro la-

do, constitui-se numa política-meio para serem atingidos os objetivos setoriais específicos nas diversas áreas. Neste último caso, a política de C & T subsidia e apóia outras políticas de Estado, com as quais deve ter mecanismos de interação permanentes.

Na área de saúde, o aporte da Ciência e Tecnologia é fundamental, tanto para viabilizar a eficiência dos serviços prestados, através de sua organização, provimento de insumos e equipamentos, quanto para desenvolver e aprimorar novos métodos de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle epidemiológico. A gravidade do quadro nosológico nacional, o impacto da evolução desigual do desenvolvimento econômico sobre ele e a crônica falta de recursos para o setor constituem-se em desafios permanentes. A contribuição da C & T como fator auxiliar na obtenção de eficiência e eficácia dos serviços prestados em tal situação de adversidade é de importância crucial. O aporte de C & T à política de saúde volta-se ao:

- desenvolvimento dos métodos de controle epidemiológico, clínico e social e de seus instrumentos;
- desenvolvimento de insumos (imunobiológicos, testes e reagentes para diagnóstico, saneantes, inseticidas, medicamentos, sangue e hemoderivados);
- desenvolvimento dos métodos de organização dos serviços e dos equipamentos e instrumentos médico-hospitalares que os auxiliam.

Indiretamente, a política científica e tecnológica contribui para outras políticas de Estado cujos objetivos convergem com os da política de saúde, tais como a política de saneamento, habitação e meio ambiente.

A institucionalização da política de C & T no Brasil

No Brasil, a política de C & T passou a receber um impulso considerável a partir de 1974, ocasião em que também se definiu a primeira tentativa institucional de dar organicidade às diversas fontes de recursos explicitamente alocados pelo Estado para as atividades de pesquisa, através da formulação de um "Sistema Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico" SNDCT.

A concepção de tal estrutura refletia a filosofia do "Sistema Federal de Planejamento" instituído em 1967, e concebia a existência de: um *órgão de decisão superior*, representado pela SEPLAN; um *órgão central*, representado pelo CNPq, na época subordinado à SEPLAN; *órgãos setoriais* (Secretarias de C & T dos Ministérios); e *órgãos seccionais*, "entidades de administração direta e indireta no âmbito dos ministérios, encarregadas da coordenação, estímulo, execução ou controle de pesquisas científicas e tecnológicas e a sua utilização pelos setores econômicos e sociais". (Decreto Nº 70.553 – de 17/5/72).

O principal *mecanismo de articulação inter-institucional do SNDCT* era o CCT (*Conselho Científico e Tecnológico*), reunido sob a presidência do CNPq e constituído por 17 membros natos (Secretários Gerais ou de Ciência e Tecnologia dos Ministérios e Presidentes de outros órgãos de fomento, coordenação e execução de pesquisa) e por 15 membros individuais, nomeados pelo Presidente da República, entre cientistas e tecnólogos de notório saber. Dentre as suas funções a principal era a de preparar o projeto do *Plano Básico*

de *Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PBDCT)*, acompanhando sua execução econômico-financeira e técnico-científica. Constituíam-se em um mecanismo voltado ao intercâmbio de informações, conciliação de critérios e compatibilização de ações a serem desenvolvidas no âmbito de cada área setorial.

O CCT era constituído por 2 Comissões Permanentes: "PBDCT" e "Intercâmbio e Cooperação Internacional". O Ministério da Saúde possuía assento na primeira Comissão, juntamente com os demais representantes de ministérios setoriais, através de seu Secretário de Ciência e Tecnologia. Essa Comissão possuía 11 Subcomissões, por área temática. O Ministério da Saúde era responsável pela coordenação de uma delas, a de "Desenvolvimento Social". O Ministério da Saúde participava unicamente em uma outra Subcomissão ("Informação em C & T"). Não participava, portanto, no processo de deliberação da política científica e tecnológica voltada às políticas "econômicas" (industrial, agrícola, energética, etc.).

O principal mecanismo de financiamento do SNDCT era o *Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT)*, tendo como Secretaria Executiva a FINEP. Constituíam, porém, apenas uma parte do orçamento nacional para ciência e tecnologia, em adição às demais fontes sob controle e administração dos órgãos do "sistema". No caso da área da Saúde, os órgãos com recursos financeiros mais expressivos em âmbito federal eram FIOCRUZ, CEME, FSESP, CNPq e FINEP.

Vários estudos realizados ao longo dos últimos dez anos analisaram criticamente a formulação e funcionamento dessa estrutura institucional. Resumidamente, os principais pontos abordados foram:

- a concepção "sistêmica" adotada, despida de elementos conceituais necessários à compreensão da especificidade complexa de cada situação historicamente definida, que redundaram em propostas de planejamento sobre relações ideais e definições abstratas de políticas. O critério de enquadramento de uma instituição nesse sistema restringia-se ao fato de manter relação com ciência e tecnologia, em função das atividades que lhes eram próprias. O chamado "sistema" transformara-se num emaranhado de órgãos e instituições relacionadas entre si mais pela natureza de suas atividades, do que pela coerência de suas políticas em torno de uma determinada área de competência;
- a criação de uma estrutura de coordenação (CCT) pesada e fragmentada, com a discriminação de áreas "econômicas" e "sociais" de intervenção do Estado, mascarando a relação entre ambas. Nesse sentido, a política de C & T espelhava a política de planejamento global do Estado na época, detentora de um discurso de Política Social à parte da prática da Política Econômica;
- o enfraquecimento progressivo do poder deliberativo do CCT, a partir mesmo de sua constituição, devem-se a vários fatores: a alegada "*falta de legitimidade institucional*" do CNPq enquanto órgão de coordenação; o papel meramente consultivo do CCT na estrutura organizacional do Estado, à medida em que o processo de formulação de diretrizes não se fazia mais acompanhar das deliberações sobre dotações orçamentárias; a importância cada vez menor atribuída ao Conselho pelos órgãos setoriais, em termos de compartilhar decisões inscritas na sua esfera específica de atuação; e, por fim, a questionável

representatividade do CCT, devido a uma realidade política global que não favorecia a participação social – quer na formulação de diretrizes, quer no acompanhamento crítico das políticas traçadas – através de um Poder Legislativo atuante;

– o declínio progressivo de uma das principais fontes de recursos do setor, constituído pelo FNDCT.

Pode-se dizer que um dos pontos positivos dessa estruturação foi a formulação de uma política científica e tecnológica “setorializada” no Brasil, através da qual o componente “ciência e tecnologia” emergiu, recebeu um espaço institucional próprio e procurou explicitar suas relações com os objetivos setoriais específicos.

Na área da Saúde, foi constituída a Secretaria de C & T, no Ministério da Saúde. A formulação de uma política de Ciência e Tecnologia para o setor enfrentou dificuldades adicionais, devido à fragmentação da política de saúde, também concebida sob a forma de “sistema”. A Secretaria de Ciência e Tecnologia foi constituída como setor de um Ministério, com pouco poder deliberativo, poucos recursos e sem poder real de interferência sobre a precária articulação entre as áreas de pesquisa e de serviços. As interações com outros órgãos com peso na formulação de políticas de pesquisa para o setor (como a CEME, na área de medicamentos e o Ministério da Indústria e Comércio, na área de insumos industriais) eram frágeis, sendo praticamente inexistentes os mecanismos que permitissem a subordinação da política de insumos à política de saúde.

O atual período de transição

O período que se inicia em 1985 caracteriza-se como de transição, marcado pela permanência do *modus operandi* anterior e pela intrusão de alterações politicamente significativas, algumas conjunturais, outras na dependência de consolidação a partir de um processo mais amplo, com a instalação e funcionamento da Assembléia Nacional Constituinte e a instauração da democracia plena no Brasil. E, portanto, um período marcado pela instabilidade do arcabouço institucional-administrativo e pela impossibilidade de um planejamento da ação estatal de largo espectro. Em relação à articulação institucional, prevalecem os acordos bilaterais de atuação conjunta.

Na área de C & T foi criado o Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT), com jurisdição sobre o CNPq e seus institutos, FINEP, Instituto Nacional de Tecnologia (INT), Secretaria Especial de Informática (SEI), Conselho de Cartografia (COCAR) e Secretaria de Biotecnologia. Além do FNDCT, o MCT passou a gerir o FUNAT, anteriormente administrado pelo Ministério da Indústria e Comércio. O MCT, nos primeiros dois anos de existência, tem concentrado sua atenção em diretrizes para o desenvolvimento de novas tecnologias, estabelecendo como prioridades imediatas: 1) *microeletrônica e informática*; 2) *biotecnologia*; 3) *novas materiais, química fina e mecânica de precisão*; 4) *política nacional de cartografia*.

Os instrumentos e as atividades de formulação e coordenação da política de C & T tem passado por um período de ajustamento durante os últimos dois anos. O papel de coordenação política, antes atribuído à SEPLAN através de

um órgão central (o CNPq), passou para o MCT e só recentemente (20/1/87), foi oficializada a reativação e reformulação do CCT, sob a coordenação desse Ministério. A justificativa apontada para essas modificações foi a necessidade de transformar o Conselho, de cunho meramente consultivo, em um órgão deliberativo com maiores poderes na definição da política nacional de C & T.

Segundo o Decreto-lei que regulamenta o funcionamento do "Conselho de Ciência e Tecnologia", passam a integrá-lo 11 membros: 6 Ministros de Estado enquanto conselheiros natos (Ministério da Ciência e Tecnologia, Ministério da Indústria e do Comércio, Ministério da Agricultura, Ministério das Relações Exteriores, Secretaria de Planejamento da Presidência da República, Chefia do Gabinete Militar) e 5 membros a serem designados pelo Presidente da República, a partir de listas tripartites apresentadas pelo Ministério da Ciência e Tecnologia. O Decreto-lei menciona a constituição de câmaras especializadas, sem contudo especificá-las.

Causa preocupação, num primeiro momento, que nenhum dos ministérios chamados "sociais" faça parte do Conselho. No caso da área de Saúde, em que uma das proposições emanadas da 8ª Conferência Nacional é a *subordinação da política de insumos industriais à política de saúde*, a atual estruturação poderá ensejar que exatamente o contrário ocorra, ou seja, que a situação prevalente e questionada seja reforçada pelo pouco poder deliberativo da área de Saúde (política-fim) em relação ao da área de desenvolvimento industrial (no caso, uma política-meio para serem atingidos os objetivos da política de saúde).

Em relação à constituição de "câmaras especializadas" há que se evitar que venham a configurar áreas "sociais" e "econômicas" de intervenção na política de ciência e tecnologia. O recomendável é que as "Políticas Sociais", que sempre significaram, no passado, ações do Estado *compensatórias e secundárias*, sejam mais apropriadamente reconhecidas como *Políticas Públicas*: aquelas a que todo o cidadão tem direito, seja qual for sua inserção no sistema produtivo, e que cobrem um amplo espectro de bens e serviços, imprescindíveis às condições mínimas de vida digna em qualquer sociedade moderna. Para que o desenvolvimento científico e tecnológico voltado aos bens e serviços na área de saúde seja efetivamente o mais adequado, importante se torna a criação de mecanismos legais e normativos que venham reforçar as premissas do próprio setor.

Recomendações

1. Fortalecer, na estrutura do SETOR SAÚDE, a área específica de desenvolvimento científico e tecnológico, através de:

- *criação de instrumentos de coordenação interna* efetivos e eficazes, que permitam que o desenvolvimento científico e tecnológico e a absorção de tecnologias pela área de serviços possa ser traçada de forma coerente e consistente, no âmbito do próprio setor;
- *articulação com as agências de outros setores da administração pública*, responsáveis pela execução, coordenação e financiamento de pesquisas em saúde

e articulação com as agências responsáveis pelos instrumentos legais, fiscais e creditícios voltados ao provimento de insumos industriais ao setor saúde, particularmente aquelas responsáveis pela implementação da política econômica e industrial;

● *revisão das normas e instrumentos legislativos* para fortalecimento da capacidade decisória do SETOR quanto a importação e utilização de insumos industriais em saúde.

2. Articular com o MCT e com o Conselho de Ciência e Tecnologia sob a coordenação daquele Ministério de forma orgânica, ou seja, através da constituição de instância própria, onde possam estar representados os diversos segmentos institucionais que compõem o setor (industrial, normativo, de prestação de serviços de saúde e de execução de pesquisas).

II – TECNOLOGIAS BÁSICAS PARA O SETOR SAÚDE

Medicamentos

Todos os estudos sobre a área da indústria farmacêutica no Brasil não podem, nem são, desvinculados da análise da estrutura política e social brasileira. Qualquer que seja a linha teórica tais estudos apresentam os problemas básicos desta área que podem ser assim sintetizados:

a) na área de produção apresentam-se de imediato os problemas da fraca presença nacional do setor; da dependência de matérias primas; da falta de uma política de produção de medicamentos voltada para as reais necessidades da população em suas diversas regiões; da reduzida atividade de pesquisa e desenvolvimento e da baixa disponibilidade de recursos humanos qualificados.

b) na área da distribuição de medicamentos essenciais há, ainda, insuficiência frente a demanda na rede oficial. Na rede privada de distribuição há uma série de distorções que vão desde o não atendimento às necessidades do quadro nosológico brasileiro até uma demanda artificial, principalmente, nos centros urbanos, através do *marketing* e de uma assistência farmacêutica não especializada.

c) na área da assistência farmacêutica pública ou privada, a escassez do profissional farmacêutico habilitado para uma real assistência e orientação à população, a indigência total de recursos humanos para fiscalização e, principalmente, a inexistência de uma política preocupada com a importância social.

Nesta fase de transição porque passa a sociedade, vem sendo esboçada uma política de medicamentos que visa diminuir a dependência externa e apontar caminhos para universalização da assistência farmacêutica através da rede pública

Dentre as várias posições básicas que podem ser adotadas pelo setor saúde, quanto a política de medicamentos, ressaltam-se pelo menos duas:

1 – Todo o mercado de medicamentos deve ser abrangido e coordenado pela política de saúde, através da estatização;

2 – a política de saúde deve orientar o mercado governamental de medicamentos para ampliar a nacionalização neste setor estratégico.

A primeira alternativa implica em uma posição que conduz inevitavelmente ao confronto com os setores industriais privados já instalados no país, pois a estatização redireciona o papel desses agentes.

A segunda alternativa, mais limitada quanto à intervenção governamental, abre espaços gradativos à expansão nacional do setor.

Partindo-se da segunda como mais viável, no atual contexto da redemocratização da sociedade brasileira, é fundamental a delimitação deste mercado governamental e o diagnóstico das maiores fragilidades do setor farmacêutico para que o estabelecimento de uma política as supere e oriente as potencialidades desse mercado para os interesses nacionais.

Com a proposta de universalidade da assistência a saúde estima-se que o mercado governamental represente um potencial de 80% da população brasileira, cujos níveis de renda exigem a cobertura da ação do Estado.

A partir da cobertura atual, que está em torno de 30% da população, verifica-se que esta política de saúde incorporará parcela importante da mesma. Nessa perspectiva é fundamental considerar as formas pelas quais se daria a sua expansão.

Com a proposta de universalização da assistência farmacêutica, através da oferta dos medicamentos essenciais constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, a ampliação do mercado referir-se-ia a este conjunto em particular.

A situação atual da produção dos itens da RENAME é bastante desvantajosa em relação ao conjunto da produção, devido as peculiaridades dos produtos que esta inclui. Dentre estes, estão produtos com tecnologia tradicional e já implantados no mercado a longo tempo.

Como a inovação exerce atração sobre o consumidor, bem como a política oficial de preços valoriza o lançamento de novos produtos, a RENAME não constitui grande interesse para o setor privado.

Desta forma a expansão do mercado governamental atual encontra grande obstáculo na estrutura produtiva.

Faz-se necessário estabelecer uma política de estímulo a estes produtos, aliada ao reforço da produção nacional, em preferência ao produto estatal que deve ter papel estratégico para resguardar a soberania do país.

No quadro presente, verifica-se que o grande problema da indústria farmacêutica é a pequena produção nacional de matérias primas e, ainda, a significativa dependência tecnológica neste particular. É fundamental, assim, uma política de desenvolvimento tecnológico que vise superar esta deficiência.

Recomendações

Quanto a Produção e Comercialização:

- Modificar a atual estrutura de produção de medicamentos visando a uma maior participação da indústria nacional (*estatal e privada*) na produção.
- Criar mecanismos de apoio à indústria nacional como forma de assegurar sua participação no mercado farmacêutico governamental em expansão.
- Ampliar a produção interna de matérias primas, de forma a assegurar o abastecimento regular da indústria farmacêutica, na fabricação dos medicamentos essenciais, garantindo, paralelamente, a autonomia tecnológica indusmentos essenciais, garantindo, paralelamente, a autonomia tecnológica industrial deste setor.
- Destinar de 3% (três por cento) dos recursos totais, fixados para as atividades de aquisição e distribuição de medicamentos da Central de Medicamentos/CEME, para financiamento de projetos de pesquisa e desenvolvimento, voltados à autonomia-tecnológica na produção de princípios ativos em todas as suas etapas intermediárias e medicamentos essenciais.
- Adotar política de compras pelo Estado que represente apoio à indústria farmoquímica nacional.
- Incrementar aquisições pelos programas governamentais aos laboratórios nacionais, oficiais e privados, de forma a garantir o contrato em quantidade, qualidade e regularidade.
- Adotar uma política de preços que remunere adequadamente os produtores dos medicamentos essenciais.
- Utilizar a rede de laboratórios governamentais como instrumento de produção estratégica e de referência dos medicamentos essenciais, em termos de qualidade e custos.

Quanto ao Consumo e Legislação:

- Implementar o programa de oferta e distribuição de medicamentos essenciais, universalizando a cobertura.
- Adotar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME – na rede governamental de saúde e serviços credenciados, nos níveis federal, estadual e municipal.
- Atualizar periodicamente a RENAME face ao perfil epidemiológico prevalente nas diversas regiões brasileiras.
- Redefinir o conjunto de medicamentos à disposição da população brasileira segundo critérios de eficácia, segurança, custo e disponibilidade interna de matérias primas.
- Revisar a legislação sanitária sobre produção, comercialização e consumo de medicamentos e correlatos, visando adequá-la a uma política nacional de saú-

de, que obedeça aos princípios emanados da 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.

