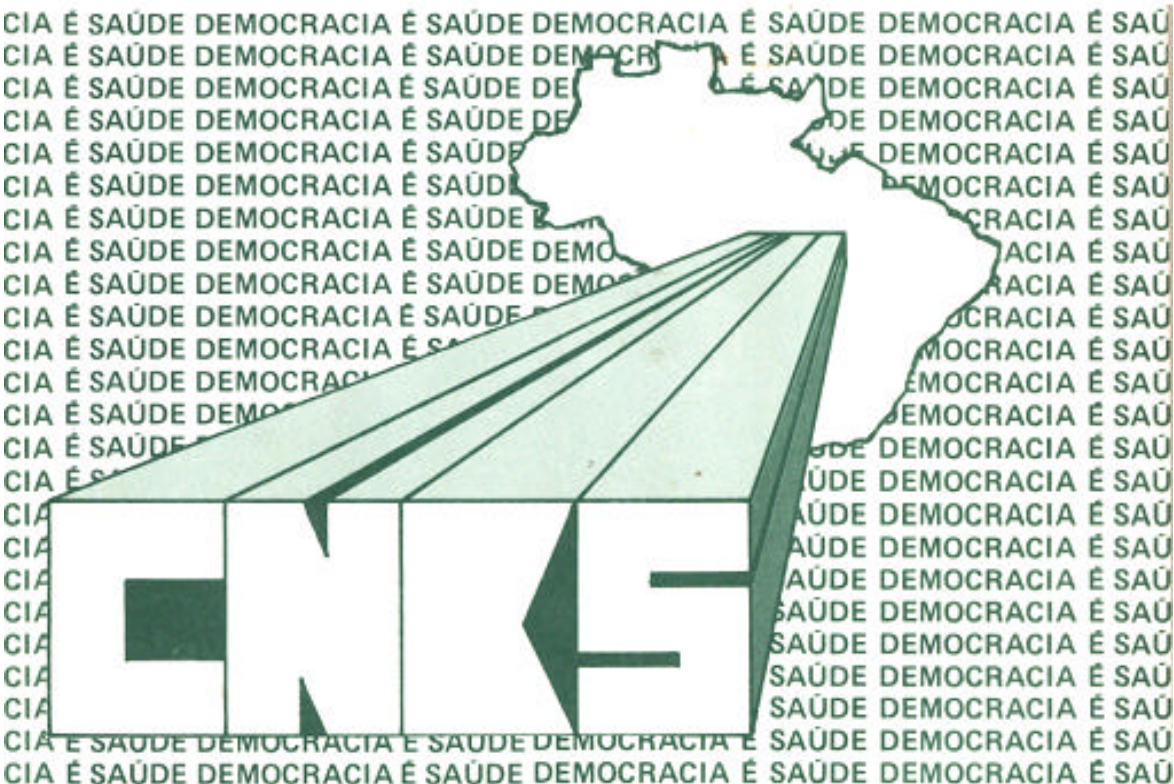


# Documentos I



# COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA

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

### **COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA**

José Alberto Hermógenes de Souza  
Antonio Sérgio da Silva Arouca  
José Saraiva Felipe  
Hésio de Albuquerque Cordeiro  
Paulo Elpídio  
Antonio Alves de Souza  
Carlos Henrique Abreu Mendes  
José Eduardo Cassiolato  
Solon Magalhães Viana  
Roney Edmar Ribeiro  
João Yunes  
Nelson Rodrigues dos Santos  
Representante da Comissão de Saúde do Senado  
Representante da Comissão de Saúde da Câmara  
André Montalvão da Silva  
Roberto Assis Ferreira  
Maria Luiza Jaeger  
Maria de Fátima Cantídio Motta  
Francisco Ubiratan Dellape  
Luiz Vieira de Carvalho  
Geraldo Justo  
Sílio Andrade  
Carlos Saraiva  
Maria Aladilce de Souza  
Flávio de Andrade Goulart  
Maria José Rossi

### **Secretaria Técnica**

Arlindo Pablo Gómez de Sousa – Coordenador Geral  
Cristina de Albuquerque Possas – Coordenadora Técnica

# Documentos I

## **COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA**

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

**Coordenação Editorial:** Arlindo Fábio  
Gómez de Sousa

**Assessoria** Thereza Christina Tavares  
Luiza Helena Mariani  
Ana Maria Palma  
Adriana Bacellar

**Capa:** Manoel Caetano Mayrink

**Secretária:** Valéria da Silva  
Marilza Alves Silveira  
Tânia Márcia Pereira Martins

**Comissão Nacional da  
Reforma Sanitária**

## APRESENTAÇÃO

Esta primeira coletânea de documentos visa a difundir as bases político-legais sobre as quais se assentam os trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). É uma coletânea de posicionamentos e compromissos assumidos, a partir do discurso do Presidente da República na 8ª Conferência Nacional de Saúde, incluindo o Relatório Final da mesma Conferência. Contém ainda a portaria interministerial que criou a CNRS e os pronunciamentos dos Srs. Ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social e Educação sobre a Reforma Sanitária. A coletânea inclui também o documento que serviu de base para o atual estágio das Ações Integradas de Saúde e implantação dos Distritos Sanitários, enquanto encaminhadores da Reforma Sanitária brasileira.

Falar em Reforma Sanitária, não é só falar em Reforma Administrativa, não é só falar em um momento, em um tempo determinado, mas sim falar de um processo que viabilize, no prazo mais curto possível, a superação do quadro sanitário de nosso país, processo que começa pelo reconhecido direito do cidadão a saúde e o dever do Estado em prover os meios para isso, o que implica na construção de um novo modelo institucional de serviços, descentralizado, hierarquizado e sob comando único, sustentado por novos mecanismos de financiamento.

Outras coletâneas se seguirão a esta, com propostas aprovadas pela CNRS dentro do âmbito de discussões a que se propôs e para o que foi criada, visando ampliar o debate, esperando que com o trabalho de cada um e de todos, essas propostas sejam efetivadas buscando sempre a melhoria das condições de vida de nosso povo.