Sangue e hemoderivados

A questão do sangue não foi, e não é diferente da questão saúde como um todo. Ficou esquecida, mal administrada, e não é nenhuma surpresa a crise no setor. E se a saúde passou por longos períodos de descaso, que floresce hoje com a recrudescência de várias endemias, a hemoterapia se mostra ainda mergulhada num imobilismo.

Discutir transfusão de sangue é discutir a saúde pública, no seu mais amplo sentido. E é fácil entender tal afirmação, quando vemos que por estimativas da OMS (10 transfusões de sangue/leito hospitalar/ano) são realizados no mínimo 5 milhões de transfusões/ano no Brasil, na sua grande maioria, sem nenhuma fiscalização ou controle de qualidade o que leva à necessidade urgente de estabelecer uma *POLÍTICA NACIONAL DE SANGUE* com toda as suas interfaces.

O problema se torna gritante quando sabemos, que as doenças que freqüentemente são veiculadas pelo sangue como sífilis, hepatite, chagas, malária, AIDS e outras, são detectáveis laboratorialmente e controláveis através de programas epidemiológicos.

Nunca houve e não há, com raríssimas exceções, um controle efetivo sobre os serviços de transfusão em todo país.

A atuação de vigilância sanitária na área de hemoterapia é ainda inexpressiva. Em locais onde se deflagrou este processo por decisão técnico-político, como no Paraná, as conclusões foram assustadoras. Detectou-se em determinadas regiões do estado, percentual elevado (50%) de serviços de transfusão sangüínea que não realizavam adequadamente os testes sorológicos pré-transfusionais, ou simplesmente não os realizavam com exceção de tipagem sangüínea.

É dentro deste amplo contexto que se enquadra a reavaliação e reorientação do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados (PRO-SANGUE), implantado em 1980, constituindo um dos programas especiais do Governo Federal, criado por *Portaria inter-ministerial* (MS/MPAS).

Situação atual do atendimento hemoterápico no país

Desde sua implantação em 1980, o PRO-SANGUE, teve como objetivo a construção de hemocentros, unidades executoras básicas do programa a nível estadual, existindo atualmente 24 em funcionamento nas unidades federadas, alguns dos quais incorporados às Ações Integradas em Saúde/AIS. Este fato, sem dúvida é significativo, quando analisamos o início deste programa, no momento em que se aprofundou a crise econômica no país, (período 1981/1984), com suas conseqüências sociais evidentes: agravamento das condições de saúde da população e deterioração na prestação dos serviços públicos.

No entanto, quando vemos a participação do programa por dados estimativos (não há levantamento/controlado de transfusões no país), observamos, que o setor privado é responsável por 75% das transfusões, e o setor público, 25% e deste, o Pró-Sangue, através dos seus hemocentros, ao longo destes seis anos,

conseguiu atingir apenas 52%, o que evidencia importante paralelismo, com persistência de uma série de problemas.

Há que se definir claramente e decidir, uma política nacional de sangue. Se hoje vemos que o PRÓ-SANGUE teve desde sua implantação, uma expansão relativamente tímida, podemos apontar entre outros, os seguintes motivos:

1 – falta decisão para se implantar uma *POLÍTICA NACIONAL DE SANGUE*. Na construção de um novo modelo de atendimento hemoterápico é imprescindível que o Estado assuma a responsabilidade do atendimento global, integral e especializado dos pacientes portadores de doenças hematológicas congênitas tais como hemofilia, anemia falciforme, talassemia, além da participação comunitária, com representantes das diversas formas de organização da sociedade: associações de profissionais, trabalhadores, doadores voluntários, sindicatos, federação de hemofilia, movimento negro, entre outros, como fez o PRÓ-SANGUE na ampliação do tema da *8ª Conferência Nacional de Saúde*, em outubro de 1986;

2 – não existe infra-estrutura necessária para o gerenciamento do programa ao nível nacional, e há muita fragilidade a nível estatal, conseqüentemente com entraves quanto à descentralização;

3 – há insignificância de verbas para a implantação, implementação e manutenção dos serviços;

4 – inexistência de sistema de informações, com falta de dados estatísticos para o setor, o que praticamente inviabiliza um diagnóstico da situação, impossibilitando qualquer planejamento e acompanhamento de um programa;

5 – a desarticulação da legislação hemoterápica é outro fator preponderante. Por exemplo, a única lei que dispõe sobre a doação e transfusão de sangue data de 1965, não existindo padronização de procedimentos e normas técnicas para hemoterapia;

– há importante defasagem entre a necessidade do mercado de trabalho e a formação nas universidades, que criando profundas distorções proporcionaram gradativamente a clandestinidade do setor. Os profissionais médicos com formação provizante de atendimento à saúde, sempre se posicionaram mais pela pressão do complexo médico-industrial, do que pelas reais necessidades da população. Na área de hemotologia/hemoterapia esta tendência é acentuada pelo comportamento mercantilista de seus profissionais, com a formação de pequenos feudos para a garantia dos lucros. Isto favorece o equívoco de que o setor não exige formação especializada;

– atualmente a oferta de sangue e hemoderivados está muito aquém das necessidades nacionais;

– a indústria nacional é incipiente, no que se refere à produção e controle de insumos médicos para a área. Como exemplos, citamos os problemas das bolsas plásticas para coleta de sangue, que geraram até óbitos no país por sua má qualidade, e não estavam sob qualquer plano adequado de fiscalização e controle. Isto levou o país a uma gravíssima crise, não só pelo problema que representou, mas também no momento da importação, pela inexistência nos mercados internacionais da quantidade necessária ao consumo interno.

Recomendações

- implantar uma *POLÍTICA NACIONAL DE SANGUE*, inserida com todas as suas interfaces dentro do Sistema Único de Saúde, de forma decisiva, clara e objetiva.
- promover a descentralização do gerenciamento, desenvolvendo instâncias gestoras ao nível dos Estados para o estabelecimento de um *Sistema Estadual de Sangue*, com controle de componentes e derivados sanguíneos.
- transferir do setor privado para o setor público o atendimento hemoterápico realizado nos hospitais públicos.
- eliminar o paralelismo de ações entre hemocentros (Universidades, Forças Armadas, INAMPS e os Serviços Estaduais).
- atualizar a legislação, com objetivo de uniformizar padrões e normas técnicas especiais para o setor, incluindo a legislação da produção industrial de insumos médicos, imunológicos e hemoderivados, com vista a implantação de um sistema de vigilância sanitária/fiscalização e controle de qualidade.
- implantar urgentemente um sistema de informações de abrangência nacional (público/privado) no setor sangue e hemoderivados como parte destacada do Sistema de Informação de Saúde.
- estabelecer Centros Regionais de referência.
- implantar programa de doação voluntária de sangue.
- estabelecer plano de auto-suficiência em insumos básicos, equipamentos e hemoderivados, estabelecendo avanços e desenvolvimento tecnológico no setor.

Imunobiológicos

Duas grandes linhas de preocupação cercam o problema dos imunobiológicos no país. De um lado a busca de auto-suficiência nacional na produção e provisão dos imunobiológicos constantes do Programa Nacional de Imunizações: tétano, difteria, coqueluche, poliomielite, sarampo, tuberculose, dos acidentes ofídicos e de algumas doenças como raiva, febre amarela e cólera, cujos desenvolvimento tecnológico é de domínio das instituições brasileiras. De outro lado, coloca-se a necessidade do estabelecimento da autonomia científica e tecnológica em termos dos imunobiológicos, especialmente nos dias atuais em que se observa uma verdadeira revolução na esfera da biotecnologia.

O primeiro dos pontos – a auto-suficiência – ganha importância vital na medida em que a conjuntura atual exige respostas imediatas para solucionar os angustiantes problemas de saúde pública, que de forma pertinaz afligem a população brasileira e que são passíveis de prevenção pela utilização dos imunobiológicos. Esta conjuntura torna-se mais preocupante se atentarmos para a história que tem demarcado a produção de imunobiológicos no país.

O Brasil, desde os primórdios deste século, notabilizou-se pelo seu desempenho no desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde pública.

Neste processo alcançou uma capacidade de produção tanto científica quanto tecnológica de produtos e processos, sem paralelo – ao menos até recentemente – em outras áreas do conhecimento. Por diversos motivos assistiu-se nos últimos decênios a um processo rápido de esvaziamento destas instituições levando-as a não modernizarem sua capacidade industrial, provocando sérias conseqüências na produção destes insumos.

Evidentemente a questão não se resume a uma inadequação em termos de modernização ou manutenção apropriada dos instrumentos e equipamentos necessários à produção. A isto associa-se o próprio processo de formação e aprimoramento dos recursos humanos, elementos vitais para permitir a consecução dos objetivos pretendidos, que se viu extremamente prejudicado. Ao mesmo tempo, isto impediu o acompanhamento mais rápido e mais próximo do desenvolvimento de novas técnicas de produção de imunobiológicos voltados para outras doenças para as quais o mundo vem encontrando soluções mais apropriadas.

É óbvio que este quadro exige respostas emergenciais e a sua identificação na nova conjuntura política que atravessamos, possibilitou o seu equacionamento através do Programa de Auto-suficiência Nacional em Imunobiológicos, que está em pleno andamento e permite vislumbrar o alcance de todos os seus objetivos no final desta década. Assim, os imunobiológicos voltados para a prevenção e controle das doenças anteriormente referidas deverão estar disponíveis em quantidade e qualidade suficientes para atender o mercado, retirando-nos da condição de importadores e dependentes externos de insumos.

Para a finalidade que ora se coloca é fundamental reconhecer que a proposição de equacionamento do problema e o seu êxito devem-se, em parte, a nova política de definição de prioridades no campo de desenvolvimento tecnológico em saúde, ao processo de renovação administrativa e política que se tem desenvolvido a nível das instituições de pesquisa e produtoras de insumos e finalmente à legislação que garante, no caso dos imunobiológicos de uso humano, o controle, por parte do Estado, de sua distribuição e utilização ao nível nacional. Do mesmo modo, a transferência de tecnologia vem proporcionando agilidade para as respostas necessárias, se bem que deixa transparente a carência de competência nacional para o seu encaminhamento.

Se a questão conjuntural pode ser considerada resolvida ou pelo menos encaminhada, o mesmo, não se pode dizer da questão estrutural representada pela necessidade do fortalecimento e criação de competência científica e tecnológicas quanto à "*novas biotecnologias*".

O capítulo da biotecnologia cai na política da implantação das chamadas tecnologias de ponta em países periféricos como é o caso do Brasil, não obstante ser este a 8ª economia do mundo. Vários problemas se colocam e, por ora, buscar-se-á lembrá-los para orientar uma posterior discussão mais definitiva sobre o assunto.

O exemplo emanado a partir da política empregada em outros setores tecnológicos – informática, armamentos e aeronáutica – deve orientar as reflexões acerca da biotecnologia. Conquanto as especificidades que demarcam estes diferentes setores, no caso da biotecnologia cercado por diferentes interesses

e visões, impõem-se a atividade regulatória do Estado, haja vista que a aparente ausência de uma política de prioridades, de um lado pode levar ao não atendimento das demandas nacionais e de outro aprofundar o fosso que separa a competência e autonomia nacionais daqueles vividos pelos países centrais.

Estes fatos, por si, remetem diretamente à questão da soberania nacional e se interrelacionam com o processo de capacitação científica e tecnológica, bem sintetizados na apreciação feita em trabalhos de autores nacionais sobre a Biotecnologia.

Embora a área em geral apresente enormes lacunas e deficiências, dentre as diferentes áreas do conhecimento, as ciências biológicas têm se destacado pelo apoio que vem recebendo, distante, é verdade, da realidade apresentada pelos países mais desenvolvidos.

Este fato reflete-se nas dificuldades de progresso da escassa massa crítica existente e na ausência de uma definição mais precisa e orientada dos objetivos, seja pela "impossibilidade" dos grupos visualizarem mais claramente a necessidade destes objetivos, seja pela ausência de uma política de orientação para área. Adicione-se a isto a ausência de um intercâmbio sistemático de informações implicando este conjunto de dificuldades numa dispersão de recursos, duplicações desvantajosas e indesejáveis, obstaculizando a definição consistente de linhas de investigação, e formação mais efetiva de pessoal para os seus desenvolvimentos. Todavia, reconhece-se que no quadro atual alguns esforços vem sendo desenvolvidos seja na busca de capacitação para novas vacinas ou mesmo na busca de novos insumos para a saúde provocados pela inflexão sentida no desenvolvimento da biotecnologia, na qual as distintas instituições têm procurado se envolver.

A política de desenvolvimento tecnológico na área da biotecnologia vem sendo concebida como um sistema que incorpora os centros de pesquisas nacionais que terão tratamento diferenciado conforme seus estágios de desenvolvimento. Os já capacitados terão apoio em infra-estrutura, financiamento de projetos e formação de recursos humanos. Quanto aos projetos de pesquisa, estes terão como ponto de partida, o produto-meta a ser obtido, para que este atue fazendo uma "tração" nas bases científicas e tecnológicas que deverão ser conquistadas para seu desenvolvimento.

Esta política prevê a necessidade interação entre serviços e centros de pesquisa para a definição dos produtos-meta e entre centros de pesquisa e setores produtivos para colocação dos produtos no mercado.

"No que se refere à capacitação tecnológica há um reconhecimento generalizado da quase absoluta falta de competência em transformar resultados de pesquisa em produtos passíveis de ser comercializados". Este tem sido um gargalo importante na biotecnologia de forma geral em diferentes países e assume características peculiares no Brasil, dado o distanciamento que separa os grupos universitários e empresas, que não é privativo e nem específico da biotecnologia e diz respeito a área científica e tecnológica como um todo. Este é um ponto importante que merece uma legislação apropriada e mecanismos institucionais que estimulem a produção. No caso da biotecnologia, à semelhança de informática, urge pensar-se em formas concretas de apoiar, fomen-

tar e garantir a produção advinda do conhecimento científico transformando-o em produto pleno de utilização e de alta eficiência e eficácia. Isto para o Brasil torna-se um desafio – veja-se a questão da conservação de vacinas, por exemplo – por conta de sua dimensão territorial e diversidade de situação, para as quais, soluções únicas podem ser pensadas a partir dos conceitos e conhecimentos gerados a partir de engenharia genética.

A curto e médio prazo a política de desenvolvimento científico e tecnológico, na área de biotecnologia, deve concentrar-se na multiplicação dos recursos humanos disponíveis e melhoria da infra-estrutura, e a longo prazo, na geração de tecnologia útil para a sociedade.

Devem participar deste processo universidades, institutos estatais e empresas privadas nacionais.

Recomendações

- estimular a produção estatal de imunobiológicos, assegurando aos produtores recursos para modernização das plantas industriais e para a formação de recursos humanos.
- garantir o controle estatal sobre a produção, distribuição e consumo dos imunobiológicos.
- garantir a participação no Sistema Nacional de Capacitação Científica e Tecnológica na área de Biotecnologia a todos os produtores estatais, quer em nível federal, quer em nível estadual.
- apoiar as áreas de pesquisa necessárias ao desenvolvimento de nova biotecnologia (genética, imunologia, microbiologia, biologia celular).
- garantir o atendimento nos programas de imunobiológicos das prioridades sociais definidas na política de saúde.

Equipamentos

A consecução dos objetivos da Reforma Sanitária passa pela consideração do processo de trabalho médico e dos instrumentos necessários a sua realização. A configuração do moderno saber médico confere ênfase crescente aos sinais identificadores do processo mórbido, valendo-se de métodos propedêuticos tendencialmente menos invasivos e traumatizantes. Os procedimentos terapêuticos revelam um crescente domínio sobre o processo biológico, expressando uma eficácia jamais alcançada anteriormente, se se considera determinadas e específicas situações patológicas. É verdade que, convivendo com esta potencialidade, subsiste uma situação sócio-sanitária na realidade brasileira passível de soluções técnicas já assentadas, mas que dependem de resoluções políticas. Todavia, a atenção individual ressalta a importância de instrumentos utilizados na assistência médica. Nessa perspectiva, a questão dos equipamentos para atenção à saúde adquire uma crescente relevância. Procedimentos propedêuticos e terapêuticos cada vez mais armados colocam, de um lado, problemas relativos à eficácia e eficiência dos atos médicos e, de outro, questões pertinentes à forma de organização dos serviços de saúde, à produção, comercialização e consumo de equipamentos.

Valores de uso, de um lado, são, mercadorias, que se inserem nos procedimentos técnicos, configurando uma cadeia de relações que expressam muito mais

a lógica do interesse do que aquela das necessidades. Os conflitos que daí resultam são, necessariamente, objetos de ação da política e, como tais, incluídos no campo da Reforma Sanitária.

Visto nesta perspectiva, o instrumento/mercadoria necessário à realização do trabalho médico deve ser analiticamente compreendido nas diversas fases de sua existência. A sua produção pressupõe a conjugação de um domínio técnico/científico e de uma capacidade de produção seriada e em escala. A trajetória histórica revela que tal processo teve início e desenvolvimento em países capitalistas centrais, colocando, por largos períodos, a sociedade brasileira em situação de absoluta dependência, mera consumidora em que se constituiu. As alterações posteriormente verificadas abriram novas perspectivas que devem ser consideradas.

Produção nacional

A produção nacional de equipamentos para a atenção a saúde vai se concretizando no contexto do próprio desenvolvimento capitalista no Brasil. Três momentos podem ser identificados como inflexões no processo de desenvolvimento industrial brasileiro. A década de trinta assistiu os primeiros movimentos políticos deliberativos no sentido de implantação de um parque industrial brasileiro, buscando não só ampliação de uma economia quase que exclusivamente mono-agro-exportadora, mas também um mínimo de auto-suficiência relativa aos *manu-faturados*.

O segundo conflito mundial resultou, também, no incremento de uma política de substituição das importações, impulsionando a produção nacional de bens de consumo, bem como de bens de capital, através de um processo de investimento tecnológico e financeiro por parte de empresas transnacionais.

A partir dos anos sessenta, assiste o país a uma política de desenvolvimento capitalista acelerando que, se de um lado resultou em enormes sacrifícios para o conjunto da população brasileira, de outro impulsionou setores da produção a um ritmo jamais observado na economia nacional.

Neste contexto, e principalmente no último período, o parque industrial brasileiro vai também sendo preenchido com a produção de instrumental odonto-médico-hospitalar. Ainda que detalhes do processo devem ser especificados, pode-se afirmar que, de uma maneira geral, a produção nacional iniciou-se sobre uma base quase artesanal (pequenas empresas familiares), desenvolvendo uma tecnologia relativa no campo de metalurgia. Outros campos tecnológicos e industriais foram posteriormente dominados, e, segundo depoimento do Presidente da Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios – ABIMO, o parque industrial brasileiro conta, hoje, com cerca de 400 (quatrocentas) empresas, das quais mais ou menos 300 (trezentas) empregam cerca de 10 (dez) trabalhadores cada. As empresas transnacionais são poucas, dedicando-se muito mais a produção de material de consumo imediato nos procedimentos médicos. Produz-se alguma coisa em termos de Raio X, iniciando-se o domínio técnico-industrial sobre o ultrassom, notadamente no que se refere ao bi-dimensional (já que o mono-dimensional se produz regularmente), existindo produção em escala de instrumentos eletrográficos (eletrocardiografos,

eletroencefalógrafos, ecocardiografos, fotoestimuladores digitais, bisturis elétricos, etc), além de insumos médicos tais como descartáveis e alguns materiais para implante.

A questão que hoje se coloca para a produção nacional refere-se aos componentes eletrônicos que, cada vez mais, são introduzidos nos equipamentos médico-hospitalares. A *"inteligência do instrumento"* se de um lado potencializa a sua utilização, de outro revela uma precariedade da indústria nacional que não consegue fazer frente ao produto estrangeiro, *"protegido"* pela *"lei do similar"*, vale dizer, uma norma não explícita que autoriza a importação de equipamentos sem equivalente nacional.

É de se notar que, no contexto de um projeto deliberado de desenvolvimento industrial, jamais se formulou uma política de desenvolvimento técnico-científico e industrial na área de equipamentos médico-odonto-hospitalares. A produção nacional, com exceção de alguns programas suportados pelo Plano de Apoio e Desenvolvimento Científico e Tecnológico/PADCT mais recentemente, nunca se constituiu em objeto prioritário de uma ação governamental, notadamente quando se considera as reais necessidades médicas da população brasileira.

Desenvolvendo-se de acordo com a própria dinâmica da produção capitalista, a indústria de instrumentos médicos brasileira vem, todavia, ocupando um crescente espaço nos mercados nacionais e, também, internacionais. Dados agregados, obtidos na Carteira de Comércio Exterior/CACEX, demonstram uma crescente diminuição das importações de equipamentos e insumos (exceção feita à área radiológica), bem como um aumento das exportações de produtos nacionais.

Em resumo, trata-se de um parque industrial com boas potencialidades mas que se confronta com problemas relativos ao desenvolvimento de produtos que incorporem novas tecnologias bem como novos processos industriais.

O consumo

Em decorrência da própria forma de organização do sistema de atenção à saúde no Brasil, o consumo de equipamentos e a incorporação de novas tecnologias se realiza a partir de uma lógica de mercado, tanto no que se refere aos produtos, propriamente ditos, quanto à produção de serviços.

A expansão dos serviços de atenção médica verificada nas últimas décadas, sem dúvida, representou um novo mercado para a indústria de instrumentação. Todavia, dado que esta expansão se deu às custas, basicamente, do setor privado empresarial, a incorporação de técnicas novas e mesmo aquelas já correntes, obedeceu, para além de uma capacidade técnica-operativa, regras de uma produtividade comercial. É visto que, sendo os serviços de atenção médica financiados quase totalmente pela Previdência Social, o consumo de equipamentos também refletia as variações das conjunturas políticas e econômicas que se expressavam nas medidas administrativas adotadas pela assistência médica da Previdência. Não se pode aí identificar uma política explícita em relação aos equipamentos, dado que sobre eles incidiam muito mais alguns reflexos do que propriamente ações deliberadas. Dessa forma, flutuações conjunturais no consumo configuram uma base relativamente frágil para um crescimento e, principalmente, um desenvolvimento sustentado da produção nacional.

De outra parte, o setor público, este sim, foi objeto de um claro esvaziamento, em consequência do modelo político adotado no período do crescimento capitalista acelerado. Relegadas as políticas sociais a segunda do plano, os serviços públicos viram agravadas suas deficiências em recursos humanos, em insumos e, claramente, em equipamentos. Embora as necessidades relativas também a estes últimos já tivessem sido exaustivamente apontadas, é somente quando a situação econômico-financeira do país encontra-se em níveis críticos que alguns hospitais maiores são reequipados, a partir de “*pacotes tecnológicos*” embutidos nos processos de re-escalonamento financeiro da dívida externa brasileira. Critérios técnico-operacionais são assim secundarizados, fazendo-se “*tábua-rasa*” sobre o problema da qualidade, criando-se ainda obstáculos ao funcionamento permanente do equipamento, na medida em que se alarga a dependência relativa à manutenção e componentes para reposição.

A visão de um empresário do setor parece ilustrativa. Segundo essa análise, a falta de investimentos em larga escala por parte da Saúde Pública no Brasil (e também na América Latina) é fator que influi no desenvolvimento industrial, dado que as empresas se vêem inibidas por um mercado de dimensões restritas, dado que as empresas se vêem inibidas por um mercado de dimensões restritas e que não apresenta condições para suportar projetos de investimentos industriais de médio e longo prazo. De outro lado, a baixa exigência do consumidor brasileiro em relação a padrões de qualidade determinada que os custos financeiros passem a ser o fator decisivo no consumo de equipamentos. Em decorrência, a lógica empresarial a ele se restringe, eliminando as “*motivações*” para elevação de qualidade dos produtos.

Ciência e Tecnologia

Em uma produção capitalista, o desenvolvimento científico e tecnológico e seus desdobramentos industriais decorrem de dois fatores básicos: recursos humanos e capacidade de investimentos. É certo que a instituição escolar, notadamente a universitária, cumpre um papel básico e fundamental na formação dos recursos necessários à produção de ciência e tecnologia.

De um modo geral, a universidade (notadamente) e os institutos de pesquisa tendem a um trabalho muito mais relacionado às chamadas áreas básicas. Vale dizer, um trabalho que enfatiza a produção e o desenvolvimento do conhecimento, ou seja, enfatiza o campo da ciência. Isso significa que o produto do trabalho não se converte, de imediato, em produto para o consumo. Em outras palavras, o desenvolvimento científico não se traduz, necessariamente, em desenvolvimento tecnológico e muito menos em inovações nos processos industriais. Desse modo, o recurso humano ali formado não representa sempre aquele exigido para inovações tecnológicas e pela produção em escala.

Algumas iniciativas, no entanto, podem ser observadas. De um lado, grupos universitários ou ligados à academia que evoluíram para uma atividade empresarial e, de outro, aqueles que, mantendo suas características iniciais, trabalham no sentido de desenvolvimento científico-tecnológico em uma perspectiva de mercado. É certo também, que alguns institutos de pesquisas têm desempenhado papel relevante na produção científica, estabelecendo relações mais nítidas com o desenvolvimento de técnicos, inclusive a nível industrial. O apoio financeiro de instituições governamentais não pode aqui ser descon-

siderado. Todavia, estas tem sido iniciativas que pouco representam no contexto das necessidades nacionais.

Em relação à capacidade de investimentos, obviamente a determinação maior refere-se às possibilidades de realização do produto enquanto mercadoria, vale dizer, às possibilidades de mercado. O investimento capitalista, no que se refere ao desenvolvimento de forças produtivas, se intensifica na medida em que a composição orgânica do capital cristaliza-se em termos de seu componente constante e em função de uma competitividade de mercado. Assim, ainda que o padrão de consumo identificado no mercado brasileiro não “*motive*” tal tipo de investimento, é preciso frisar que o setor em apreço, considerado no seu conjunto, não logrou o crescimento necessário para o suporte de atividades científicas e tecnológicas, notadamente no que se refere a recursos humanos.

Ainda que a avaliação seja preliminar, é possível identificar algumas empresas melhor situadas no mercado, que buscam incrementar suas atividades científico-tecnológicas, tanto no que diz respeito aos recursos humanos quanto aos processos industriais. Não é fortuito assim, que o tema relevante colocado em discussão nos últimos tempos tenha sido aquele referente a “*transferência tecnológica*”. De fato, quando se dá a, “*transferência*” corresponde muito mais aos interesses de empresas transnacionais do que aqueles nacionais, propriamente ditos. Dessa forma, o desenvolvimento tecnológico brasileiro no campo do industrial médico-hospitalar encontra-se hoje, em uma explícita dependência de políticas governamentais.

Recomendações

O estabelecimento de uma política para o setor de equipamentos e instrumentos deve levar em conta os seguintes três momentos:

Quanto à produção:

- estimular a produção nacional através de incentivos de ordem econômica-financeira, bem como de restrições criteriosas para as importações;
- estabelecer padrões e normas relativas à eficácia e eficiência de equipamentos/instrumentos, tanto produzidos no país como no exterior;
- instituir mecanismos para controle de qualidade dos produtos, assim como instrumentos ágeis de fiscalização.

Quanto ao consumo:

- implantar uma política de equipamentos coerente com a estatização progressiva dos serviços de saúde;
- orientar o mercado consumidor e a produção nacional por uma lógica de necessidades de saúde;
- implantar um contínuo controle de qualidade de instrumentos e equipamentos;
- assegurar programas de manutenção de equipamentos que implique uma forte responsabilidade por parte de seus produtores.

Quanto à ciência e tecnologia:

- articular a política de saúde com a educacional e propiciar recursos crescentes às universidades, e institutos de pesquisa para melhoria dos cursos de graduação, de especialização e pós-graduação;
- assegurar desenvolvimento técnico-científico através de apoio maciço a programas de investigação e inovação de produtos e processos e da projeção do mercado nacional;
- ampliar linhas de créditos em condições mais favoráveis, específicas para aplicações por parte da indústria, em projetos de desenvolvimento técnico-científico.

III — ARCABOUÇO INSTITUCIONAL PARA ABASTECIMENTO E MATERIAL DE INSUMOS

há uma multiplicidade de órgãos e instituições governamentais nesta área sem haver articulação entre os mesmos (Ex.: *CEME, INAN, PRO-SANGUE, PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES, PRODETEC*, etc.). Observa-se que não há uma política comum que oriente de forma global suas atuações.

Quanto à estrutura organizacional destes órgãos algumas são embrionárias ou incipientes e outras mais complexas, sem que se possa considerar que alguma delas satisfaça as exigências da tarefa a que se propõe.

Pela desarticulação existente, verifica-se grandes deficiências nos sistemas de informação e comunicação entre eles, com conseqüências no entendimento entre os níveis federal e estadual.

Cada órgão segue diretrizes próprias, sendo alguns altamente centralizados, características estas determinadas por conjunturas específicas de sua criação e estruturação, e não por uma lógica referente à questão do abastecimento.

Não há uma legislação comum relativa ao abastecimento e manutenção, salientando-se que esta é uma área que não é tradicionalmente debatida como um todo, mas, fragmentadamente, insumo a insumo. O fato das polêmicas restringirem-se a cada produto, e não expressas como uma questão coordenada, decorre da ausência de consolidação dessa área no setor saúde.

Apesar desse quadro, com a extensão de cobertura dos serviços públicos, a tendência é haver uma expansão e solicitação crescente de um posicionamento a esse respeito.

Em função dos princípios enunciados na 8ª Conferência Nacional de Saúde e recentes encaminhamentos do debate acerca da Reforma Sanitária espera-se que ocorra um fortalecimento da estrutura prestadora de serviço das unidades federadas e um incremento da produção nacional das tecnologias usadas em saúde.

A abordagem desta questão é tratada de forma relevante no presente documento, tendo em vista apontar a necessidade de propostas alternativas ao quadro existente, que articulem o poder de compra das diversas tecnologias pelo

Estado, como mercadorias que circulam no interior da sociedade, para que este poder seja dirigido aos interesses da população e à melhoria real da qualidade dos serviços prestados.

Esta articulação da área de abastecimento permite vislumbrar a possibilidade da orientação do sistema produtivo pela parcela real que o mercado governamental em saúde, em seu conjunto global, representa frente ao mesmo.

Recomendações

- colocar sob coordenação única os diversos órgãos governamentais ao nível federal que atuam na área (medicamento, sangue e hemoderivados, equipamentos, testes e reativos para diagnóstico, saneantes, imunobiológicos, inseticidas) para viabilizar uma política nacional de abastecimento e manutenção;
- criar uma instância estadual única, ao nível da Secretaria da Saúde, para desenvolver e implementar uma política estadual de abastecimento e ser o interlocutor do nível federal;
- definir uma política de aquisição de tecnologia importada que esteja subordinada à política de saúde;
- implementar programas de manutenção de equipamentos de diversos níveis de complexidade junto à rede de serviços de saúde;
- descentralizar decisões e desconcentrar recursos no setor de abastecimento. Transferir, tanto quanto possível, aos estados e regiões a competência para selecionar, comprar, armazenar e distribuir insumos, e manter equipamentos.

Critérios para descentralização de decisões e desconcentração de recursos:

- a – Economia de larga escala.
- b – Capacidade de administrar.
- c – Aspectos estratégicos.
- d – Hierarquização.

IV – CONCLUSÕES

Apesar do presente documento representar um esforço inicial que pode ser aprofundado, principalmente com a agregação de temas complementares ao enfoque apresentado, observa-se que o tratamento dado a cada um de seus componentes sintetiza diagnósticos e propostas que vêm sendo amadurecidas de longa data no setor saúde. A originalidade na abordagem ficou por conta da forma de tratamento apresentado aos vários insumos, pois estes foram considerados como tecnologias, dispensando-se grau de relevância semelhante a produtos que recebem tradicionalmente espaço nas várias discussões.

A presente abordagem ressalta a necessidade de políticas específicas de ciência e tecnologia, produção e comercialização dos produtos bem como de abastecimento e manutenção no setor saúde.

Das recomendações apresentadas as mais relevantes para a formulação de uma política nacional de saúde são:

a) Fortalecer, na estrutura do *SETOR SAÚDE*, a área específica de desenvolvimento científico e tecnológico, através de:

- *Criação de instrumentos de coordenação interna* efetivos e eficazes, que permitam que o desenvolvimento científico e tecnológico e a absorção de tecnologias pela área de serviços possa ser tratada de forma coerente e consistente no âmbito do próprio setor.
- *Articulação com as agências de outros setores da administração pública*, responsáveis pela execução, coordenação e financiamento de pesquisas em saúde e articulação com as agências responsáveis pelos instrumentos legais, fiscais e creditícios voltados ao provimento de insumos industriais ao setor saúde, particularmente aquelas responsáveis pela implementação da política econômica e industrial.
- *Revisão das normas e instrumentos legislativos* para fortalecimento da capacidade decisória do *SETOR* quanto a importação e utilização de insumos industriais em saúde.

b) Tecnologias Básicas para o Setor Saúde;

1 – Medicamentos

- Modificar a atual estrutura de produção de medicamentos visando a uma maior participação da indústria nacional (estatal e privada) na produção.
- Destinar de 3% (três por cento) dos recursos totais, fixados para as atividades de aquisição e distribuição de medicamentos da CEME, para financiamento de projetos de pesquisa e desenvolvimento, voltados a autonomia tecnológica na produção de princípios ativos em todas as suas etapas intermediárias e medicamentos essenciais.
- Incrementar as aquisições pelos programas governamentais aos laboratórios nacionais (oficiais e privados) de forma a garantir o suprimento adequado dos medicamentos contratados, em quantidade, qualidade e regularidade.
- Implementar o programa de ofertas e distribuição de medicamentos essenciais, universalizando a cobertura.
- Adotar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais — RENAME na rede governamental de saúde e serviços credenciados, nos níveis federal, estadual e municipal.
- Revisar a legislação sanitária sobre produção, comercialização e consumo de medicamentos e correlatos, visando adequá-la a uma Política Nacional de Saúde, que obedeça aos princípios emanados da 8ª *Conferência Nacional de Saúde*.

2 – Sangue e hemoderivados

- Implantar uma Política Nacional de Saúde inserida com todas as suas interfaces dentro dos Sistema Único de Saúde, de forma decisiva, clara e objetiva.
- Estabelecer plano de auto-suficiência em insumos básicos, equipamentos e hemoderivados, estabelecendo avanços e desenvolvimento tecnológico no Setor.

3 – Imunobiológicos

- Estimular à produção estatal de imunobiológicos, assegurando aos produtores recursos para modernização das plantas industriais e para a formação de recursos humanos.
- Garantir a participação no Sistema Nacional de Capacitação Científica e Tecnológica na Área de Biotecnologia de todos os produtores estatais, quer em nível federal, quer em nível estadual.

4 – Equipamentos

- Estimular a produção nacional através de incentivos de ordem econômico-financeira, bem como de restrições criteriosas para as importações.
- Estabelecer padrões e normas relativos à eficácia e eficiência de equipamentos/instrumentos, tanto produzidos no país como no exterior.
- Orientar o mercado consumidor de equipamentos para a saúde através da reorganização dos serviços.
- Assegurar o desenvolvimento técnico-científico através do apoio maciço a programas de investigação, inovação de produtos e processos.