Arlindo Fábio Gómez de Sousa  
Secretário Técnico da CNRS



# SUMÁRIO

---

Discurso do Exmo. Sr. Presidente da República, José Sarney por ocasião da 8.ª Conferência Nacional de Saúde	7
<hr/>	
Anexo	
Relatório Final da 8.ª Conferência Nacional de Saúde	11
<hr/>	
Portaria Interministerial que Institui a Comissão Nacional da Reforma Sanitária	25
<hr/>	
A Regionalização Assistencial no Aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde – Roberto Figueira Santos, Ministro da Saúde	27
<hr/>	
Pronunciamento do Exmo. Sr. Raphael de Almeida Magalhães, Ministro da Previdência e Assistência Social	31
<hr/>	
Pronunciamento do Exmo. Sr. Jorge Konder Bornhausen, Ministro da Educação	35
<hr/>	
Bases para o Aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde como Estratégia para a Reforma Sanitária Brasileira	39
<hr/>	





## DISCURSO DO EXMO. SR. PRESIDENTE DA REPÚBLICA JOSÉ SARNEY

8.ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, março de 1986

Exmo. Sr. Ministro da Saúde, Dr. Roberto Santos; Exmos. Srs. Ministros de Estado; Exmo. Sr. Deputado Federal Carlos Sant'Anna que muito ajudou a convocação desta conferência; Sr. Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, Carlyle Guerra de Macedo; Sr. Presidente da 8.ª Conferência Nacional de Saúde, Antonio Sérgio Arouca; minhas Sras.; meus Srs.; brasileiras e brasileiros.:

Aqui estou para integrar-me aos trabalhos desta conferência, que se desenvolve num grande espírito de participação, com grande sentimento democrático e com grande espírito de construir.

O Governo fez da opção social a sua meta prioritária e, portanto, tem obrigação de fazer da saúde dos cidadãos um bem tutelado pelo Estado e pela sociedade.

O Governo, que colocou o bem-estar da sociedade acima de quaisquer outros interesses, tem o dever de zelar pelas condições de saúde física da população. Esse o sentimento da minha presença neste encontro.

Nestas últimas semanas o País tem vivido momentos de inequívoca sintonia do Governo com toda a sociedade brasileira. O acolhimento das ações do programa de estabilização econômica representa, sem dúvida, o testemunho mais brilhante, a medida mais exata do acerto do programa e do seu compromisso com os mais elevados interesses nacionais.

As esperanças suscitadas ganham, assim, força e ganham vida; são, esperanças que se transformam nessa imensa cruzada cívica que tomou conta do Brasil.

Empenhando a bandeira do desenvolvimento e traduzindo uma ação solidária, madura, conseqüente e, sobretudo, irreversível – essa, indispensável e fundamental no processo de revitalização da economia nacional – o programa de estabilização econômica não esgota o amplo elenco de mudanças que o Governo vem patrocinando na sociedade brasileira.

Em verdade, as mudanças somente serão profundas se provocarem, de fato, uma melhoria de qualidade de vida do nosso povo, especialmente dos mais sofridos, que ao longo desses anos não tiveram acesso aos bens nem se beneficiaram dos serviços essenciais que o desenvolvimento ofereceu. Constato que os indicadores de saúde da população são extremamente comprometedores. Não posso deixar de referir-me às grandes desigualdades que se manifestam, no que diz respeito aos padrões de saúde. Doenças das quais se conhecem e dominam as técnicas para controle estão ainda presentes no território nacional, particularmente nas regiões mais pobres do País.

É inadmissível que os resíduos da industrialização tragam danos aos trabalhadores e aos moradores das grandes cidades.

Que as modernas técnicas de produção agrícola coloquem em risco a saúde dos agricultores e habitantes das cidades.

Que o nordestino e o nortista tenham uma expectativa de vida dramaticamente inferior a dos habitantes das regiões do sul do País.

Inaceitável, também, é que 1/3 da população brasileira tenha uma alimentação insuficiente e absolutamente inadequada.

O Brasil não pode continuar sendo uma nação de vários Brasis: um Brasil menor, de cidadãos de primeira classe e abastada classe, e um Brasil imenso, de um povo de segunda e necessitada classe.

Será deixado para trás o quadro desses Brasis: o forte, o doente, o fraco, o débil, o sadio. Construiremos, portanto, e devemos construir um só Brasil: o do povo com saúde, livre de todas as endemias.

A democratização, portanto, do setor da saúde é compromisso de Governo.

A assistência médica, a garantia de um adequado atendimento hospitalar, as campanhas de medicina preventiva não podem continuar sendo um favor do Estado nem uma concessão do Governo. Temos que nos conscientizar de que o direito fundamental à vida com dignidade é um direito coletivo, dever que o Estado deve exercer e deve exigir, em benefício de todos e não apenas como a expressão de privilégio dos que podem pagar pela assistência de que carecem.

Não há dúvida de que no Brasil, nas últimas décadas, houve um desenvolvimento considerável do sistema de atenção médico-hospitalar, que o colocou no nível tecnológico dos países desenvolvidos. A Previdência foi seguramente um instrumento desse processo, representando uma das conquistas da classe trabalhadora e um dos principais patrimônios sociais. A esse desenvolvimento, entretanto, não correspondeu uma generalização do acesso; não se conferiu efetiva prioridade às ações de caráter preventivo e de alcance coletivo, relativamente àquelas de natureza curativa e de alcance individual.

O permanente avanço tecnológico e a necessidade de promover sua difusão sem privilégios, nem limitações, reclamam uma nova racionalidade para o setor de saúde, adaptando-a à organização de uma sociedade justa e democrática.

É indispensável que se examine e reexamine a administração do setor, evitando-se a multiplicidade de instituições que atuam de forma sobreposta e com desperdício de recursos e a excessiva centralização que promove um distanciamento da realidade e inibe a iniciativa local.

Repensar a saúde, esta é a inspiração da Conferência Nacional de Saúde de que todos participam.

Estou certo de que as instituições públicas e privadas, os técnicos e autoridades, as entidades comunitárias e associativas aqui presentes podem fazer um balanço adequado e propor as diretrizes que devem orientar a organização do sistema de saúde que mais convém à sociedade brasileira. Essa reorientação deve ter em conta as exigências de um novo sistema de saúde que observe uma maior descentralização de ações, transferindo recursos e encargos para Estados e municípios; uma maior racionalidade administrativa, garantindo eficiência institucional e, sobretudo, um elevado sentido participativo, que permita à população assumir responsabilidade no controle da execução dos serviços, à semelhança do notável exercício de cidadania que a edição do programa de estabilização econômica nos permitiu ver.

Sras. e Srs., brasileiras e brasileiros: o País que foi capaz de vencer o círculo vicioso da especulação que gera injustiça, e da injustiça que perpetua a miséria, já demonstrou, pela memorável participação popular na escolha do seu pró-

prio destino, que tem também condições de vencer a pobreza e de superar as terríveis e marcantes diferenças que condenam 1/3 da população brasileira aos padrões mínimos de sobrevivência.

Esta não é uma tarefa apenas para o governo, ao contrário, é um desafio de toda a sociedade.

Nesta 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde foram mobilizadas todas as classes e as instituições representativas de todo o universo social brasileiro.

Como Presidente da República, estou convencido de que, ou nos unimos acima de crenças e de convicções políticas para superar nossas deficiências, ou não ultrapassaremos o quadro desolador das carências injustificadas.

A Nova República, que está realizando as promessas postergadas de dar ao homem brasileiro a condição de plena cidadania, tem compromissos inadiáveis com a criação de iguais oportunidades para todos. E nenhuma oportunidade é mais cara, mais necessária, mais valiosa do que a oportunidade da vida.

Nas mãos dos Srs. que aqui trazem a contribuição de suas experiências e de suas vicissitudes, depositamos a certeza de que este há de ser um marco decisivo da redenção da saúde nacional. Aqui definem-se os rumos de uma nova organização do sistema de saúde no Brasil, a esse sistema tem de ser fiscalizado, também, com rigor.

Podemos nos instituir nesta reunião, também, em fiscais da saúde no Brasil.

Faço votos de que esta conferência, pela abrangência de seus temas, pela profundidade de seus debates, pelo clima de devotamento que está presidindo as suas discussões, represente a pré-Constituinte da saúde no Brasil.

A todos uma boa jornada de trabalho, e vamos nos preparar para convocarmos a Conferência de 1988.

Muito obrigado.



## ANEXO

### RELATÓRIO FINAL DA 8.<sup>a</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

#### Introdução

O presente relatório final reflete um processo de discussão, que, iniciado nas pré-conferências preparatórias estaduais e municipais, culminou com a participação na 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (CNS), de mais de 4000 pessoas, dentre as quais 1000 delegados. Este processo materializou-se nos textos, debates, mesas-redondas, trabalhos de grupos e seus relatórios, resultando neste documento aprovado na plenária final da Conferência.

As plenárias da 8.<sup>a</sup> CNS contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos.

O documento apresentado para aprovação em plenária foi o relato consolidado das discussões havidas durante três dias, nos 135 grupos de trabalho (38 de delegados e 97 de participantes), onde foram discutidos os temas *Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor*.

Estabeleceram-se, portanto, dois níveis de discussão: um que ocorreu durante os trabalhos de grupo, subsidiados pelas apresentações e mesas-redondas sobre os temas, e outro que se concretizou na assembléia final. O processo altamente participativo, democrático e representativo que permeou todo o debate na 8.<sup>a</sup> CNS permitiu um alto grau de consenso, caracterizando uma unidade quanto ao encaminhamento das grandes questões, apesar da diversidade de propostas quanto às formas de implantação implementadas.

A comissão relatora cumpriu rigorosamente o regulamento, incorporando todas as modificações aprovadas pela assembléia de delegados e sinalizando apenas as contradições mais evidentes.

Para efeito de fidelidade ao rico processo de debate que ocorreu na Conferência, faz-se necessário destacar alguns pontos que, numa simples leitura das conclusões referentes aos três temas, não se revelam com a necessária ênfase:

1 – Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira. Exige-se uma reformulação mais profunda do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, avendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, e constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária.

2 – A questão que talvez mais tenha mobilizado os participantes e delegados foi a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde: se estatizado ou não de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público. Em qualquer situação, porém, ficou claro que a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público "concedido" e o contrato regido sob as normas do Direito Público. Em relação a esse tema, é impres-

são da comissão de redação que a proposição "estatização da indústria farmacêutica", aprovada na Assembléia Final, conflita com esse posicionamento geral, por não ter sido objeto de uma discussão mais aprofundada.

3 – Outro tema bastante polêmico foi aquele relativo á separação da "Saúde" da "Previdência". O entendimento majoritário foi o de que a Previdência Social se deveria encarregar das ações próprias de "seguro social" (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde estaria entregue, em nível federal, a um único órgão com características novas. O setor seria financiado por várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Até que se formasse esse orçamento próprio da saúde, a Previdência Social deveria destinar os recursos, que ora gasta com o INAMPS, para o novo órgão e ir retraíndo-se na medida do crescimento das novas fontes.

4 – No tema financiamento houve alto grau de consenso sobre alguns princípios importantes que devem orientar a política de financiamento setorial. O relatório parece mais indicativo do que conclusivo, revelando que esta discussão exige um maior aprofundamento.

A Comissão relatora observa que este relatório espelha fielmente o momento político materializado na 8.<sup>a</sup> CNS, sendo, mais que nada, o resultado coerente desse momento e devendo constituir-se em objeto de reflexão, visando, sobretudo, à continuidade do processo de reformulação setorial.

## TEMA 1

### SAÚDE COMO DIREITO

1 – Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 – A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

4 – Esse direito não se materializa, simplesmente, pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

5 – Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- moradia higiênica e digna;
- educação e informação plenas;
- qualidade adequada do meio ambiente;
- transporte seguro e acessível;
- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

6 – As limitações e os obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural.

7 – A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais, que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível sa-

tisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada.

8 – A evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico.

9 – Na área de saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes, que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população.

10 – Este quadro decorre basicamente do seguinte:

- não prioridade, pelos governos anteriores, do setor social, neste incluída a saúde, privilegiando outros setores, como, por exemplo, o da energia, que contribuiu para a atual dívida externa;
- vigência de uma política de saúde implícita, que se efetiva ao sabor de interesses, em geral, não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde;
- debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde;
- modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor;
- falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribuiu para o seu uso dispersivo sem atender às reais necessidades da população;
- inadequada formação de recursos humanos, tanto em nível técnico quanto nos aspectos éticos e de consciência Social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho;
- controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais;
- privilégio na aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica, como também em programas de saneamento e habitação;
- interferência clientelística no que se refere à contratação de pessoal;
- excessiva centralização das decisões e dos recursos em nível federal.

11 – O Estado tem como responsabilidades básicas quanto ao direito à saúde:

- a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo para os segmentos mais carentes da população;
- definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário;
- operação descentralizada de serviços de saúde;
- normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado, de forma a garantir padrões de qualidade adequados.

12 – Para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível:

- garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva;
- assegurar na Constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso ao emprego, educação, alimentação, remuneração justa e propriedade da terra aos que nela trabalham, assim como o direito à organização e o direito de greve;



- suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa e submeter à decisão da nação, via Assembléia Nacional Constituinte, a proposta de não pagamento da dívida externa;
- implantar uma reforma agrária que responda às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais, e que seja realizada sob o controle destes;
- estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado.
- fortalecer os estados e municípios, através de uma ampla reforma fiscal e tributária;
- estabelecer compromissos orçamentários, ao nível da União, Estados e Municípios, para o adequado financiamento das ações de saúde.