5 – Abastecimento e manutenção

- Colocar sob coordenação única os diversos órgãos governamentais ao nível federal que atuam na área (medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos, testes e reativos para diagnóstico, saneantes, imunobiológicos, inseticidas) para viabilizar uma política nacional de abastecimento e manutenção.
- Criar uma instância estadual única, ao nível da Secretaria da Saúde, para desenvolver e implementar uma política estadual de abastecimento e ser o interlocutor do nível federal.

QUADRO 1 **LABORATÓRIOS NACIONAIS VENDIDOS A GRUPOS ESTRANGEIROS**

Ano	Empresa Negociada	Empresa Compradora	Origem do Capital da Empresa Compradora
1936	Silva Araújo	Roussel	França
1949	Fontoura	Wyeth	EUA
1957	Laborterápica	Bristol Myers S/A	EUA

QUADRO 1 (continuação)
LABORATÓRIOS NACIONAIS VENDIDOS A GRUPOS ESTRANGEIROS

Ano	Empresa Negociada	Empresa Compradora	Origem do Capital da Empresa Compradora
1957	Pravaz	Recordati Laboratórios	Itália
1958	Moura-Brasil	Merrel	EUA
1959	Sânitas	Leo do Brasil S/A	Dinamarca
1960	Endochímica	Mead Johnson	EUA
1961	Novoterápica	Bracco	Itália
1962	Myrtonil	Immuno	Áustria
1963	Torres	Silva Araújo-Roussel	França
1965	Exactus	Midy Farmacêutica S/A	França
1967	Sintético	Searle	EUA
	Cyrillo Mothe	A. H. Robins	EUA
1968	Lafi	U. S. Vitamin Revlon	EUA
	Laboral	Syntex	EUA
1969	Prociex	Byk	Alemanha
	Haemo Derivados	Hoechst	Alemanha
1970	Hormoquímicos e Derivados	Rorey	EUA
1971	Yatropan	Recofarma	Itália
	Usafarma	ICN	EUA
1972	Kerato-Loil	Allergan	EUA
	Quimiofarma	Boehringer do Brasil S/A	Alemanha
	Maurício Vilella	Beecham	Inglaterra
	Instituto Pinheiros	Syntex	EUA
1973	Enila-Lutécia	Smith-Klein French	EUA
	Labonobel	Ferrer	Espanha
	Cissa	Alcon	EUA
	Delfos	Alcon	EUA
1974	Quimioterápico	Mundifarma	EUA
	Scil	C. B. C. International	EUA
	Panquímica	Emusa	Espanha
	Pelosi	Uriach Química do Brasil	Europa
	Procampo	Schering	EUA
1975	Vernaco	Eaton	EUA
1976	Baldassari-Alciate	Mediprop	Europa
1977	Hiplex	Fresenius	Alemanha
	Riedel	Zabinka	Itália
1980	Laboratil	Searle	EUA
1982	Blosintética	Nestlé/Alcon/Synthelabo	Suiça
	Buller	3M-Riker	EUA
1983	Wesley	Degussa	Alemanha
	Labolessel	Garret	Inglaterra
	Recofarma	Sarsa	França

Fontes: SIC-DIC, 1983. Indústria Farmacêutica no Brasil – Medicamentos Essenciais, Séria EPI 03, Salvador, p. 25 e ABIFARMA, 1985.

QUADRO 2
PARTICIPAÇÃO DOS 50 MAIORES LABORATÓRIOS NO
MERCADO FARMACÊUTICO

Laboratórios	Participações	Laboratórios	Participações
Merrel/Lepetit	4,9659	Sarsa	1,2857
Roche	4,8412	Cibran	1,2820
Merck Sharp/Lederle	4,5360	Aché-Div Parke Davis	1,1817
Sidney Ross	3,4255	Sintofarma	1,1333
Biogalênica	2,8742	SKF/Enila	1,0427
Bristol	2,6390	Farmaitália - Carlo Erba	1,0210
Hoescht	2,5343	Ayenst	1,0034
Abbot	2,5255	Glaxo	0,9956
Bayer	2,4067	Coppers-Wellcome	0,9211
Fontoura-Wyeth	2,4039	Syntex/A. M. Robins	0,9083
Johnson & Johnson	2,2803	Farmasa	0,8505
De Angeli	2,2751	Medicamenta Fontoura	0,8459
Squibb	2,0534	Organon	0,8345
Aché-Div. Farma	1,9661	Knoll	0,8240
Rhodia	1,9277	Aché-Div. Novoterápica	0,7385
Merck S/A	1,8159	Frumtost	0,7090
Searle/Andromaco	1,7804	Beecham Farmacêutica	0,6715
Eli Lilly	1,7686	Beecham	0,6693
Upjohn	1,7194	Campinas	0,6476
Sandoz	1,6030	Climax	0,6294
Byk	1,5779	Alcon	0,5288
Boehringer & Cia	1,5763	Zambon	0,5051
Pfizer	1,5152	Lafepe	0,4170
Lafi-Usafarma	1,4612	Sanofi-Pharma	0,3832
Berlimed	1,3136		

QUADRO 3
NÚMERO DE LABORATÓRIOS NACIONAIS ENTRE AS 20
MAIORES FIRMAS DO MERCADO

Ano	Nº Lab. Nacionais entre 20 maiores	Laboratórios
1957	5	Pinheiros, Moura Brasil, Torres, Inst. Med. Fontoura e Lafi
1960	4	Pinheiros, Torres, Lafi e Inst. Med. Fontoura
1962	4	Pinheiros, Inst. Med. Fontoura, Lafi e Torres
1972	–	–
1975	1	Aché
1985	–	–

Fonte: Frenkel, J. et alii, op. ct., p. 74.

QUADRO 4
MERCADOS, EMPRESAS DA AMOSTRA E DATA DE INÍCIO DA
PRODUÇÃO NO SETOR

Produtos	Empresas	Data do Início da Produção
Material de Consumo de Agulhas e Seringas	Ibras – CBO	1953
	B & D	1957
Ap. de Anestesia	K. Takaoka	1953
	Oftec	1954
	Narcosul	1960
Instrumentos Cirúrgicos	Quinelato	1962
	Edio	1964
Raio X, Aparelhos e Componentes	Politécnica	1967
	Salgado & Hermann	1970
	CGR	1977
	Philips	1978
	Toshiba	1978
	EMB	1977
	Kodak (1)	1980
Nagel	1981	
Laboratório	Procyon	1972
	Micronal	1975
	Varian	1975
	Tecnow	1977
Sondas e Catéteres	Nawa	1972
	Berd	1975
	Ibras CBO	1981
Marcapasso	Medtronic	1973
	Cardiobrás	1978
	Bentley -Sorin	1980
Eletromédicos e Monitoração	Funbec	1971
	Berger	1974
	Fanen	1974
Válvulas Cardíacas Dialisador e Oxigenador	Macchi	1977
	DMG	1978
	Travonol	1978
	Bentley -Sorin	1980

Fonte: as próprias empresas

(1) A Kodak parou sua produção nesta área logo no ano seguinte, devido a problemas políticos de decisão da matriz.

QUADRO 5
CONSUMO APARENTE, 1979 – 1980

US\$ milhões

Subsetores	Importação Prod. Acab. (A)	Faturamento Interno (B)	Exportações Efetivas (C)	Consumo Aparente (D)	Relação A/D
Médico-Hospitalar					
1979	37,2	192,9	10,7	219,4	16,95%
1980	36,2	184,8	21,2	199,8	18,12%
Odontológico					
1979	1,0	88,0	2,6	86,4	1,16%
1980	0,4	79,8	4,0	76,2	0,52%
Radiológico					
1979	38,9	10,5	0,6	48,8	79,71%
1980	35,8	15,0	0,7	50,1	71,46%
Laboratório					
1979	13,3	32,4	0,3	45,4	29,29%
1980	12,3	30,2	0,4	42,1	29,22%
Total do Setor					
1979	90,4	323,8	14,2	400,0	22,60%
1980	84,7	309,8	26,3	368,2	23,00%

Fonte: Relatório da Paulo Abib Engenharia S/A.

QUADRO 6
PERFIL DA INDÚSTRIA NACIONAL ESTRUTURA DO CAPITAL

Sub-Setores	Em Cr\$ Milhões			Participação	
	Nacional	Estrang.	Total	Nacional	Estrang.
Médico-Hospitalar	972,3	308,5	1.280,8	76%	24%
Odontológico	478,0	470,9	948,9	50%	50%
Radiológico	71,3	191,4	262,7	27%	73%
Laboratório	224,9	56,8	281,7	80%	20%
Setor	1.746,5	1.027,6	2.774,1	63%	37%

Fonte: Dados agrupados dos estudos dos sub-setores.
Paulo Abib/CDI, op. cit.

QUADRO 7
PERFIL DA INDÚSTRIA NACIONAL FATURAMENTO DAS
EMPRESAS PARTICIPAÇÕES NO MERCADO

US\$ Milhões

Sub-Setores	1979	1980	Total	Participação
Médico-Hospitalar	192,9	184,8	377,7	60%
Odontológico	88,0	79,8	167,8	26%
Radiológico	10,5	15,0	25,5	4%
Laboratório	32,4	30,2	62,6	10%
Setor	323,8	309,8	633,6	100%

Fonte: Dados agrupados dos estudos realizados para os sub-setores.

Paulo Abib/CDI, op. cit.

QUADRO 8
PERFIL DA INDÚSTRIA NACIONAL PESSOAL OCUPADO

Sub-Setores	N.º de Pessoas Administração	N.º de Pessoas Produção	Total
Médico-Hospitalar	1.555	6.735	8.290
Odontológico	1.092	2.977	4.069
Radiológico	336	416	752
Laboratório	823	665	1.488
Setor	3.806	10.793	14.599

Fonte: Dados agrupados dos estudos realizados para os sub-setores.

QUADRO 9
OCIOSIDADE DAS EMPRESAS X UTILIZAÇÃO DA CAPACIDADE

Sub-Setores	Ociosidade	Utilização da Capacidade
Médico-Hospitalar	22%	78%
Odontológico	8%	92%
Radiológico	46%	54%
Laboratório	15%	85%
Setor (Valor Médio)	23%	77%

Fonte: Dados agrupados dos estudos realizados para os sub-setores.

Paulo Abib S.A./CDI

Definição de cotas de participação dos laboratórios produtores na demanda nacional de imunobiológicos (1986-1990)

Um dos aspectos básicos para a solução do problema de produção de imunobiológicos é o estabelecimento de cotas de participação dos laboratórios produtores na demanda nacional desses produtos, fixando-se quantitativos para cada um deles, pelo prazo mínimo de cinco anos (1986-1990).

A definição dessas cotas, terá por base o diagnóstico institucional dos laboratórios produtores, em função de suas potencialidades e limitações. Além disso, ela servirá de subsídio à elaboração do plano de desenvolvimento tecnológico desses laboratórios.

Uma vez definidas e oficializadas com respaldo político, as cotas de cada produtor permitirão a fixação de contratos com duração de cinco anos, firmados entre o Ministério da Saúde (usuário) e cada um dos laboratórios produtores de imunobiológicos. Esses contratos, limitarão ao máximo as incertezas operacionais e a competição desnecessária entre as diversas indústrias do ramo. Além disso, deverão ser feitos em bases comerciais, contendo cláusulas que especifiquem as penalidades em caso do não cumprimento do contrato por qualquer das partes.

Anualmente, os contratos fixados serão alvo de revisões, considerando-se a possibilidade de alterações na programação de imunobiológicos do Ministério da Saúde ou no esquema de produção por parte dos laboratórios.

As necessidades nacionais de imunobiológicos e as cotas correspondentes a cada laboratório produtor são apresentados a seguir.

PRODUÇÃO ANUAL POR LABORATÓRIO

INSTITUTO VITAL BRAZIL – RJ

X 1.000

Produto	Ano				
	1986	1987	1988	1989	1990
Toxóide Tetânico	3.000	5.000	10.000	10.000	10.000
Vacina Anti-Rábica	300	300	300	300	300
Soro Antitetânico	20	25	25	25	25
Soro Antidiftérico	5	10	10	10	10
Soro Anti-Rábico	50	50	50	50	50
Soro Antiofídico	–	–	10	10	10
Soro Antibotrópico	6	10	10	10	10
Soro Anticrotálico	4	10	10	10	10

INSTITUTO DE PESQUISAS BIOLÓGICAS – RS

X 1.000

Produto	Ano				
	1986	1987	1988	1989	1990
Anti-Rábica Humana	1.200	1.200	1.200	.200	1.200

PRODUÇÃO ANUAL POR LABORATÓRIO

FUNED – MG

X 1.000

Produto	Ano				
	1986	1987	1988	1989	1990
Soro Antiofídico	15	30	30	30	30
Soro Antibotrópico	40	75	75	90	90
Soro Anticrotálico	25	45	45	45	45

TECPAR – PR

X 1.000

Produto	Ano				
	1986	1987	1988	1989	1990
Anti-Rábica Humana	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200
AntiRábica Canina	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800

INSTITUTO BUTANTAN – SP

X 1.000

Produto	Ano				
	1986	1987	1988	1989	1990
Toxóide Tetânico	5.000	8.000	8.000	8.000	8.000
Dupla	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
Triplíce	4.000	4.000	8.000	8.000	8.000
AntiRábica Humana	300	300	300	300	300
Anti-Sarampo	1.000	1.500	2.000	2.000	2.000
BCG	2.000	2.000	2.500	3.000	3.000
Soro Antitetânico	150	300	500	500	500
Soro Antidiftérico	20	30	50	50	50
Soro Antiofídico	100	150	180	190	190
Soro Antibotrápico	50	100	100	120	120
Soro Anticrotálico	10	20	20	20	20

FUNDAÇÃO ATAULPHO DE PAIVA – RJ

X 1.000

Produto	Ano				
	1986	1987	1988	1989	1990
BCG	12.000	12.500	12.500	12.500	13.000

PRODUÇÃO ANUAL POR LABORATÓRIO

INSTITUTO BIO-MANGUINHOS – RJ

X 1.000

Ano Produto	Ano				
	1986	1987	1988	1989	1990
Antipólio	10.000	15.000	15.000	30.000	50.000
Antj-Sarampo	13.500	12.500	12.500	13.000	13.000
Tríplice	–	–	8.000	10.000	15.000
Antimeningocócica - A + C	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
Anticolérica	200	200	200	200	200
Contra Febre Amarela	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
Antitifoídica	300	500	500	500	500

VALLÉE – MG

X 1.000

Ano Produto	Ano				
	1986	1987	1988	1989	1990
DPT	–	10.000	15.000	21.000	17.000
Toxóide Tetânico	5.000	12.000	7.000	7.000	7.000

AUTO-SUFICIÊNCIA NACIONAL DA PRODUÇÃO DE VACINAS E SOROS NECESSIDADES DE IMPORTAÇÃO

IMPORTADA

X 1.000

Ano Produto	Ano				
	1986	1987	1988	1989	1990
Antipólio	40.000	35.000	35.000	20.000	–
Vacina Tríplice – DPT	35.000	25.000	8.000	–	–
Toxóide Tetânico	12.000	–	–	–	–
Anti-Rábica Humana	500	–	–	–	–
Soro Antitetânico	330	175	–	–	–
Soro Antidiftérico	25	10	–	–	–
Soros Antiofídicos	250	–	–	–	–

Saúde do Trabalhador

*Grupo de Trabalho sobre Saúde do Trabalhador da
Comissão Nacional da Reforma Sanitária*

GRUPO DE TRABALHO

*Jair Sarmiento da Silva — coordenador
Anamaria Testa Tambelini
Diogo Pupo Nogueira
Elizabeth C. Dias Lauar
Lia Giraldo de S. Augusto
Maria Helena B. de Oliveira
Pedro Elias Makaron
Raquel Maria Rigotto
René Mendes*

INTRODUÇÃO

Este documento foi elaborado com o propósito de subsidiar as discussões da Comissão Nacional de Reforma Sanitária no que diz respeito às propostas da área "Saúde do Trabalhador", a partir do Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (I CNST), realizada em Brasília, de 1º a 5 de dezembro de 1986.

A decisão de trabalhar com as propostas e recomendações da I CNST, explicitadas no seu Relatório Final, de certa maneira, dificultou o andamento de nosso processo de elaboração da matéria. De um lado, a I CNST se realizou tardiamente comparando-se aos períodos de discussão dos outros temas específicos da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a confecção do Relatório Final só se completou no final de fevereiro. Tínhamos, portanto, um tempo exíguo para o cumprimento da tarefa solicitada, dados os prazos estipulados para a conclusão dos trabalhos da Comissão solicitante.

Estas razões nos levaram a elaboração de um documento abrangente, que não desce a particularidades das questões e propostas apresentadas. "Cremos, mesmo, não permite ao leitor a avaliação conseqüente ao nível de profundidade das discussões havidas e principalmente do grau de avanço, em termos práticos, que os "Serviços de Saúde dos Trabalhadores", já implantados, possuem atualmente.

Assim, para suprir esta falha encaminhamos a essa Comissão outros textos, além do Refeitório Final e deste documento, apresentados na I CNST que acreditamos podem contribuir para um maior entendimento da questão.

O documento consta de três partes: A primeira parte se refere à exposição de motivos pelos quais nos decidimos a privilegiar alguns conteúdos e atividades, levando-se em conta nosso entendimento sobre "Saúde dos Trabalhadores", "Política de Saúde" e "Reforma Sanitária". A segunda parte procura sistematizar os princípios fundamentais que balizam as tomadas de posições coletivas relativas às propostas de práticas concretas no que diz respeito à área. Estes princípios dizem respeito a uma concepção democrática e cientificamente estabelecida do conceito de saúde assumido, levando-se em conta a relação Trabalho-Saúde. Por outro lado, encaminham o delineamento de uma estratégia de transição para o setor, forma pela qual são apresentadas as propostas a ele referentes. Constituindo-se na 3ª Parte.

QUESTÕES DE ENTENDIMENTO

O campo das relações "Produção-Saúde" é um campo de atividades teóricas e práticas, subordinado de maneira abrangente e complexa as relações Capital/Trabalho nas sociedades capitalistas.

Assim, nestas sociedades, é a relação Capital/Trabalho que define as próprias condições de produção e reprodução da força de trabalho. Em outros termos, é a concretização das relações Capital/Trabalho, num dado momento e numa formação social determinada, que organiza a produção que propicia o encadeamento de fatos e acontecimentos que definem e possibilitam a exposição diferenciada da população aos riscos à saúde, de acordo com o lugar que se ocupa na estrutura social (classes) e com a conjuntura política e econômica em que se vive.

Por outro lado, a saúde é entendida em termos amplos, significando uma vida longa, digna, prazerosa, onde seja possível a realização plena do ser humano. Vista como um processo, a saúde é fruto de condições básicas de vida e trabalho que se articulam e se expressam sob a forma de riscos específicos. Estes riscos são representados por condições patogênicas biológicas, físicas e químicas e também por condicionantes de origens psíquicas e sociais das mais variadas índoles, que atuam isoladamente ou sob formas conjugadas. Estas condições (vida e trabalho), portanto, estão inseridas no plano da saúde, dando corpo à questão, de acordo com sua maior ou menor penetração, enquanto determinantes.

A Saúde é um bem coletivo que é compartilhado individualmente por todos os indivíduos. Comporta, portanto, duas dimensões essenciais – a individual e a coletiva – que devem ser respeitadas em suas contradições e preservadas, enquanto formas de expressão das maneiras de viver possíveis num dado momento histórico.

A nosso ver, alcançaremos as condições de saúde coletiva almeçadas quando construirmos uma sociedade que coloque como objetivo primordial a felicidade de todos e cada um de seus componentes.

Podemos dizer, então, que a relação Capital/Trabalho condiciona um perfil de morbi-mortalidade, segundo as diferentes classes sociais e suas frações,

que se modifica e evolui de acordo com a dinâmica das relações sociais. Este é o campo de maior abrangência e complexidade da relação "Produção-Saúde. Constitui um entendimento global da questão saúde fundado teoricamente em suas determinações sociais e biológicas estreitamente articuladas.

A relação "Produção-Saúde dá origem a três campos distintos de conhecimento e prática em saúde, dependendo da ótica pela qual se aborda o processo de produção: a "Saúde do Trabalhador", a "Saúde do Consumidor" e a "Saúde Ambiental".

A "Saúde do Trabalhador" se define na medida em que a relação Capital/Trabalho condiciona um tipo de produção viável e determina também a produção do conhecimento técnico e científico sobre as relações Trabalho/Saúde. A aplicação destes conhecimentos e uso das técnicas está na dependência da força das organizações da classe trabalhadora. Ou seja, a existência concreta de diferentes processos de trabalho, compreendidos em suas relações, técnicas e sociais, cria situações específicas de risco à saúde dos trabalhadores (agente do processo de trabalho) em seu período de atividade laborativa, que trarão maiores ou menores conseqüências para a saúde, na dependência da atuação das formas coletivas de luta de classe.

Portanto, fica patente neste campo o privilegiamento do agente do processo, das atividades que têm lugar nos ambientes de trabalho e do poder de negociação do movimento organizado dos trabalhadores (sindicatos).

Assim, chamamos "Saúde do Trabalhador" à área de conhecimento e aplicação técnica no campo da saúde que dá conta do entendimento e prática de ações no campo das relações Trabalho/Saúde.

Esta definição implica o entendimento e atuação pratica referente a:

- 1 – múltiplas situações que afetam as condições de saúde dos trabalhadores e seus familiares e são produzidas pelas condições e processos de produção (determinantes do processo saúde/doença);
- 2 – conseqüências de tais determinantes na população trabalhadora (distribuição e expressão da morbidade);
- 3 – variadas maneiras de atuar sobre estas realidades (determinantes e doenças), no sentido de prevenir e identificar sua ocorrência (ações preventivas e de reconhecimento) e reparar seus resultados (ações terapêuticas, de reabilitação e de readaptação).

Falaremos agora de Política – das possibilidades de se explicitar e levar a cabo uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Mais do que afirmar seus princípios e delinear seus contornos, vamos procurar entender quais os processos que permitirão sua forma concreta de existir. Ou seja, vamos tentar pensar e analisar de que maneira poderemos alcançar os objetivos – melhores condições de saúde para os trabalhadores – mantendo o senso da realidade presente e suas contingências, mas, ao mesmo tempo, mantendo também a crença de que as mudanças são possíveis, que desejamos a superação, que não abriremos mão de nossos propósitos, que somos agentes os processos e que

nossa organização, enquanto cidadãos e trabalhadores, é determinante fundamental do rumo e das conquistas que viermos a obter.

Partiremos do entendimento de que a atual política que norteia as atividades de um sistema de saúde é profundamente ineficaz e ineficiente, dadas as precárias condições de saúde da população brasileira, em particular, as condições de saúde da classe trabalhadora. Para nós, as características presentes neste sistema denotam os princípios anti-democráticos, contrários às possibilidades de avanços no plano social. Tais princípios percebem os cidadãos como elementos a serem mobilizados e utilizados por forças exteriores e incontroláveis a sua condição de ser humano (biológico, psicológico e social).

Este sistema não leva em conta o avanço do conhecimento científico e a competência técnica, mas sobretudo, tem como elemento fundamental para sua organização o instinto do Capital pelo lucro. Dessa maneira, o sistema de saúde vigente reduz os profissionais do setor a meros executores de ações pré programadas nos âmbitos secretos de um poder excludente, tornando supérfluos os valores fundamentais que se expressariam na dignidade profissional. Por outro lado, vê o trabalhador como instrumento de produção, como fator de lucro, uma simples máquina defeituosa ou estragada (o doente) que poderá ou não ser recuperada na medida em que o custo de reparação não comprometa os lucros oriundos de sua atividade, enquanto trabalhadores produtivos.

Resumindo, a política atual se concretiza num sistema de saúde onde não há uma visão integrada do homem, onde não se levam em conta os determinantes da doença e portanto são secundárias, quando existem, as ações de prevenção. Principalmente, este sistema não privilegia a questão da saúde e segurança dos trabalhadores quando marginaliza, demarca e atomiza as ações que poderiam contribuir, ainda que parcialmente, para a melhoria da situação atual.

É um sistema centralizado que não admite a participação dos usuários e exclui o trabalhador, enquanto classe, do debate e tomada de decisões sobre a maneira de se organizar e fazer frente às doenças e seus determinantes.

É um sistema que encontra na formulação jurídica legal e na sua aplicação a legitimidade institucional para manter suas propostas, desde que o trabalhador é visto como um ser carente de humanidade e que necessita de tutela do Estado, para exercer, ou não demonstrar, suas prerrogativas enquanto agente do processo social.

Enfim, é um sistema cujos resultados se refletem numa expectativa de vida de população, tanto mais baixa, quanto menores são os ganhos salariais e quanto piores são as condições sob as quais se dá o trabalho.

Acreditamos que vivemos uma conjuntura político-econômica que indica a necessidade urgente de redefinição das relações Capital/Trabalho e do papel do Estado nesta nova circunstância. Acreditamos que somente a democratização da sociedade e sua penetração no aparelho de estado tornará possível a elaboração de normas de relações econômicas e sociais, onde a economia seja submetida às propostas sociais de major igualdade de oportunidades no gozo pleno de vida.

Torna-se necessária uma nova ordem legal, que se consubstancie numa Constituição elaborada democrática e autonomamente e que seja acompanhada de reformas sociais e institucionais que concretizem suas propostas.

Este momento, portanto, é oportuno para que se ampliem as discussões e que efetivamente se instale um processo de Reforma Sanitária que reformule o atual sistema de saúde e faça avançar de maneira democrática um Novo Sistema, tal como foi proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde e assumido na 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. As propostas enunciadas e aprovadas naquela Conferência balizam o patamar dos avanços obtidos em relação à questão saúde na sociedade brasileira e se impõem como marco do processo de redemocratização do setor.

A Reforma Sanitária, como a entendemos, é um processo de mudança social no campo específico da saúde que se realiza com a participação da sociedade civil organizada, utilizando-se de um saber e de uma técnica a serviço de uma política democrática e cujo resultado deverá ser um Novo Sistema de Saúde, cuja característica fundamental deverá ser sua (do sistema) submissão às reais necessidades de saúde da população brasileira.

Mais do que apontar as mazelas do atual sistema, cuja análise é fundamental para a elaboração de alternativas a sua superação, torna-se urgente a escolha de estratégias que possibilitem, com maior segurança, o encaminhamento das propostas que levarão à reestruturação do sistema. Esta tarefa implica a formulação de princípios, a busca e redimensionamento de técnicas adequadas e, principalmente, a avaliação das forças políticas em jogo, no sentido de construir um fluxo de ações e priorizar tomadas de decisões que tenham respaldo na força de grupos políticos interessados na mudança e que tenham condições de enfrentar com êxito seus opositores.

Assim, assumiremos os novos programas de saúde dos trabalhadores existentes, como a concretização dos princípios adotados e como parte do processo que encaminhará a Reforma Sanitária em nosso país.

Tomaremos, portanto, estes programas como áreas de demonstração das possibilidades de um enfoque renovado da questão saúde. Enfoque este que se exprime, na prática, por um processo de trabalho compartilhado e solidário entre os técnicos de saúde e os trabalhadores de outros setores da produção. Programas estes, cujas atividades possuem comprovada eficiência e eficácia, no sentido de promover as melhores condições de saúde por nós almejadas.

Aceitamos a definição de que Política é Poder e poder de usar de força para que se tornem realidade os propósitos daqueles que o exercem. Assim, a política é o resultado da correlação de forças, do entrechoque de interesses antagônicos que se refletem nos conflitos de classes.

Passaremos a explicitar alguns pontos que caracterizam nosso pensamento sobre a definição de uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores que são fundamentais para o estabelecimento dos princípios e metas das ações em saúde no setor. Acreditamos que a definição desta Política seja o instrumento principal que norteará o processo de implantação da "Reforma Sanitária".

1 – Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores é a expressão do poder dos trabalhadores de ter saúde e tomar em suas mãos o controle de suas próprias vidas, saúde e trabalho.

2 – Uma Política Nacional de Saúde expressa o poder de se usar da força para conseguir a colaboração de todas as classes sociais no sentido de se obter melhores níveis de saúde para toda a população, em especial, para aqueles que estão pior situados socialmente.

3 – Uma política verdadeiramente democrática tem que ser gerada e explicitada na presença e com a participação de todos os grupos de interesse existentes nacionalmente.

4 – Uma Política que se proponha às mudanças necessárias para a obtenção de uma vida digna a todos os cidadãos de uma nação se fundamenta num projeto de nação autônoma, que coloque como objetivo primeiro, o bem-estar da coletividade.

5 – A elaboração e enunciação de uma Política Nacional de Saúde só produzirá seus objetivos específicos, desde que se gere no processo maior de delineamento de uma Política Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social que subordine a esfera econômica ao desenvolvimento e progresso social.

6 – Uma Política Nacional de Saúde que quer ser eficiente e eficaz deve partir de uma concepção ampla da questão Saúde que permita o redimensionamento das políticas e ações específicas nos diferentes setores e âmbitos em que se fizer necessário.

7 – Uma Política Nacional de Saúde deve se articular, tornar presente e fortalecer, nas diferentes políticas sociais que compõem a Política Social da Nação daqueles elementos que são imprescindíveis ao pleno gozo daquelas condições determinantes de melhores níveis de saúde.

8 – Uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores deve ser capaz de impor seus requisitos básicos no processo de formulação das Políticas de Industrialização, de Política Agrícola, onde se sublinha a questão da Reforma Agrária.

9 – A elaboração de uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores deve obrigatoriamente se processar de maneira solidária e articulada de tal modo que se complementem mutuamente esta Política com aquela de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente.

10 – A Política de Saúde dos Trabalhadores deve considerar as necessidades dos trabalhadores como o elemento fundamental de sua formulação. Deve levar em consideração, de maneira prioritária as propostas coletivas colocadas pelo movimento organizado dos trabalhadores.

11 – A formulação de Política Nacional dos Trabalhadores precisa levar em conta os diferentes perfis de morbi-mortalidade das frações de classe no sentido de permitir que se expressem, se identifiquem e se avaliem tais diferenciais que se torna importante para a previsão de medidas e ações concretas que deverão ocorrer.

12 – Uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores para se concretizar e tornar-se eficaz tem que, ser acompanhada de uma Política de Trabalho que se defina a partir do direito de organização livre e autônoma de classe trabalhadora, resguardando todos aqueles direitos já conquistados e todas as iniciativas de ação reivindicatória que se impuzerem.

13 – A Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores que signifique maior poder à classe trabalhadora só poderá se realizar na vigência de uma Reforma Legislativa e Judiciária que desça a detalhes na regulamentação das condições de trabalho, das reparações decorrentes dos agravos à saúde e das penalidades aos infratores das normas legais. Esta reforma deverá também alterar as formas como a justiça conduz e lava a cabo os processos referentes a questões de saúde.

14 – Uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores necessita definir suas necessidades de recursos humanos e materiais para que sejam implementadas Políticas de Formação de Recursos Humanos adequados a sua operação e Políticas de Financiamento que se baseiem no princípio de que devem pagar pelas ações no setor os proprietários dos meios e bens de produção, levando-se em conta, uma maior taxação daqueles que de qualquer forma contribuem para a manutenção de níveis precários de condições de saúde dos trabalhadores e da população em geral.

15 – Uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores implica ações no sentido de gerar e escolher técnicas de produção que não produzam danos à saúde dos trabalhadores e, por outro lado, produzir instrumentos e mecanismos eficazes para a prevenção e tratamento dos riscos à saúde e suas conseqüências. Constitui-se, portanto, em necessidade expressa, a elaboração de uma Política Científica e Tecnológica que coloque como essenciais os problemas sociais e sanitários, do ponto de vista dos trabalhadores.

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA SAÚDE DO TRABALHADOR(A)

Todo o trabalhador(a) tem os seguintes direitos:

- Salário digno e justo;
- Estabilidade no emprego;
- Ambiente de trabalho isento de riscos de qualquer natureza;
- Recusar-se a trabalhar em ambientes insalubres e perigosos e poder interromper uma situação de trabalho, sem sofrer punições de qualquer natureza, quando acreditar que a situação representa um perigo iminente e grave para sua vida ou para sua saúde, bem como a de outro trabalhador;
- Livre acesso às dependências da empresa para identificação de riscos existentes, bem como ao acompanhamento das avaliações destes riscos;
- Jornada de trabalho de duração compatível com a natureza e intensidade do risco e com as exigências físicas e mentais de cada tipo de trabalho, com proibição de horas extras;

- Controlar o processo de produção, na medida em que a produtividade não pode, em hipótese alguma, ser buscada em detrimento das condições de saúde e segurança do trabalho;
- Transporte adequado e seguro, em seu deslocamento para o trabalho;
- Livre manifestação e organização sindical, com direito à greve;
- Ter um representante do sindicato de sua categoria no seu local de trabalho;
- Organizar-se com liberdade e autonomia, no plano geral e através de comissões de saúde e comissões de fábrica, para eliminação ou controle de riscos existentes no ambiente do trabalho;
- Ser informado com relação aos riscos existentes no trabalho, e sua prevenção, aos achados médicos e laboratoriais de exames nele realizados, aos dados de avaliações ambientais e do processo de produção e a todas as outras informações correlatas que lhe permitam a compreensão de sua situação de saúde;
- Acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e previdência social;
- Participação nas decisões referentes à sua saúde, dentro e fora da empresa, através de suas entidades organizadas em todas as instâncias de gerenciamento e níveis do sistema de saúde e previdência social, na formulação de sua política, administração, gestão e avaliação dos serviços;
- Proteção e amparo a maternidade e infância, com garantia de afastamento do trabalho pelo tempo necessário à alimentação, assegurado o posto de trabalho;
- Proteção e amparo ao menor trabalhador, respeitadas suas condições orgânicas especiais e suas necessidades de desenvolvimento físico e mental;
- Posse da terra aos que nela vivem e trabalham.

Os empregadores tem o dever de:

- Não exercer sobre o trabalhador qualquer forma de pressão que comprometa a sua saúde, bem-estar e dignidade;
- Informar e dar acesso aos trabalhadores a todos os dados referentes a sua segurança e saúde;
- Submeter seu estabelecimento às autoridades competentes para fins de inspeção prévia, no que diz respeito à instalação e funcionamento de atividades potencialmente poluidoras, insalubres e perigosas, com acompanhamento de representação dos trabalhadores;
- Custear o tratamento, a recuperação e reabilitação de todos os trabalhadores vítimas de doenças e acidentes do trabalho;
- Eliminar ou manter sob controle os riscos existentes no ambiente de trabalho;

- Dar condições para realização de um trabalho técnico que atenda aos princípios éticos profissionais daqueles que atuam na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Fornecer meios para que as comissões de trabalhadores criadas, referentes à questão da saúde, tenham livre atuação, garantindo a seus membros condições necessárias para identificação e controle dos riscos presentes nos ambientes de trabalho;
- Assumir todos os ônus referentes à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Cumprir estritamente todas as determinações de ordem legal relativas à saúde dos trabalhadores.