13 – É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com este objetivo, a partir da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscrevam na futura Constituição:

- a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais;
- a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às nações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional;
- a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais.



## TEMA 2

### REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

1 – A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde, que, efetivamente, represente a construção de um novo arcabouço institucional, separando totalmente saúde de previdência através de uma ampla Reforma Sanitária.

2 – No nível federal, este novo sistema deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para esse fim. Com este objetivo, o Poder Executivo deve encaminhar, a curto prazo, mensagem ao Congresso, garantindo-se, entretanto, que a reformulação proposta seja prévia e amplamente debatida por todos os setores da sociedade civil. A unicidade de comando deve ser reproduzida nos níveis estadual e municipal.

3 – O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

a) Referente à organização dos serviços

- descentralização na gestão dos serviços;
- integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativa;
- unidade na condução das políticas setoriais;
- regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
- participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação de política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;
- fortalecimento do papel do Município;
- introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida.

b) Atinentes às condições de acesso e qualidade

- universalização em relação à cobertura populacional, a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas;
- equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção;
- atendimento oportuno, segundo as necessidades;
- respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública;
- atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis;
- direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças;
- direito à assistência psicológica sem a discriminação que existe atualmente.

c) Relacionados com a política de recursos humanos.

- remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, e estabelecimento urgente e imediato de plano de cargos e salários;
- capacitação e reciclagem permanentes;
- admissão através de concurso público;
- estabilidade no emprego;

- composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;
- compromissos dos servidores com os usuários;
- cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva;
- direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde;
- formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado;
- inclusão, no currículo de ensino em saúde, do conhecimento das práticas alternativas;
- incorporação dos agentes populares de saúde, como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários;

4 – O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público.

5 – As atribuições básicas de cada nível do Governo devem ter por fundamento o caráter federativo da nossa República, de tal modo a romper com a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus Municípios. O Sistema Único de Saúde deve reforçar, neste sentido, o poder político, administrativo e financeiro dos Estados e Municípios.

6 – No Sistema Único de Saúde, o *nível federal* terá como atribuições principais:

- formulação e condução da política nacional de saúde; regulamentação das normas de relacionamento entre o setor público e o setor privado; formulação de normas e o acompanhamento e avaliação das ações de cobertura assistencial; condução e execução de programas emergenciais que escapem às possibilidades de intervenção das Unidades Federativas; definição das políticas setoriais de tecnologia, saneamento, recursos humanos, insumos básicos, financiamento e informações; determinação de padrões de qualidade homogêneos para os setores público e privado.

7 – Permanecerão no âmbito da competência do novo órgão federal os serviços de referência nacional e os serviços e atividades considerados estratégicos para o desenvolvimento do sistema de saúde, tais como: órgãos de pesquisa, de produção de imunobiológicos, de medicamentos e de equipamentos. As linhas de pesquisa desenvolvidas nas áreas de saúde devem ser amplamente discutidas entre as instituições de pesquisa de serviços e universidades, visando a um direcionamento mais produtivo e relevante na resolução dos problemas de saúde do país.

8 – Todos os serviços federais de caráter local que tenham relação direta com o atendimento à população, com exceção dos mencionados anteriormen-

te, serão transferidos com os respectivos recursos humanos, materiais e financeiros aos Estados e Municípios, segundo planos e programas a serem elaborados conjuntamente pelas instituições participantes e as representações da sociedade organizada e que considerem a viabilidade política e a factibilidade técnico-financeira da transferência.

9 – *No Nível Estadual*, destacam-se as seguintes funções:

– gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação da política nacional de saúde na Unidade Federativa (UF); responsabilidade pela elaboração do plano diretor de saúde da UF que deverá orientar a integração das atividades do subsistema estadual de saúde, incluindo as atividades do setor privado; prestação de serviços de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica e outros de responsabilidade do sistema, em coordenação com os sistemas municipais; gerência do sistema estadual de informação de saúde; compatibilização das normas e diretrizes federais com o quadro jurídico-legal da UF e as peculiaridades dos sistemas de saúde estaduais e regionais; responsabilidade pelos serviços de abrangência estadual e regional, especialmente os de caráter secundário e terciário, e por aqueles outros programas, projetos ou atividades que não possam, por seu custo, especialização ou grau de complexidade, ser executados pelos municípios.

10 – O *Nível Municipal* terá seu papel definido de acordo com as características e peculiaridades de cada caso, exercendo esse papel em estreita coordenação com o nível estadual. Como diretriz básica, o Município terá a seu cargo, como responsabilidade mínima, a gestão dos serviços básicos de saúde.

11 – Os municípios de grande porte terão a seu cargo a gestão integral do Sistema Municipal de Saúde. Naqueles municípios em que não tenham condições imediatas para assumir a gestão do sistema municipal esta será realizada, conjuntamente, pelo município e Secretaria Estadual de Saúde da Unidade Federada.

12 – Os hospitais universitários e das Forças Armadas devem estar totalmente integrados ao Sistema Único de Saúde, sem prejuízo das funções de ensino, pesquisa e prestação de serviços dos primeiros.

13 – O relacionamento do poder público com a rede privada prestadora de serviços deve fundamentar-se no controle efetivo sobre essa rede.

14 – A implantação imediata de um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado deverá ser implementada nos seguintes moldes:

- para os estabelecimentos privados que já se relacionam com o INAMPS, estabelecer um novo contrato-padrão regido pelos princípios do Direito Público, passando o serviço privado a ser concessionário do Serviço Público;
- esses contratos devem ser reavaliados sob critérios de adequação ao perfil epidemiológico da população a ser coberta e de parâmetros de desempenho e qualidade;
- não devem ser celebrados novos contratos/credenciamentos a partir de 30 de março;
- as novas relações devem possibilitar a intervenção governamental, que pode chegar à expropriação sempre que for caracterizada a existência de fraude ou conduta dolosa. Trata-se, por conseguinte, de aplicar, no campo da saúde, instrumentos de proteção da sociedade similares àqueles já adotados nas relações do governo com outros setores;

– os incentivos concedidos à chamada medicina de grupo deverão ser revistos.

15 – Para as regiões onde for necessário ampliar a cobertura assistencial, e houver escassez de oferta de serviços por parte do setor público, dever-se-á proceder:

– ao redirecionamento dos fundos públicos, tais como FAS/Caixa Econômica Federal e FINSOCIAL/Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, para financiamento exclusivo da rede do setor público estadual e municipal;

– à suspensão imediata de financiamento, por parte desses fundos (FAS/CEF e FINSOCIAL/BNDES), para ampliação, reforma e construção de estabelecimentos privados ou para compra de equipamentos.

16 – A maior participação do setor público como prestador de serviços é viável, justa e socialmente desejável. Para isso é necessário o aprimoramento de seus procedimentos gerenciais, de forma que possa operar com maior eficiência e aumente seu grau de resolubilidade, de modo a satisfazer as necessidades da população.

17 – Com relação ao aparelho setorial produtor de bens, propõe-se:

– fortalecimento dos laboratórios e das indústrias de equipamentos de saúde estatais;

– estatização de setores estratégicos na área de produção de imunobiológicos e na de produção e comercialização de sangue e hemoderivados;

– estatização da indústria farmacêutica.

18 – Proibir a propaganda comercial de medicamentos e produtos nocivo à saúde.

19 – É necessária a formulação de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, contemplando particularmente a produção de insumos, equipamentos, medicamentos e materiais biomédicos, segundo as prioridades a serem estabelecidas na Política Nacional de Saúde.

20 – Neste sentido, é necessário ampliar o espaço de atuação e de investimento público nesses setores estratégicos, especialmente no referente à pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas e soros para uso humano, assim como aprofundar o conhecimento e utilização de formas alternativas de atenção à saúde.

21 – Para garantir este processo, é preciso uma ampla revisão das formas de relacionamento entre o setor público e as empresas nacionais e internacionais, de maneira que as relações contratuais preservem a soberania nacional e protejam as inovações geradas internamente.

22 – controlar e fiscalizar rigorosamente a qualidade dos insumos de uso setorial e a comercialização dos medicamentos e alimentos, através de uma adequada vigilância sanitária.

23 – As Ações Integradas de Saúde deverão ser reformuladas de imediato, possibilitando o amplo e eficaz controle da sociedade organizada em suas atuais instâncias de coordenação (CIS, CRIS, CLIS e/ou CIMS). Em nenhum momento a existência das AIS deverá ser utilizada como justificativa para protelar a implantação do Sistema Único de Saúde.

24 – Será constituído um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes dos Ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades civis de caráter nacional, como partidos políticos, cen-

trais sindicais e movimentos populares, cujo papel principal será o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamentos e ações.

25 – Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida.

26 – É indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços, assegurando, a partir da constituição de um Sistema Nacional de Informação:

- maior transparência às atividades desenvolvidas pelo setor;
- adoção de políticas de saúde que respondam efetivamente à complexidade do perfil sócio-sanitário da população brasileira.

27 – A efetivação das propostas da 8ª. Conferência Nacional de Saúde e a continuidade do processo de discussão sobre a questão da saúde devem ser asseguradas através do aprofundamento das teses debatidas e do estudo dos Temas Específicos, como forma de subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte e criar as bases para uma Reforma Sanitária Nacional. Os participantes da 8ª. Conferência Nacional de Saúde propõem, com esta finalidade, a criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária, composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada de forma paritária. Cabe ao Ministério da Saúde a convocação e constituição do referido Grupo, segundo os critérios aqui propostos.





### TEMA 3 FINANCIAMENTO DO SETOR

1 – Deverá ser constituído um *orçamento social* que englobe os recursos destinados as políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga.

2 – Os Fundos de Saúde, nos diferentes níveis, serão geridos conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada.

3 – Os recursos destinados à saúde serão determinados através da prefixação de percentual mínima sobre as receitas públicas. (\*)

4 – O financiamento do sistema de saúde será responsabilidade do Estado, a quem cabe levar uma política de descentralização, articulando a participação efetiva dos Estados e Municípios com uma ampla e profunda reforma tributária.

5 – Os recursos da Previdência serão gradativamente retirados do financiamento das ações de saúde, devendo ser substituídos por fonte(s) alternativa(s), permitindo melhorar as prestações pecuniárias (aposentadorias, pensões, etc.). Os recursos financeiros da Previdência Social devem destinar-se exclusivamente para custear um seguro social justo aos trabalhadores da cidade e do campo. Desta forma, o orçamento da Previdência deve ser administrado pelos trabalhadores e utilizado somente para a concessão de benefícios e aposentadorias igualitárias para trabalhadores rurais e urbanos.

6 – Os recursos oriundos das contribuições compulsórias da Previdência Social das empresas devem deixar de incidir sobre a folha de salários, passando a ser calculados sobre os ganhos do capital. Isto implicará em maior estabilidade das receitas previdenciárias e impedirá o repasse para o consumidor. Por outro lado, tal forma de cálculo de contribuição à Previdência deixará de penalizar as empresas intensivas em mão-de-obra.

7 – O percentual de desconto do salário dos trabalhadores deverá ser reduzido, adequando-se à nova realidade. O desconto dos aposentados deverá ser suprimido.

8 – A distribuição de recursos financeiros não deve levar em consideração apenas o contingente populacional de cada região e sua arrecadação fiscal. Deve também considerar as condições de vida e de saúde da região, promovendo assim uma distribuição mais justa dos recursos.

9 – A descentralização, um dos princípios propostos para a reorganização do sistema de saúde, só se concretizará mediante uma reforma tributária que:

– elimine a atual regressividade das formas de financiamento da política de saúde;

estabeleça fontes estáveis de receita para que os programas de atenção à saúde não fiquem comprometidos nas conjunturas recessivas;

- garanta maiores recursos aos Estados e Municípios para que estes desenvolvam seus programas;
- assegure ao Governo Federal a capacidade de reduzir as desigualdades regionais;
- elimine as deduções do imposto de renda das pessoas jurídicas relativas ao gasto com assistência à saúde e à alimentação;
- reveja critérios de dedução do imposto de renda das pessoas físicas com o pagamento dos serviços de saúde;
- crie instrumentos de taxação de bens de consumo nocivos à saúde como fonte adicional de receita para o setor;
- acrescente como fontes adicionais a taxação de indústrias poluentes, empresas de desmatamento e jogos de azar;
- elimine a isenção de tributação sobre os ganhos totais de categorias "privilegiadas" (militares, magistrados e parlamentares);
- destine obrigatoriamente para os Fundos de Saúde um percentual fixo sobre os seguros obrigatórios de veículos;
- tribute as empresas proporcionalmente ao número de acidentes de trabalho, como mecanismo financeiro coercitivo de estímulo à sua prevenção.