É dever do Estado:

- Garantir a revisão de toda a legislação referente à saúde dos trabalhadores, assegurando-se:
 - a) a inclusão do conceito de doenças adquiridas ou agravadas pelo exercício do trabalho (mesopatias), de forma a permitir sua constante atualização;
 - b) que as normas de proteção à saúde do trabalhador e ao meio ambiente acatem os padrões internacionais mais exigentes;
 - c) a proscrição das substâncias químicas já proibidas nos seus países de origem;
 - d) aos Estados e Municípios o direito de estabelecerem normas estaduais e municipais mais restritivas que as federais, no que respeita à defesa e proteção da saúde, do meio ambiente e dos recursos naturais;
 - e) a participação dos trabalhadores na formulação desta legislação cuja redação deve se dar de forma clara e de fácil compreensão;
 - f) a reformulação do Sistema Judiciário, com agilização da Justiça do Trabalho.
- Reestruturar o sistema de saúde vigente, a partir de:
 - a) elaboração e adoção de uma política nacional de saúde, dentro da qual deve ser incluída de forma privilegiada uma política específica de saúde do trabalhador;
 - b) organização e implantação de Sistema Único de Saúde, que possibilite aos trabalhadores controlá-lo através de suas entidades representativas;
 - c) descentralização, hierarquização e regionalização deste sistema, atendendo às reais necessidades de saúde da população obedecendo aos princípios de universalização e equidade;
 - d) investimento exclusivo na rede pública, com suspensão do financiamento para manutenção, construção e ampliação da rede privada com recursos públicos;

e) descredenciamento da rede privada em locais onde a rede pública seja suficiente para o atendimento da demanda;

f) ampliação imediata do montante de recursos públicos orçamentários destinados à saúde, em todos os níveis;

g) fiscalização efetiva das atividades executadas na área com a participação de representantes dos trabalhadores.

– Financiar o sistema de saúde, com a participação do Município, Estado e União, de tal maneira que o ônus deste financiamento não recaia sobre a classe trabalhadora;

– Responsabilizar civil e criminalmente, através de dispositivos legais claros, as empresas que infringam preceitos referentes a proteção à saúde do trabalhador.

PROPOSTAS ESTRATÉGICAS PARA A TRANSIÇÃO

Do ponto de vista estratégico, propomos a adoção de medidas imediatas, de curto, médio e longo prazo, que possibilitem alcançar uma vida digna, prazerosa e plena para todos os brasileiros.

Assumimos que estas medidas devem se realizar conjuntamente com outras medidas de áreas específicas do Setor da Saúde, bem como, estejam articuladas com propostas de avanço político e técnico dos outros setores do aparelho de Estado, em consonância com as demandas da sociedade civil.

As medidas propostas foram organizadas segundo sejam de caráter geral ou se refiram a questões específicas de legislação, da organização dos trabalhadores e da melhoria de atenção à saúde.

Medidas Imediatas

De Caráter Geral

1 – Implantar as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores.

2 – Implantar as Comissões Nacional e Estaduais de Saúde dos Trabalhadores (CNST/CEST).

3 – Implementar a Reforma Agrária.

4 – Suspender o pagamento da dívida externa.

5 – Priorizar a alocação de recursos para os setores saúde e educação.

6 – Criar política econômica de geração de empregos.

7 – Responsabilizar civil e criminalmente os causadores de dano à saúde do trabalhador.

8 – Criar uma política de transporte para o trabalhador rural.

Quanto à Legislação Específica

- 1 – Reformular os sistemas de autuação e notificação, prevendo a autuação direta, sem termo de notificação, segundo o critério de gravidade do risco.
- 2 – Garantir o acesso do trabalhador às informações sobre as condições de trabalho e saúde de forma clara e democrática.
- 3 – Equiparar a legislação previdenciária, trabalhista e acidentária no que tange aos direitos dos trabalhadores rurais e urbanos.
- 4 – Garantir a estabilidade no emprego nos casos de acidentes do trabalho e doenças profissionais.
- 5 – Revisar a Legislação Trabalhista, Sanitária e Ambiental, de forma a permitir o controle integrado e efetivo dos projetos de instalações e ampliações de empresas, garantindo a participação dos sindicatos das categorias a elas afetas.
- 6 – Priorizar as medidas de proteção coletiva ao trabalhador.
- 7 – Restringir o uso do equipamento de proteção individual apenas à situações emergenciais ou complementares às medidas de proteção coletiva, priorizadas, associando-se seu uso à redução da jornada de trabalho.

Quanto à Organização dos Trabalhadores

- 1 – Garantir o acesso dos representantes dos trabalhadores aos ambientes de trabalho.
- 2 – Garantir a participação dos trabalhadores na definição da Política Nacional de Saúde, com efetiva atuação em todos os níveis de gerenciamento e controle (Municipais, Estaduais e Nacional).
- 3 – Garantir aos trabalhadores a informação quanto as suas condições de trabalho e saúde, através de instrumentos legais definidos que obriguem a empresa e os órgãos públicos a informar.
- 4 – Fornecer aos trabalhadores instrumental que permita a inclusão de cláusulas de defesa da saúde nas negociações coletivas.
- 5 – Ativar a Comissão de Colaboração Sindical de Inspeção do Trabalho prevista no próprio Regulamento da Inspeção do Trabalho vigente.

Quanto à Melhoria da Atenção à Saúde

- 1 – Fixar as prioridades para o setor em todos os níveis (Municipal, Estadual e Federal), assegurando recursos financeiros para atender às necessidades identificadas.
- 2 – Criar integração efetiva dos órgãos envolvidos com a saúde do trabalhador, otimizando os recursos disponíveis em cada um deles pela integração de ações e dotação de infraestrutura para atuação no setor.

- 3 – Adotar uma Política de Recursos Humanos que valorize os profissionais de saúde, através de remuneração condigna, treinamento e contratação de pessoal através de concurso público, conforme necessidades definidas no nível local e regional.
- 4 – Permitir e facilitar o acesso dos profissionais do setor saúde aos ambientes de trabalho.
- 5 – Implementar programas de atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de saúde.
- 6 – Reformular a Fundacentro para a defesa da saúde dos trabalhadores.
- 7 – Formular um plano de Ciência e Tecnologia voltado para a saúde do trabalhador.
- 8 – Desenvolver uma Política de Formação de Recursos Humanos para o setor, abrindo as empresas para estágios e treinamentos, com a ampliação de participação das universidades na área.
- 9 – Obrigar as empresas a custear as despesas com exames médicos, laboratoriais, inquéritos epidemiológicos, pesquisas e avaliações ambientais e outras que se fizerem necessárias aos programas e projetos definidos pelo setor público, de comum acordo com as entidades representativas dos trabalhadores.
- 10 – Exigir maior eficácia dos órgãos de fiscalização, criando mecanismos de controle de suas atividades.
- 11 – Aumentar as verbas do orçamento público destinados ao setor saúde.

Medidas a Curto Prazo

De Caráter Geral

- 1 – Elaborar um Código Nacional do Trabalho que respeite os direitos dos trabalhadores explicitados democraticamente.
- 2 – Assegurar na Constituição, aos Estados e Municípios, o direito de legislar supletiva e complementarmente.
- 3 – Proceder à Reforma Tributária e Fiscal.
- 4 – Reformular o Sistema Judiciário, garantindo maior agilidade e eficácia nas decisões referentes à saúde e segurança dos trabalhadores.
- 5 – Garantir a autonomia e a liberdade sindical e o direito de greve.
- 6 – Criar instrumento legal que possibilite ao setor público utilizar local ou regionalmente os recursos arrecadados em virtude da aplicação das penalidades por infração à legislação de proteção à saúde dos trabalhadores.
- 7 – Introduzir em todos os níveis de educação e em todas as áreas do conhecimento matéria referente à saúde dos trabalhadores.

- 8 – Garantir a estabilidade no trabalho.
- 9 – Estabelecer um regime de trabalho que suponha:
 - a. jornada de trabalho de no máximo 40 horas semanais;
 - b. abolição de horas extras;
 - c. estabelecimento de turno noturno máximo, somente em atividades essenciais.

Quanto à Legislação Específica

- 1 – Reformular as CIPAS, substituindo-as pela Comissão de Saúde da Empresa constituídas exclusivamente de trabalhadores eleitos diretamente por seus pares, com mandato de três anos e com direito à reeleição. A esses trabalhadores serão garantidos os mesmos direitos dos dirigentes sindicais.
- 2 – Prever a uniformização do valor do auxílio-doença, para as doenças do trabalho e doenças comuns, no sentido de aumentar o valor do pagamento.
- 3 – Controlar a fabricação, armazenamento, utilização e disposição de produtos químicos.
- 4 – Rever os conceitos de insalubridade e periculosidade, modificando-os ou substituindo-os por outros conceitos que dêem conta da totalidade dos riscos a que estão submetidos os trabalhadores em seus ambiente de trabalho.

Quanto à Organização do Trabalho

- 1 – Criar Comissões de Fábrica e outros órgãos similares, exclusivos dos trabalhadores.
- 2 – Realizar o controle e a fiscalização dos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho, com a participação direta dos trabalhadores organizados.

Quanto à Melhoria da Atenção à Saúde

- 1 – Definir uma Política Nacional de Saúde que integre as várias atividades referentes à área, sob comando único.
- 2 – Planejar um Sistema Único de Saúde, que incorpore o Sistema de Atenção à Saúde do Trabalhador em termos prioritários.
- 3 – Definir uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores solidária ao movimento organizado dos trabalhadores, que leve em conta a especificidade da área e suas necessidades e particularidades regionais.
- 4 – Restringir os convênios de prestação de serviços com a rede privada, segundo critérios definidos estrategicamente, com o objetivo de fortalecer e tornar hegemônico o setor público.
- 5 – Implantar Serviços de Saúde dos Trabalhadores nos níveis estaduais a municipais do setor público.

6 – Criar um sistema de informação sobre saúde do trabalhador articulado entre os Ministérios da Saúde, Trabalho, Previdência, Agricultura e Meio Ambiente.

7 – Garantir os meios para a realização de mapeamento dos riscos dos ambientes de trabalho, com a participação dos trabalhadores.

8 – Implantar um sistema de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, envolvendo as áreas de Saúde do Trabalhador, Ambiental e do Consumidor.

9 – Garantir o controle sanitário e ambiente efetivo na implantação, expansão e no acompanhamento das indústrias.

10 – Incluir na CID as causas de morte por acidente de trabalho.

11 – Fazer constar nos atestados de óbito a atividade profissional específica.

12 – Melhorar o nível de atenção da saúde da mulher e do menor, levando em conta as medidas específicas relativas às condições de trabalho, exigindo-se a aplicação rigorosa da legislação existente e promovendo sua ampliação.

13 – Aumentar o percentual de verbas públicas dentro do Sistema Nacional de Saúde, destinadas às atividades específicas da área de saúde do trabalhador, pela taxação de todos os riscos à saúde presentes no processo de trabalho, bem como, dos lucros obtidos nas atividades produtivas.

Medidas a serem adotadas a Médio Prazo

Medidas de Caráter Geral

As medidas de caráter geral dizem respeito à elaboração de Políticas Públicas de caráter geral e setorial, democráticas, que levem em conta a questão da saúde e especificamente aquelas ligadas às necessidades da classe trabalhadora.

Apontamos a necessidade de formulação de políticas nas áreas que julgamos de fundamental importância para a saúde dos trabalhadores:

- | | |
|--------------------|------------------------|
| – economia | – transporte |
| – industrialização | – educação |
| – agricultura | – trabalho |
| – meio-ambiente | – ciência e tecnologia |

Medidas Relativas à Melhoria da Atenção à Saúde

1 – Implantação do Sistema Único de Saúde.

2 – Eliminação dos convênios privados.

Medida a Longo Prazo

Socialismo

Informação em Saúde

*Grupo de Trabalho sobre
Informação em Saúde da
Comissão Nacional da Reforma Sanitária*

GRUPO DE TRABALHO

*Euclides Ayres de Castilho — Coordenador Fábio Latufe Gandur
Fernando Chiyoshi
Ilara Hammerli Sozzi de Moraes
Marcio Camarota
Maria Bernadete de Paula Eduardo
Ronaldo Klein
Hedwig Milanez
Alexandre Vranjac
Gabriel Cedraz Nery Filho
Gil Sevalho
José Marineu Florêncio*

INTRODUÇÃO

O Grupo Técnico de Informação em Saúde, ao elaborar o presente documento, promoveu vários encontros com técnicos dos diferentes níveis de atuação do setor, visando fornecer subsídios para os trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

A ampla Reforma Sanitária exigida pela realidade brasileira deve avançar em profundas mudanças estruturais no setor, produzindo um novo modelo de prestação de serviços à população.

O eixo estratégico das mudanças está baseado no direito universal de acesso igualitário aos serviços, na descentralização, na hierarquização e na ampla participação da população na gestão dos serviços.

A consolidação desse avanço requer a sistematização de um acompanhamento integrado que supere os mecanismos próprios e fragmentados de cada instituição, assegurando uma avaliação global do conjunto das ações desenvolvidas pela totalidade das instituições do setor e forneça elementos para adequá-las continuamente aos objetivos do Sistema Nacional de Saúde.

Tais objetivos traduzem os grandes compromissos que norteiam a atuação do setor saúde fazendo com que o acompanhamento, realizado a partir de um instrumental técnico definido, assumia seu caráter essencialmente político.

Os compromissos com a melhoria das condições de saúde da população, com o resgate da credibilidade dos serviços públicos e com o controle social da utilização dos recursos só poderão ser alcançados se as diretrizes de universalização, descentralização, hierarquização e participação forem efetivamente o eixo do acompanhamento.

Tomando essas diretrizes como pressupostos é que o Grupo discutiu a concepção do Sistema Nacional de Informação em Saúde.

O Sistema Nacional/Único de Saúde, ao pressupor seus objetivos e metas a serem atingidos, já traz em si – explicitado ou não – todo o padrão social em que foi concebido e onde e como será executado. Daí decorre a importância do Sistema de Informação em Saúde, que lhe permita, inclusive, redirecionar os objetivos e metas a que se propõe.

Daí decorre também a questão central do Sistema de Informação: os indicadores "escolhidos" tendem a refletir a própria concepção de saúde que norteia o Sistema. Ou seja, escolher este ou aquele indicador, quantificar esta ou aquela variável pressupõe, antes de se constituir uma questão estatística ou epidemiológica, a explicitação da concepção, dos objetivos e metas a serem atingidos pelo Sistema Nacional/Único de Saúde.

Mais do que isso: ao se propor um Sistema de Informação em Saúde, não basta apenas encontrar os elementos que permitiriam quantificar os resultados obtidos. Ao contrário, antes de tudo, o que se impõe é o questionamento desses resultados de forma permanente. Esse processo garante um redirecionamento do Sistema, levando-se em conta as alterações nas variáveis sociais decorrentes da própria prática médica, a qual se revela, desta maneira, uma prática social na comunidade em que se esta atuando.

É essencial conceber o Sistema de Informação como um instrumento para a tomada de decisões, vinculando-o estreitamente a esse processo, seja no aspecto puramente prático, seja no de políticas a serem formuladas e implementadas.

A concepção do Sistema de Informação deve favorecer a análise da natureza das proposições consideradas, não dentro de uma aparente neutralidade em que se apoia a prática médica, mas sim como movimentos políticos e ideológicos que marcam novas relações entre Medicina e Sociedade.

PRINCÍPIOS

A concepção do Sistema de Informação em Saúde na Reforma Sanitária deverá se orientar pelos seguintes princípios:

1. Respeito ao direito do cidadão à privacidade quanto às informações individuais relacionada à sua saúde.
2. Clareza dos mecanismos de produção das informações cuja divulgação deverá favorecer o controle social sobre as condições e ações de saúde.
3. Adequação dos sistemas de informação em saúde aos princípios e diretrizes dos Sistema Nacional/Único de Saúde, evitando transformá-los num fim em si mesmos.

4. Retorno do produto do sistema à unidade geradora para o devido uso local.

Os princípios que devem nortear o Sistema de Informação em Saúde na Reforma Sanitária implicam necessariamente num planejamento, que deve prever uma estrutura capaz de cobrir a Rede Nacional de Saúde e que permita aglutinar informações relevantes em todos os níveis de realização do sistema para o planejamento e avaliação das ações de saúde.

Para a consecução deste objetivo, é necessário estabelecer, em âmbito nacional, uma metodologia de planejamento de sistemas que contemple as informações qualitativas e quantitativas necessárias à definição de estratégias para a consolidação do Sistema Nacional de Saúde.

DIRETRIZES

O Sistema de Informação em Saúde na Reforma Sanitária deverá obedecer as seguintes diretrizes básicas:

1. Instrumento de apoio à decisão disponível para todos os níveis gerenciais e operacionais, estabelecidos pelo arcabouço institucional.
2. Instrumento de apoio à racionalidade técnico-administrativa do setor.
3. Instrumento de apoio ao desenvolvimento de Recursos Humanos na área.
4. Instrumento de apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico.
5. Instrumento de avaliação da efetividade das ações de saúde.

De maneira geral, nenhum dado deverá ser colhido sem que seja justificada sua utilidade, seja pela relevância para a tomada de decisões de planejamento e gerência em qualquer nível, seja pela importância para diagnósticos de condições sanitárias e sociais de comunidades, seja pela utilidade para avaliação do impacto de ações de saúde e saneamento desenvolvidas junto à comunidade, seja pela indispensabilidade para prestação de contas a órgãos/níveis superiores.

Os critérios acima estabelecidos para a coleta de dados, decorrentes das diretrizes do Sistema, são úteis para auxiliar a evitar excessos e desperdícios de recursos, e decisivos para o êxito do Sistema de Informação como um todo, enquanto instrumento de apoio ao desenvolvimento institucional.

ESTRUTURAÇÃO DOS SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Em princípio caberia a cada esfera de governo executar aquelas ações cuja abrangência corresponda ao território sobre o qual tem jurisdição.

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 acompanhamen-

to, controle e avaliação em nível nacional, com os correspondentes desdobramentos compatíveis nos níveis estadual e municipal ou distrito sanitário ou equivalente.

O conteúdo mínimo de cada nível estrutural deverá ser o suficiente para cumprir as diretrizes e princípios propostos pelo Sistema de Informação em Saúde.

Cabe a cada um desses níveis a responsabilidade da definição, estruturação e execução do Sistema de Informação necessário ao desempenho das atribuições de sua responsabilidade, observando a compatibilização com o Sistema Nacional de Informação em Saúde.