\* As seguintes redações substitutivas ao item 3 foram aprovadas em plenária, mas são contraditórias entre si:

1. "De imediato, a proposta de percentual mínimo do orçamento da União para a saúde deverá ser elaborada por Comissão constituída nesta Conferência para debater no Parlamento e Sociedade Civil, antes mesmo da eleição da Assembléia Nacional Constituinte, de forma a influir já no orçamento de 1987".
2. "...através da pré-fixação de um percentual mínimo de 15% sobre as receitas públicas".

## **PORTARIA INTERMINISTERIAL MEC/MS/MPAS N° 02/86**

Publicada no DOU de 22.08.86

Os Ministros de Estado da Educação, Saúde e Previdência e Assistência Social, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a reconhecida precariedade do nível de saúde da população brasileira;

Considerando a premente necessidade de transformações estruturais na área de saúde e assistência médica, em face das diretrizes de política social do Governo da Nova República;

Considerando a experiência de articulação e interação entre os Ministérios, acumulada pelas Ações Integradas de Saúde e,

Considerando as conclusões e recomendações da 8 Conferência Nacional de Saúde,

### **RESOLVEM:**

1. Constituir a COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA, com a finalidade de:
  - 1.1 – analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde, e sugerir opções para a nova estrutura organizacional do sistema;
  - 1.2 – examinar os instrumentos de articulação entre os setores de Governo que atuam na área de saúde, e propor o seu aperfeiçoamento;
  - 1.3 – apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde, ajustando-os com precisão às necessidades dos segmentos da população a ser atendida.
2. A Comissão será composta por representantes de órgãos governamentais, Congresso Nacional e Sociedade Civil, assim discriminados:
  - Ministério da Saúde – Secretário Geral e Presidente da FIOCRUZ
  - Ministério da Previdência e Assistência Social – Secretário de Serviços Médicos e Presidente do INAMPS
  - Ministério da Educação e Cultura – Secretário de Educação Superior
  - Ministério do Trabalho – 1 representante
  - Ministério do Desenvolvimento Urbano – 1 representante
  - Ministério da Ciência e Tecnologia – 1 representante
  - Secretaria de Planejamento da Previdência da República – 1 representante
  - Secretarias Estaduais de Saúde – 2 representantes do CONASS, sendo um o Presidente do Conselho
  - Secretarias Municipais de Saúde – 1 representante
  - Senado Federal – Comissão de Saúde
  - Câmara dos Deputados – Comissão de Saúde
  - Centrais Sindicais – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); Central Geral dos Trabalhadores (CGT); Central Única dos Trabalhadores (CUT)
  - Centrais Patronais – Confederação Nacional da Indústria (CNI); Confedera-

ção Nacional do Comércio (CNC); Confederação Nacional da Agricultura (CNA)

– Prestadores Privados de Serviços de Saúde – Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB); Federação Brasileira de Hospitais (FBH)

– Profissionais de Saúde – Federação Nacional dos Médicos (FNM)

– Associação de Moradores – Conselho Nacional das Associações de Moradores (CONAM)

3.A COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA será coordenada pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde.

4.A COMISSÃO contará com uma Secretaria Técnica que proverá o apoio e a assessoria necessários ao seu pleno funcionamento, a ser constituída através de atos específicos do Coordenador.

5.Os órgãos técnicos dos Ministérios prestarão o apoio e as informações necessárias, quando solicitadas pela Comissão.

6.A Comissão terá um prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar de sua instalação, para apresentar suas conclusões.

Brasília-DF, 20 de agosto de 1986.

JORGE KONDER BORNHAUSEN  
Ministro da Educação

ROBERTO FIGUEIRA SANTOS  
Ministro da Saúde

RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES  
Ministro da Previdência e Assistência Social

## **A REGIONALIZAÇÃO ASSISTENCIAL NO APERFEIÇOAMENTO DAS NAÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE**

ROBERTO FIGUEIRA SANTOS, Ministro da Saúde Brasília,  
Agosto de 1986.

A VIII Conferência Nacional de Saúde apontou, como uma de suas conclusões, que a mudança do Sistema Nacional de Saúde é parte importante do processo de redemocratização de nosso país.

Nesse sentido colocou, como uma situação objetivo a ser alcançada, a proposta da Reforma Sanitária que irá viabilizar um sistema universalizado e igualitário, como decorrência do compromisso político da Nova República – inscrito no I Plano Nacional de Desenvolvimento – de considerar a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

O momento exige reforçar as Ações Integradas de Saúde, o que irá permitir, nos curto e médio prazos, a superação da atual forma de organização plural e desintegrada por uma outra que, respeitando as identidades organizacionais, coloque, sob gestão pública, todas as instituições relacionadas com o setor público, integrando-as, em todas as suas atividades e com todos os seus recursos, de modo que possam responder às necessidades prioritárias da população.

Resulta, daí, uma necessária reafirmação da vontade política de consolidação das Ações Integradas de Saúde Como o eixo estratégico da Reforma Sanitária, fazendo-as avançar, concretamente, para além de uma simples relação convencional entre entidades do setor público.

Isso significará decodificá-las, doutrinária e operativamente, como instrumentos de reorganização dos serviços de saúde, o que remete à questão essencial da formulação e implantação de modelos assistenciais.

A pluralização se justifica pelo fato de que, num país continental como o Brasil, não se poderá pensar num modelo assistencial único mas, ao contrário, em diferentes modos organizacionais, referidos por uma concepção nacional global, porém adaptados às respectivas realidades regionais.

É por isso que se torna imprescindível trabalhar imediatamente, e aproveitando os espaços políticos, jurídicos e institucionais criados pela transição democrática, no sentido da construção, de baixo para cima, de modelos assistenciais que incorporem, gradativamente, nas suas materialidades, a doutrina e os princípios da Reforma Sanitária.

O objetivo principal desses novos modelos assistenciais passa a ser a criação de uma identidade recíproca entre os serviços e a população, onde haja uma mútua transparência, resgatando-se as pessoas como sujeitos dos serviços a elas oferecidos, e não como meros objetos.

De tal forma que a população reconheça nos serviços os "seus" serviços, e os serviços, na população, a "sua" população, criando-se, assim, uma identificação que, de um lado, permitirá a abordagem epidemiológica e, de outro, o controle social dos serviços.

Para que isso possa ocorrer, torna-se necessário reconceber o processo de regionalização que vem sendo adotado em nosso país.

Uma análise crítica da experiência brasileira de regionalização vai mostrar que esse movimento se efetivou, exclusivamente, numa perspectiva político-administrativa, tendo, por conseqüência, baixo impacto sobre a rede de serviços.

Impõe-se repensar essa regionalização administrativa, transformando-a numa regionalização assistencial que tenha como objetivo principal reorganizar os serviços e torna-los eficazes e eficientes.

Daí colocar-se, como a base da organização espacial e funcional do novo sistema, o distrito sanitário, entendido como o módulo, determinado geograficamente, de composição institucional plural e com algum grau de autonomia decisória, onde se desenvolverão o conjunto das ações básicas da saúde, apoiadas por ambulatório especializado e hospital geral.

Essa proposta de construção ascendente e gradual da Reforma Sanitária, para ter conseqüência, precisa ser informada por alguns princípios e diretrizes gerais.

A coerência doutrinária vai implicar que os modelos assistenciais sejam universalizados, equalizados e organizados por níveis de atenção. Ou seja, que garantam a quaisquer pessoas, de quaisquer localidades, através de sistemas de referência e contra-refêrência, acesso a todos os níveis de complexidade tecnológica.

Também, a viabilização desses modelos assistenciais vai exigir uma mudança básica na qualidade do planejamento de saúde que, em função do centralismo autoritário, transformou-se num planejamento exógeno, com o único objetivo de captar recursos de entidades externas ao processo de produção de serviços. Urge adequar o planejamento para que cumpra o seu papel na reorganização dos serviços, o que vai implicar uma valorização relativa da atitude estratégica e da programação local integrada, elaborada a partir de critérios epidemiológicos.

Do ponto de vista gerencial, é fundamental que se considere a gestão colegiada, porém, com mando único, a fim de que as responsabilidades institucionais possam ser identificadas pela população. Trata-se de dar rosto aos serviços de saúde.

Além disso, deverá haver uma adequação das instâncias gestoras das Ações Integradas de Saúde aos novos modelos assistenciais, com a conseqüente redefinição de papéis, composição e mecanismo de funcionamento.

Os distritos sanitários deverão superar, na concretude de seus serviços, a artificial e deliberada dicotomia entre "atenção médica" ou "atenção à saúde das pessoas" e "saúde pública" ou "saúde coletiva".

Assim, é preciso obedecer ao princípio da integralidade da atenção, através do qual aquela falsa divisão desapareça pelo pronto atendimento à demanda espontânea – o fator de legitimação social dos serviços – e a inserção de determinadas condições ou agravos em atividades de oferta organizada – o fator de legitimação epidemiológica. Ademais, a integralidade vai conduzir ao desenvolvimento, a nível de distrito sanitário, de atividades de vigilância sanitária e de controle de endemias e do meio ambiente.

A possibilidade de uma oferta organizada de serviços para condições e agravos possíveis de uma ação ativa e periódica, impõe a necessidade de algum tipo de adscrição de clientela, seja individual, familiar ou geográfica.

O princípio da descentralização administrativa coloca, como imprescindível e politicamente urgente, a municipalização das ações de saúde.

Não há que se obstar a essa evidência mas a questão deveria ser recolocada como a necessidade da restauração do poder local num quadro mais geral de redefinição dos papéis das diversas instâncias governamentais, sob a égide de uma reforma fiscal que compatibilize obrigações transferidas e recursos.

Mesmo porque, algumas vezes, os limites de um distrito sanitário irão transcender um município para se confundir com uma microrregião

De início, os modelos assistenciais deverão prever, na sua concepção, segundo as prioridades definidas nas Ações Integradas de Saúde, a participação de instituições filantrópicas, o que vai implicar numa reorientação das ações dessas organizações, que não atuarão isoladamente, mas como parte do modelo assistencial, em um espaço determinado.

Isso significa inseri-las na rede hierarquizada de serviços, colocá-las sob a gestão das Ações Integradas de Saúde e programá-las segundo critérios epidemiológicos.

Neste momento, assume grande relevância política a implantação imediata do convênio-padrão com as entidades beneficentes ou filantrópicas, o que equivale a reconhecê-las, de direito e de fato, como entes públicos de caráter não estatal.

Os modelos assistenciais deverão buscar formas democráticas que permitam o efetivo controle da população sobre os serviços.

Tal controle deve ser exercido pela sociedade civil organizada, mediante participação direta ou delegada e/ou mecanismos de pressão, nas diversas instâncias gerenciais ou operativas do sistema de saúde, especialmente a nível do distrito sanitário.

E será a possibilidade mesma desse controle social que vai imprimir, a um sistema universalizado e equalizado, o seu conteúdo democrático.

Assim concebidos e implantados, tais modelos assistenciais estarão coerentes com o espírito da Nova República, com os princípios da Reforma Sanitária e com a estratégia de Ações Integradas de Saúde.

Tais idéias, já maduramente refletidas, estão a exigir uma firme decisão política de implementá-las. Ou seja, uma opção por fazer, agora.

Isso leva ao estabelecimento de uma estratégia de implantação dos novos modelos assistenciais que poderá, grosso modo, guiar-se pelos seguintes passos táticos:

1. Homogeneizar e difundir conceitos relativos à interpretação das Ações Integradas de Saúde como estratégia e seus modelos assistenciais, principalmente a concepção de distrito sanitário. A concretização desse passo irá exigir um amplo processo de mobilização nacional envolvendo Ministérios, INAMPS, Secretarias estaduais e municipais, entidades filantrópicas, prestadores e usuários dos serviços;
2. Delinear a metodologia de definição dos distritos sanitários;
3. Definir, nas unidades federadas, imediatamente, todos os seus distritos sanitários:

4. Adaptar os instrumentos de políticas institucionais às exigências dos novos modelos assistenciais. Uma ênfase especial deve ser dada à Programação – Orçamentação Integrada de 1987 (POI/87) que deverá, obrigatoriamente, ter como objeto programático o distrito sanitário;
5. Escolher, em cada unidade federada, um conjunto de distritos sanitários que serão objeto de uma concentração relativa de esforços de planejamento, acompanhamento e avaliação, sem que isso signifique uma opção por projetos-piloto. A seleção desses distritos sanitários poderá envolver, dentre outras, as variáveis de tipicidade dentro do estado e viabilidades políticas e técnicas.



PRONUNCIAMENTO DO EXMO. SR. RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES,  
MINISTRO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Por ocasião da SESSÃO DE INSTALAÇÃO  
DA COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA.

Brasília, Agosto de 1986.

Creio que não poderia haver momento mais oportuno para estarmos aqui reunidos, dirigentes dos órgãos prestadores de serviços de saúde das várias esferas governamentais, profissionais de saúde e representantes dos usuários dos serviços.

A oportunidade está também, a exemplo do que ocorreu quando da organização da VIII Conferência Nacional de Saúde, no empenho comum dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação, para que esta reunião se realizasse, dentro do objetivo de aproximação, de integração, de responsabilidade compartilhada e crescente, diante da grave situação sanitária do país, nas suas vertentes condições de saúde da população e sistema prestador de serviços.