A concepção do Sistema de Informação estruturado em níveis apresenta diversos aspectos positivos:

1. Multiplica-se o efeito integrador e conscientizador do sistema.
2. Os produtos do sistema, recebidos pelos níveis que coletam os dados funcionam como importante motivação para manter elevada a qualidade da coleta.
3. Para os níveis locais, o retorno das informações representa um mecanismo importante para manutenção de uma visão global.
4. De posse de informações adequadas, quaisquer dos níveis podem assumir com maior segurança funções de planejamento (programação, acompanhamento e reavaliação).
5. Incentiva-se a participação ampla no esforço de aperfeiçoamento gradual dos sistemas de informação, para o qual o nível regional pode contribuir com a visão gerencial, e o nível local com a visão privilegiada que possui sobre a realidade das comunidades assistidas.

POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

A política de recursos humanos no campo da informação em saúde deverá se orientar pelos princípios e diretrizes da política de recursos humanos do Sistema Nacional de Saúde, contudo com algumas características próprias.

O desenvolvimento de recursos humanos, no que se refere à informática, apresenta dois aspectos distintos: capacitação complementar de especialistas e orientação a usuários. Em relação ao primeiro aspecto, o acelerado progresso da informática impõe a atualização constante do pessoal especializado. Além disso, deve ser enfatizada a necessidade de promover maior integração dos técnicos especializados com os demais profissionais dentro de cada nível estrutural do sistema.

Os usuários representam uma situação especial de desenvolvimento de recursos humanos, já que o objetivo pretendido não é transformá-los em especialistas em processamento de dados, mas sim habilitá-los a beneficiar-se ao máximo do que a informática lhes pode oferecer. Este objetivo exige um intercâmbio bastante próximo e intenso entre usuários e especialistas, e até mesmo com a própria máquina, no caso de se utilizar de processamento eletro-mecânico.

No campo específico da Informação em Saúde, a política de recursos humanos deverá se orientar por:

1. Isonomia salarial nos diversos níveis do Sistema Nacional de Saúde.
2. Capacitação profissional, criando as condições para que qualquer profissional de saúde possa atuar como usuário de sistemas de informação em saúde, utilizando, quando for o caso, as facilidades da micro-informática, e atualização constante dos profissionais especializados.
3. Critérios de identificação da qualificação e competência profissional que valorizem a atuação dos profissionais de saúde diretamente responsáveis pela geração da informação (fonte do dado) na porta de entrada do Sistema de Saúde.
4. Definição, em âmbito nacional, de conceitos claros que orientem esta capacitação e que assegurem a homogeneização dos principais indicadores utilizados nos vários níveis do Sistema de Saúde.

ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos estudos, propostas e documentos sobre integração de ações de saúde refere-se ao paralelismo de sistemas de informação como uma fonte importante de desperdício de recursos públicos. Por outro lado, sejam quais forem as causas, é inegável que a tendência a coletar dados desnecessários existe, e consome boa parte dos esforços dispendidos em organizações, especialmente públicas.

A definição de quais dados serão colhidos e processados, e com que nível de detalhamento, deve ser decorrência da clareza que se tenha sobre os objetivos das ações e critérios de avaliação das mesmas, além do produto de ampla discussão entre órgãos e instituições.

A curto prazo, a estratégia para a transição deverá se orientar pelo critério de descentralização, racionalizando os sistemas já existentes, evitando duplicações, condição indispensável para a compatibilização visando a unificação dos sistemas.

Nesta etapa, a troca de experiências já em andamento será fundamental no que concerne à sua avaliação e eliminação de desperdício.

Dada a existência de numerosos instrumentos de coleta de dados implantados, é importante iniciar, aos níveis federal/estadual um processo de compatibilização destes instrumentos, visando como meta atingir uma uniformização que atenda as exigências do novo Sistema Nacional de Saúde.

É oportuno destacar neste ponto que o esforço nesse sentido não deve se restringir aos documentos de coleta de dados, mas abranger todos os componentes dos sistemas de informação que deverão, por exemplo, compartilhar entre si dados de várias atividades, tais como divisão territorial, codificações nosológicas, dados demográficos, etc., possibilitando as interfaces com outros sistemas nacionais de informação.

Ainda a curto prazo, considerando as peculiaridades regionais, o Sistema Nacional de Informação em Saúde será desenhado diante das metas e objetivos concretos estabelecidos pelo Sistema Nacional de Saúde.

A implantação gradativa dos sub-sistemas será sempre precedida de amplo debate com participação de todos os níveis. É condição fundamental que o sistema formal possa substituir os múltiplos sistemas informais existentes atendendo satisfatoriamente cada uma das necessidades antes atendidas pelos sistemas informais.

O motivo exposto constitui a fundamentação técnico-racional do princípio do amplo debate, pois somente através deste será possível conhecer as múltiplas e variadas necessidades dos vários níveis e até individuais que o sistema a ser implantado deverá atender. Por outro lado, e provavelmente com maior importância, a estratégia do amplo debate atende aos aspectos humanos envolvidos, bem como apresenta cunho democrático sintônico com o desejado pela Reforma Sanitária.

Como base fundamental de apoio a este processo de transição deverão ser constituídos grupos, nos vários níveis, inter institucionais, com o objetivo de adequar as experiências em andamento ao Sistema Nacional de Saúde, detalhando e aprimorando o desenho inicialmente estabelecido para o Sistema de Informação.

Em relação aos recursos humanos, a curto prazo, deverão ser estabelecidos mecanismos de identificação da qualificação de pessoal existente e a partir daí estabelecer quadros necessários, capacitando os elementos e garantindo um processo adequado de formação, manutenção e aprimoramento continuado dos recursos humanos.

Quanto à base de informática necessária à implementação do Sistema, o atual "estado da arte" da tecnologia e da informática permite decisões arrojadas no que concerne ao uso de recursos computacionais e de telecomunicações. Esta opção implica a gestão dos recursos humanos e materiais necessários à sua implementação, e deve ser tomada sempre respeitando-se as peculiaridades regionais, quer no sentido da oferta de mão-de-obra, quer no sentido dos avanços tecnológicos

A perspectiva da integração, nesse sentido, deverá se orientar pelo critério de autonomia no desenvolvimento de instrumentos de interesse de cada unidade/nível e pelo princípio da soberania nacional.

Desse modo, caberia a cada nível a definição e escolha de equipamentos adequados à sua realidade, contando para tanto com órgãos/instâncias que poderiam contribuir com estudos cooperativos e recomendações de especificações básicas, assegurando com isso a integração entre equipamentos diversos, sempre se orientando pelos princípios do atual PLANIN.

BIBLIOGRAFIA

Ações Integradas de Saúde – Programação-Orçamentação Integrada, Brasília, DF, 1987.

- COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA – *Bases para o Aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde como Estratégia para a Reforma Sanitária Brasileira* – Brasília, DF, 1986.
- FUNDAÇÃO SESP – *Política de Informação da Fundação SESP (Serviços de Saúde Pública)* – Rio de Janeiro, RJ, 1986.
- GANDOUR, Fábio L. – *Considerações sobre o Sistema Nacional de Informação em Saúde* – Brasília, DF, 1987.
- MILANEZ, Hedwig. – *Estruturação da Seção de Informação e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas* – Campinas, SP, 1986.
- POSSAS, Cristina de A. – *Reforma Sanitária: A Hora da Ação* – Rio de Janeiro, RJ, 1986.

Reforma Sanitária e Saneamento

*Grupo de Trabalho sobre
Saneamento e Meio Ambiente da
Comissão Nacional da Reforma Sanitária*

GRUPO DE TRABALHO

<i>Elisa Vianna Sá – Coordenadora</i>	<i>Luiz Maria Camacho Leal (ABES)</i>
<i>Ana Virginia Muniz Machado (ABES)</i>	<i>Nestor da Costa Borba</i>
<i>Antônio Olavo de Almeida F. Lima</i>	<i>Roberto de Araujo Reis</i>
<i>Jair Simões</i>	<i>Rodolfo José da Costa e Silva (FSESP)</i>
<i>Juranyr Mathias Ricão (FSESP)</i>	<i>Ruben Fonseca Filho</i>
<i>Lúcio Henrique Bandeira (FSESP)</i>	

COLABORADORES

Coordenadora do GT Saneamento e Meio Ambiente
Dr^a. Elisa Vianna Sá

Ministério do Desenvolvimento Urbano
Dr. Ruben da Fonseca Filho

Ministério da Saúde
Dr^a. Mara Lúcia Carneiro Oliveira

Fundação Serviços de Saúde Pública – SESP
Dr. Juranyr Mathias Ricão Dr. Walton Vieira de Nóvoa
Dr. Lúcio Henrique Bandeira Dr^a. Vera Lúcia de Almeida Formigli
Dr. Rodolfo da Costa e Silva Dr^a. Marilene Castilhos Sá

Associação Brasileira de Engenharia Sanitária – ABES
Dr. Luiz Maria Camacho Leal
Dr^a. Ana Virginia Muniz Machado

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho, elaborado pelo Grupo Técnico para Estudos das Relações entre os novos Sistemas de Saúde, de Saneamento e de Proteção do Meio Ambiente, propõe-se a analisar os principais aspectos que hoje caracterizam a Política de Saneamento no País, e levantar algumas proposições para o delineamento de uma nova política para esta área, enfatizando as suas interfaces com o Setor Saúde, no sentido de contribuir para a construção do processo de Reforma Sanitária.

Deve ser ressaltado que não houve a tentativa de esgotar nem a análise nem as proposições, uma vez que a amplitude do tema exige um maior aprofundamento em várias questões, aqui abordadas apenas superficialmente, que implicarão, necessariamente, em desdobramentos posteriores. Assim, tentou-se explicitar melhor aqueles pontos que são passíveis de intervenção direta ou de uma ação política por parte do Setor Saúde, e dos atores envolvidos com o desenvolvimento da Reforma Sanitária.

INTRODUÇÃO

O modelo de desenvolvimento adotado pelo País, na medida em que favorece a concentração de renda e a exclusão de grandes contingentes populacionais do acesso aos bens de consumo coletivo, tem sido responsável pelo aprofundamento das desigualdades sócio-econômicas, verificado tanto entre grupos populacionais como entre regiões e entre áreas de uma mesma região.

É no interior deste modelo de desenvolvimento que a questão social tem sido tratada historicamente, subordinada à questão econômica, determinando a formulação de políticas sociais atreladas a lógica do desenvolvimento econômico que, tendo no Estado o principal avalista dos processos de acumulação de capital, condiciona as possibilidades de melhoria da qualidade de vida da população brasileira às exigências de reprodução da força de trabalho e/ou de expansão do mercado interno para o consumo de bens ou serviços produzidos pela iniciativa privada. Neste contexto evidencia-se o caráter compensatório que as políticas assumiram sobre os efeitos de marginalização, exclusão e empobrecimento produzidos pelo próprio modelo de desenvolvimento adotado.

Ao longo dos anos, acumularam-se as consequências negativas deste modelo sobre as condições gerais de vida e saúde da população, multiplamente agravadas, na medida em que às distorções na elaboração e implementação das políticas sociais associam-se os problemas de um desordenado processo de urbanização e de um modelo de industrialização, cujos efeitos danosos sobre o meio ambiente e a saúde do trabalhador têm sido crescentes.

Estas considerações implicam, necessariamente, o reconhecimento de que as necessidades de saúde da população são muito mais amplas do que as que podem ser satisfeitas com a garantia de cobertura dos serviços de saúde, e sua dimensão pode ser estimada quando se examinam, por exemplo, as precárias condições de habitação e dos locais de trabalho, a precariedade ou inexistência de sistemas de abastecimento de água e de sistemas de esgotos sanitários e industriais, o uso abusivo de defensivos agrícolas, as características dos processos de limpeza doméstica e pública e a inadequação das soluções utilizadas para o destino do lixo, a falência da grande maioria das medidas adotadas para o controle de vetores biológicos, a ausência ou insuficiência das medidas de proteção contra enchentes, erosão e de proteção de mananciais e bacias relevantes para as atividades humanas, além de outros fatores agravantes dos níveis de poluição e contaminação hídrica, atmosférica, de solo e de subsolo e alimentar.

A consciência, cada vez mais ampliada, dos profissionais de saúde e da população sobre estas questões, bem como sobre tantas outras envolvidas direta ou indiretamente na determinação do processo saúde e doença, resultou, na VIII Conferência Nacional de Saúde, na revisão e ampliação do próprio conceito de saúde, entendendo-a como "resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde".

Tal ampliação do conceito de saúde remete, por outro lado, à maior clareza no reconhecimento dos limites do próprio Setor Saúde quanto à promoção, recuperação e proteção da saúde da população que, consideradas as atuais características da organização, distribuição e produção de serviços de saúde no País tomam-se ainda mais rígidos (intransponíveis?). Se, por outro lado, considera-se a realização da Reforma Sanitária – enquanto uma proposta de reordenamento do Setor e de modificação da relação serviços de saúde/população, objetivando-se a universalização, equidade e resolubilidade dos serviços prestados – os limites à melhoria das condições de saúde da população podem ser reduzidos.

No entanto, ainda é preciso estar claro que, além da ampliação do conceito de saúde e a conseqüente ampliação do objeto de intervenção das ações voltadas para a melhoria do nível de saúde da população, o entendimento de saúde como direito de cidadania e dever do Estado impõe que este passe efetivamente a exercer sua responsabilidade reguladora sobre a oferta dos bens e serviços que "geram saúde", e não apenas sobre o que tradicionalmente se entende por "serviços de saúde".

Esta perspectiva obriga, desta forma, o aprofundamento da proposta da Reforma Sanitária, sobretudo, no que se refere aos limites e interfaces que esta guarda com outros setores sociais e áreas de atuação do governo. Nesta ampla gama de questões que a Reforma Sanitária, ao longo de sua realização, terá que lidar e mesmo produzir modificações, destacam-se as relativas às Políticas de Saneamento e Meio Ambiente, por sua estreita relação com o Setor Saúde e pelas graves conseqüências que a falta ou precariedade das ações de saneamento acarretam sobre as condições de vida e saúde da população.

Assim é que o presente documento se propõe a sistematizar algumas considerações e propostas relativas à formulação de políticas e ao desenvolvimento das ações de saneamento, enquanto subsídio para o desenvolvimento do processo de Reforma Sanitária.

BREVE ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE SANEAMENTO (e suas articulações com o Setor Saúde)

As atividades de Saneamento vêm sendo desenvolvidas por vários órgãos integrantes dos três níveis de Governo – Federal, Estadual e Municipal – e pela iniciativa privada, caracterizando uma multiplicidade de instituições e entidades ligadas direta ou indiretamente à questão do Saneamento, com diferentes pesos e funções.

No nível Federal, deixando de se analisar os arranjos institucionais que foram ocorrendo ao longo dos anos, desde a instituição da Política Nacional de Saneamento, em 1967, verifica-se atualmente a seguinte distribuição de atribuições entre as principais instituições ligadas às ações de Saneamento:

Ministério de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente

Foi criado em 1985, com o objetivo de formular e desenvolver políticas relativas a habitação, saneamento básico, desenvolvimento urbano e meio ambiente.

Para isto, foram transferidos para esse Ministério órgãos e entidades com suas atribuições anteriores, inclusive relativas ao Saneamento, como BNH, CONAMA, SEMA, DNOS, bem como as competências do Ministério do Interior relativas às políticas citadas.

Ministério da Saúde

As ações do MS no âmbito do Saneamento se desenvolvem principalmente através da Fundação SESP que, combinando as ações médico-sanitárias com as de saneamento básico, vem sendo responsável, na sua área de atuação, pela construção e administração de sistemas públicos de abastecimento de água e de sistemas de esgotos, implantação de melhorias sanitárias domiciliares, além

de desenvolver estudos e pesquisas na área de tecnologia apropriada ao saneamento.

No desenvolvimento dessas atividades, a Fundação optou por um modelo de administração dos Sistemas de Abastecimento de Água e Esgoto, organizado segundo a forma de autarquia municipal, com a sua participação e das prefeituras municipais.

Além disso, recentemente, o Ministério da Saúde delegou à Fundação SESP a responsabilidade pelo acompanhamento das ações de saneamento desenvolvidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde com recursos repassados pelo MS. Dentro do conceito mais ampliado de saneamento, devem ainda ser consideradas as ações do Ministério da Saúde relativas à Fiscalização Sanitária, a cargo da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, ao Controle de Vetores, de responsabilidade da SUCAM, e Fiscalização e Normalização do uso de agrotóxicos, pela SNVS e Divisão Nacional de Ecologia Humana e Saúde Ambiental da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, em conjunto com outros Ministérios e órgãos da esfera federal.

Ministério do Interior

Desenvolve, no âmbito dos Programas de Desenvolvimento Rural Integrado, através da SUDENE, SUDAM, SUDECO, etc., ações de saneamento básico, principalmente em áreas rurais.

Ministério da Fazenda

Através da Caixa Econômica Federal, absorveu todas as funções inerentes à coordenação do PLANASA, anteriormente sob responsabilidade do BNH.

Além dos citados Ministérios, que têm responsabilidade mais direta na prestação de serviços de Saneamento, vários outros órgãos encontram-se mais ou menos envolvidos com estes serviços, a exemplo do Ministério da Irrigação, das Minas e Energia, BNDES/SEPLAN, etc., além das entidades diretamente ligadas ao Setor, como a ABES, ASSEMAE, AESBE, ASFAMAS, CBIC, etc.

Nos Estados, o Saneamento (água e esgoto) é, fundamentalmente, atribuição das Empresas Estaduais de Água e Esgoto, além da participação das Empresas de Energia Elétrica, Secretarias de Saúde, de Meio Ambiente, de Obras e Agricultura, além das ações complementares de órgãos federais pertencentes aos Ministérios já referidos.

A ação das Empresas Estaduais tem se dado numa lógica subordinada ao PLANASA, como será visto adiante, privilegiando a ação no nível dos grandes aglomerados urbanos. A área rural tem sido atendida precariamente pelas Secretarias Estaduais de Saúde com recursos oriundos do MS, e as demais instituições exercem ações complementares, nem sempre articuladas entre si.

Aos municípios, onde se concretiza a prestação dos serviços à população, compete, pela Constituição Federal, desenvolver e administrar as atividades de saneamento básico, embora as limitações financeiras determinadas pelo modelo tributário do país, e a política do PLANASA com seus reflexos no próprio desenvolvimento técnico dos municípios, os tem limitado, com raras

exceções à atuação localizada em drenagem urbana e destino final dos resíduos sólidos.

A participação da iniciativa privada tem sido fortalecida pela política adotada para o setor, predominando o contrato de serviços a empresas particulares para projetos, obras e instalações de equipamentos urbanos e rurais de saneamento.

A referência a todas estas instituições já é suficiente para evidenciar a multiplicidade de órgãos envolvidos na execução, normalização, coordenação, supervisão e fiscalização das ações de saneamento, atividades estas executadas de forma descoordenada, gerando não apenas superposições e duplicações de esforços para algumas ações, como também lacunas, em que várias outras ações relevantes deixam de ser executadas.

Este quadro deve ser entendido como expressão de uma Política Nacional de Saneamento que, formulada tardiamente – instituída em 1967 e apenas concretizada a partir de 1971, com a implantação do PLANASA, coordenado pelo BNH – não conseguiu responder às principais necessidades de saneamento do país, como será visto a seguir.

A principal característica de tal política é seu *desenvolvimento segundo a lógica do lucro e retorno dos investimentos para a auto-sustentação das Empresas Estaduais de Saneamento*, concessionárias dos Estados na prestação de serviços de água e esgoto. Neste sistema, os investimentos a fundo perdido foram sempre insignificantes em relação ao montante de recursos aplicados – o que traduz, em última análise, a subordinação da Política de Saneamento ao desenvolvimento econômico, bem como a omissão do Estado na responsabilidade de garantir o acesso de toda a população a estes serviços. Desta forma, a prestação de serviços pelas Companhias de Saneamento foi sempre remunerada pela população beneficiada, uma vez que a captação de recursos se faz através do FGTS, das cadernetas de poupança, das tarifas cobradas pelas Companhias e também de recursos dos Tesouros Estaduais, provenientes, por sua vez, de tributação.

A lógica do retorno de investimentos deu origem também à *exclusão de áreas urbanas periféricas e rurais*, onde se situa notadamente a população de baixa renda, do acesso a estes serviços.

Outra característica importante que tem marcado a execução da Política de Saneamento é a *excessiva centralização de recursos e de decisão* que, em coerência com o modelo autoritário que se implantou no país a partir de 64 e deu origem à Reforma Tributária de 65, excluiu a participação da população e dos municípios das decisões relativas ao Saneamento, e restringiu ao máximo a autonomia e poder municipal para a formulação de uma política e prestação destes serviços. Um exemplo concreto desta centralização reflete-se na rigidez de certos princípios, levando à exclusão de municípios que, não tendo aderido ao PLANASA, foram privados de qualquer assistência técnica, administrativa e financeira. Uma outra expressão da centralização é a determinação das tarifas por lei federal, sem considerar as diferenças regionais.

A estrutura de financiamento adotada, os mecanismos de centralização, aliados a problemas de gerência interna das próprias empresas concessionárias,

teve como uma das principais consequências o endividamento crescente das mesmas, conforme analisado em outros documentos.

Por outro lado, se se parte para analisar os efeitos que a política atual de saneamento tem tido sobre a saúde da população, constata-se que, ao incremento da oferta de serviços de abastecimento de água e esgoto, observado no período de 70 a 80, não corresponde necessariamente o controle da transmissão de diversos tipos de doenças relacionadas ao contato direto ou indireto com dejetos que, ainda hoje, agravam o quadro de morbi-mortalidade, principalmente na população das áreas mais carentes. Não se pode considerar que apenas quilômetros de rede implantada, ou mesmo número de domicílios ligados à rede, são indicadores suficientes de que a distribuição e acesso a estes serviços está se fazendo de forma eqüitativa ou que a população beneficiada está se utilizando adequadamente dos serviços. Fatores como ligações levadas não apenas para dentro dos terrenos, mas até o interior dos domicílios, com as necessárias ações de melhorias sanitárias domiciliares, tratamento adequado e controle da qualidade da água fornecida, abastecimento de água acompanhado simultaneamente de esgotamento sanitário, educação sanitária para a utilização adequada destes serviços, entre outros, não têm sido suficientemente privilegiados.

A estas limitações somam-se as de uma política de saneamento que, sob a responsabilidade do PLANASA, restringiu-se a água e esgoto, deixando de considerar outros aspectos igualmente importantes. Assim, as demais ações que integram uma visão mais abrangente de saneamento, como o controle de vetores, o controle de cheias e inundações, a proteção de encostas e o controle da erosão, a vigilância e fiscalização sanitária, saneamento de escolas, locais de trabalho e outros locais públicos, o controle da produção e aplicação de agrotóxicos, a proteção de mananciais e do meio ambiente em geral, entre outras, vêm sendo desenvolvidas pelos vários órgãos citados inicialmente neste capítulo, de forma desarticulada e precária, reduzindo significativamente o impacto que poderiam ter sobre a melhoria do nível de saúde da população.

Esta situação pode ser evidenciada quando se examinam as atuais atribuições que competem ao Ministério da Saúde, relativamente a estas ações. No caso da vigilância e fiscalização sanitária, por exemplo, tem-se observado a pouca prioridade atribuída a estas funções, refletidas nas inúmeras dificuldades decorrentes de fatores como insuficiência de recursos humanos e financeiros, ambigüidade nas atuais legislações federais, estaduais e municipais quanto à competência normativa e fiscalizadora dos órgãos, bem como quanto aos critérios e padrões técnicos de tolerância na composição química de produtos, entre outros. Da mesma forma, a atividade de controle de vetores, realizada pela SUCAM, resente-se da falta crônica de recursos, excessiva centralização do planejamento das ações e insuficiente articulação com outros setores do Ministério e com as instituições dos níveis estadual e municipal. Estas e outras dificuldades inserem-se no âmbito geral da situação de esvaziamento político e financeiro a que está submetido o próprio Ministério da Saúde, impossibilitando-o de exercer efetivamente seu papel normativo, coordenador, fiscalizador e de assessoria técnica. Desta forma, a própria supervisão que o Ministério deve exercer sobre o desenvolvimento das ações de saneamento pelos Estados e Municípios tem sido extremamente prejudicada.

Uma característica geral da política de saneamento que merece ser destacada, e que não difere do que ocorre no setor saúde, refere-se, além da própria estrutura de financiamento, à insuficiência do volume total de recursos aplicados, característica esta que tem sido comum ao conjunto de políticas sociais. A situação descrita neste capítulo demonstra a inexistência de uma política nacional de saneamento abrangente, do ponto de vista do seu objeto de intervenção, com suficiente clareza na definição de responsabilidades e competências entre os órgãos, que dê conta igualmente das ações de saneamento enquanto ações de Saúde Pública e enquanto um segmento da infra-estrutura em aglomerações populacionais.

Diante de tais distorções e dificuldades, alguns esforços foram implementados no sentido de solucionar questões como o saneamento na área rural, em pequenas localidades e em áreas urbanas periféricas. Estas iniciativas, entretanto, têm resultado, em seu desenvolvimento, na reprodução das mesmas distorções já identificadas anteriormente, como a atuação desintegrada de vários programas numa mesma região, fluxos de recursos financeiros insuficientes e irregulares, deficiência na qualidade e disponibilidade de recursos humanos, insuficiência de recursos e de estrutura para a operação e manutenção dos sistemas implantados, inexpressiva participação da população no planejamento e uso de tecnologias inadequadas.

Recentemente, por força da Reformulação do Sistema Financeiro do Saneamento, algumas medidas vêm sendo adotadas, no sentido de procurar enquadrar dentro do espírito que norteou os trabalhos da comissão instituída para o reestudo do SPS, o Projeto Nacional de Saneamento Rural (PNSR), bem como o PRONID e o PROSANEAR, estes últimos foram dados segundo outras diretrizes. Deve-se lembrar que tentativas análogas de solução foram feitas no interior do próprio setor saúde, ao longo de vários anos, quando programas marginais à política nacional de saúde, destinados a populações marginalizadas, com recursos marginais, foram implementados, pouco ou nada modificando as condições de saúde da população, bem com a cobertura e qualidade dos serviços prestados.

PROPOSIÇÕES

As propostas e recomendações aqui relacionadas visam, ao mesmo tempo, contribuir para o delineamento de uma nova Política de Saneamento, notadamente em suas inter-relações com o Setor Saúde, bem como explicitar, no contexto da Reforma Sanitária, algumas transformações necessárias, no âmbito das instituições integrantes do Setor, para que o Saneamento assuma, de fato, a condição de componente fundamental na melhoria dos níveis de saúde da população.

A formulação de uma nova política de saneamento, deve, necessariamente, ser pautada na compreensão de Saneamento enquanto um conjunto de ações de Saúde Pública, além de um componente da infra-estrutura em aglomerações populacionais. Tal entendimento implica uma concepção abrangente de Saneamento que engloba um conjunto de ações relativas a: abastecimento de água; destino dos dejetos; destino final do lixo; drenagem; controle de vetores; melhorias sanitárias e de habitação; controle de cheias; saneamento de locais de trabalho, escolas e outros locais públicos; combate à erosão; proteção de encostas; controle da população e contaminação hídrica, atmosférica, de solo e subsolo e alimentar.

Reordenamento das ações de saneamento, de modo a redefinir competências e formas de articulação funcional entre os vários órgãos envolvidos nos três níveis de governo, bem como definir normas e princípios para controlar e disciplinar as ações da iniciativa privada que produz bens ou serviços relacionados com a área.

Neste reordenamento alguns pontos merecem atenção especial:

● **redefinição de prioridades:** que os critérios epidemiológicos sejam determinantes na definição de implantação de programas e desenvolvimento de atividades. Devem ainda ser consideradas, como prioritárias nesta redefinição, as áreas mais carentes do país, como áreas rurais e periféricas das grandes cidades.

● **financiamento:** aumento dos recursos públicos destinados às ações de saneamento, de forma a cobrir as deficiências atuais, garantindo a responsabilidade do Estado com a prestação destes serviços. Além disso, toda a atual estrutura de financiamento deve ser revista, no sentido de promover a efetiva descentralização de recursos, que permitirá aos Estados e Municípios maior autonomia nas decisões relativas ao planejamento e execução dessas ações. Por outro lado, tal revisão deve também prever a eliminação da lógica exclusivamente empresarial predominante na atual Política de Saneamento, pelas distorções daí decorrentes, bem como uma profunda revisão da política tarifária atualmente em vigor.

● **coordenação e gestão:** adoção de órgãos colegiados nos níveis federal, estadual e municipal, integrados por representantes das instituições prestadoras de serviços de saneamento, de entidades relacionadas à área, da população, organização e do poder legislativo, visando articular as ações e viabilizar a participação dos setores interessados na formulação, coordenação e gestão da política de saneamento. A criação destas instâncias em todos os níveis de governo é um dos principais mecanismos para a garantia de descentralização do planejamento. Por sua vez, a representação da população nestas instâncias garantirá sua participação desde a identificação de necessidades, definição de prioridades e soluções adequadas, planejamento, acompanhamento e avaliação das ações implementadas. Este tipo de participação da população deverá evitar a forma utilitária como a mesma vem sendo envolvida na maioria dos programas até o momento. No sentido de garantir a efetiva integração com o Setor Saúde, a organização destes órgãos colegiados deverá definir claramente os mecanismos de articulação entre as instituições de saúde, saneamento e meio ambiente, prevendo, inclusive, a participação de representação do Setor Saúde nas instâncias gestoras de Saneamento e vice-versa, em todos os níveis, considerando-se a possibilidade de que sejam organizadas instâncias únicas de saúde e saneamento nos municípios de pequeno porte e em pequenas localidades.

Neste contexto de descentralização, destaca-se o fortalecimento dos municípios, com a perspectiva de transferência da gestão e execução dos serviços de saneamento, na medida de suas possibilidades, levando em conta as características da bacia hidrográfica e do modelo assistencial de saúde definido para a região.

A formulação de um modelo de gestão das ações de saneamento no âmbito do município, por sua vez, não pode prescindir da análise da experiência de

funcionamento dos Serviços Autônomos de Água e Esgoto, há muito desenvolvida em vários municípios do país, com a participação da Fundação SESP.

● **recursos humanos:** deve ser garantida, na formação dos profissionais que atuam na área de Saneamento, a revisão dos atuais currículos, de forma a introduzir ou ampliar conteúdos do campo da Saúde Pública.

Outra medida importante é a garantia, na composição das equipes de Saneamento, de profissionais de saúde, e vice-versa.

● **tecnologia:** incentivo ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia nacionais aplicadas ao saneamento, buscando o uso da tecnologia apropriada, entendida aqui como aquela não necessariamente de menor custo, mas que seja eficaz e compatível com as condições sociais, culturais e econômicas de cada região.

Redefinição das ações de saneamento desenvolvidas no âmbito do Setor Saúde

No bojo da revisão da estrutura de financiamento do Setor Saúde, que se faz necessária ao processo de Reforma Sanitária, deve ser considerada a ampliação do volume de recursos destinados à execução das ações de Saneamento, bem como a reorientação das prioridades e critérios de aplicação, em coerência com a redefinição de responsabilidades e competências das instituições do Setor Saúde.

Neste contexto, sem prejuízo da especificidade da intervenção em saúde e em saneamento, a ampliação do conceito de saúde exige, conseqüentemente, maior flexibilidade do que a que vem sendo observada em algumas instituições do Setor, na destinação de recursos para ações de saneamento.

Na revisão de responsabilidades das instituições do Setor Saúde no tocante às ações de saneamento, é necessária a atenção para não se reproduzir a lógica, muitas vezes observada, responsável pelo desenvolvimento dessas ações de forma marginal à política global de Saneamento, e atenuante de suas deficiências. Ao contrário, tais ações deverão ter um papel bem definido nas Políticas de Saneamento e de Saúde, sendo executadas pelo Setor Saúde, pela interdependência existente entre as mesmas e as demais ações desenvolvidas por este Setor.

Para atender às preocupações acima referidas e para que o Setor Saúde possa cumprir efetivamente seu papel na prestação destes serviços, algumas condições, além do reforço de recursos financeiros, se fazem necessários, destacando-se: a revisão imediata das atribuições de cada uma das instituições do Setor Saúde quanto às ações de saneamento, eliminando-se suposições; a dotação de suporte material e de recursos humanos; a realização das transformações necessárias na atual legislação, para que os órgãos possam exercer seu poder normativo e fiscalizador sobre atividades essenciais à Saúde, como é o caso da Vigilância Sanitária e da produção, comercialização e utilização de certos produtos químicos, a exemplo dos agrotóxicos.

No que diz respeito à organização dos serviços de saúde, os modelos assistenciais a serem adotados deverão levar em conta, na sua concepção, as seguintes necessidades:

– A definição dos Distritos Sanitários deverá levar em conta a condição da Bacia Hidrográfica, bem como o planejamento e execução de qualquer ação relativa à Bacia Hidrográfica deverá considerar o impacto de tais ações na saúde e no meio ambiente, analisado em conjunto com os integrantes do Distrito Sanitário.

– As gerências dos Distritos Sanitários e das Bacias Hidrográficas devem estar articuladas, de forma a garantir a utilização adequada dos recursos hídricos. No caso de Distritos Sanitários localizados em uma mesma bacia, estes devem interligar-se e agir de forma integrada junto aos órgãos envolvidos na gerência desta bacia.

– A organização dos Distritos Sanitários deve buscar a garantia da oferta de serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário, destino do lixo e demais ações de saneamento consideradas neste documento, no sentido de potencializar o impacto dessas ações sobre as condições de saúde. No que se refere às ações de saneamento de competência do Setor Saúde, os serviços de saúde integrantes dos Distritos Sanitários devem ser dotados de condições para imediatamente assumir esta responsabilidade.

Duas outras medidas importantes ainda devem ser destacadas no contexto da redefinição das ações de saneamento e sua relação com o Setor Saúde:

– Desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária de forma integrada às de Vigilância Epidemiológica, aproveitando a estrutura e a experiência já acumulada nesta área, notadamente no que se refere ao sistema de notificação, visitação domiciliar, estratégias de ação, considerando-se, obviamente, a necessidade de reforço do quadro de pessoal e sua capacitação, além de outras medidas já apontadas neste documento para a viabilização da Vigilância Sanitária.

– Garantia de efetiva realização da atividade de fiscalização da qualidade da água que, além de outras pré-condições, exige a consolidação de uma rede laboratorial para o controle da qualidade da água nos seus aspectos físico-químicos e bacteriológicos, ampliando-se a capacidade de cobertura dos laboratórios já existentes e expandindo a própria rede laboratorial, quando devem ser também consideradas as atuais condições dos laboratórios de serviços de saúde para o desenvolvimento de tais atividades.

BIBLIOGRAFIA

- CABES – Catálogo Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental.
- Revista de Engenharia Sanitária – v. 25, nº 4, out/dez 1986, p. 407 – 408.
- Programa Nacional de Saneamento Rural – Documento Interno, fev/87.
- Relatório Final da Comissão de Reformulação do Sistema Financeiro de Saneamento – vol. 1, fev/86.

- NAJAR, A. L.; MELAMED, C; FISZON, J. T: O Plano Nacional de Saneamento as desigualdades encobertas. A Saúde em Estado de Choque. FASE, RJ, 1986.
- Ministério da Saúde – Saneamento como Atividades dos Serviços Básicos de Saúde. Anais do 1º Seminário realizado em Natal/RN, de 15 a 18/6/82. Brasília, 1983.
- ASSEMAE – Associação Nacional dos Serviços Municipais de Água e Esgoto. Contribuição da ASSEMAE para a Reformulação da Política Nacional de Saneamento, empreendida pelo Ministério de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente.
- Fundação SESP – Seminário sobre Ações de Saneamento: uma atividade básica da rede de serviços da Fundação SESP – Ministério da Saúde, Fundação SESP, out/1986.
- MDU/Secretaria de Saneamento – Sistema Nacional de Saneamento – Proposta Preliminar – dez/86.



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