Dentro da simbologia em que nos movemos, apreendemos desta reunião, ainda, a importância da participação da ponta da linha; representada pelos órgãos estaduais e municipais, envolvidos na prestação direta dos serviços, e a representação dos usuários, marcada por organismos da sociedade civil, que, decerto, darão o tom do quanto precisamos caminhar para a consecução do nosso alvo maior: a saúde reconhecida e praticada como direito inalienável do cidadão, cabendo ao Estado assegurá-la. Esta participação terminal nos evoca o caminho da descentralização, seja sob o prisma administrativo da própria prestação de serviços, seja sob o da insubstituível e indescartável participação da população no acompanhamento e avaliação dos serviços que lhes são, ofertados.

Consoante com as preocupações antes enunciadas, creio que o tema central deste seminário – as Ações Integradas de Saúde – sintetiza bem o que o governo da Nova República assumiu no campo da saúde: a integração inter-institucional, a universalização da cobertura assistencial, a igualização do atendimento, a descentralização e a criação de canais, através dos quais a população exerça o seu preclaro direito de opinar e intervir sobre o funcionamento dos serviços.

Não me parece necessário discorrer para os senhores sobre a importância e o significado de cada uma dessas proposições, já dissecadas em inúmeros documentos e discursos. A minha proposta é outra, e apela para o nosso compromisso para com a melhoria das condições de saúde da população que, embora transcendendo ao campo da prestação de serviços, passa por ele, e nele temos um papel a desempenhar. Eu os convido a repensarmos as Ações Integradas de Saúde, a recriá-las – elas são, enquanto proposta formal, uma herança do regime autoritário que abolimos.

A origem das AIS se prende ao quadro doloroso, engendrado pela política econômica catastrófica e antipopular dos estertores do autoritarismo. Ao es -

colher a via recessiva, que não abalou a inflação conforme ditavam os cânones monetaristas, a Previdência Social se viu – já que a sua vitalidade está intimamente ligada à política de empregos – na contingência de se inviabilizar. Inicialmente os gastos com saúde, que já haviam representado até 30% do orçamento previdenciário, foram comprimidos para algo em torno de 20%. Note-se que as despesas com aposentadorias, pensões e outros benefícios são considerados incompressíveis, se bem que a criatividade perversa dos nossos administradores de então tenha inventado estender as contribuições compulsórias aos miseráveis proventos daqueles que não mais labutavam no sistema produtivo. Um outro aspecto a ser salientado é o quase desaparecimento da contrapartida da União para com o sistema previdenciário, já legalmente fixado em termos iníquos, dentro da política desumana de restringir gastos em todo o setor social. Ainda hoje, os gastos com saúde no Brasil atingem apenas cerca de 4% do PIB, o que nos coloca em situação de nítida desvantagem mesmo na América Latina.

Um agravante do quadro, no campo da prestação de serviços de saúde, foi o próprio modelo hegemônico setorial, que privilegiou a contratação de serviços em detrimento dos setores próprios e governamentais. Sem um sistema de controle adequado, a incorporação de serviços se deu de acordo com a pressão da oferta e em dissonância com o perfil de necessidades, passível de ser estabelecido por parâmetros epidemiológicos – sociais.

Com a retração dos recursos, acumulou-se uma defasagem entre custos reais e remuneração paga pelos serviços contratados e conveniados. Se como expediente mantenedor da taxa de lucratividade, uma parcela dos prestadores privados recorreu às fraudes, o subsetor público, próprio ou conveniado, submetido a um processo mais acentuado de sucateamento físico e funcional, deixou-se encolher, submetido a uma burocracia descompromissada com o seu destino.

Neste contexto de crise, as AIS vieram cumprir, por um lado, o papel de panacéia ideológica, na medida em que incorporavam conceitos modernos e vanguardistas, e, de outro, representavam uma proposta racionalizadora diante da necessidade de ordenamento do setor e estancamento de gastos. De qualquer forma, ensejavam o reposicionamento do setor público no quadro assistencial.

O certo é que as AIS, concebidas como programa, não consubstanciaram o que prometia a sua retórica, com poucos municípios incorporados e poucos recursos alocados.

A partir do Governo da Nova República, as AIS começaram a ser reconstruídas, como concepção e instrumento de intervenção. Assim é que dos 207 bilhões de cruzeiros gastos em 1984 (em torno de 4% do orçamento do INAMPS), graças ao processo de expansão implementado e à melhoria da produtividade dos serviços, a Previdência despendeu 1,7 trilhão em 1985 (10% do orçamento do INAMPS). Para o corrente exercício, estão orçados 6 bilhões de cruzados para manutenção e expansão (aproximadamente 14% do orçamento do INAMPS).

Ainda, pelo lado quantitativo, teremos coberto até o final do ano, com o conjunto dos órgãos federais, estaduais e municipais, mais da metade dos 4.104 municípios brasileiros e aproximadamente 90% da população do país.

Mas o grande salto de qualidade que nos está a desafiar diz respeito à concepção das AIS. Elas não se esgotam na proposta de racionalização de servi-

ços, tampouco são apenas um processo em si de viabilização progressiva de uma estrutura de saúde regionalizada, muito menos são um mero instrumento de repasse de recursos financeiros da Previdência e de outras instituições aos Estados e Municípios.

As AIS foram erigidas à condição de estratégia setorial comum, e mostraram as suas potencialidades, tanto na mobilização de forças políticas articuladas e poderosas quanto na reestruturação do setor público como prestador de serviços de saúde.

Concebidas de modo diferente, creio que as AIS representam uma estratégia importante para a Reforma Sanitária do país. Cabe o nosso empenho em aperfeiçoá-las e aprofundá-las. A proposta contida no documento elaborado conjuntamente pelos três ministérios e que está sendo submetida aos senhores, contempla as nossas preocupações com a descentralização, a integração ao nível da prestação dos serviços e a humanização, que depende da mudança do próprio conteúdo das práticas médicas vigentes.

A regionalização e a definição do distrito sanitário, com população a ele adstrita, significa que os serviços assistenciais, e particularmente o atendimento médico, necessitam ser referidos a uma população concreta, que mora e trabalha num espaço definido. As relações entre usuários do sistema de saúde e unidades, ou profissionais, necessitam ser extremamente próximas. O controle social só é eficaz quando a responsabilidade governamental está claramente identificada, através da gestão local única, e expressa num serviço de saúde e nos seus profissionais, situados nas proximidades dos locais de trabalho e moradia, num "locus" real constituído pelo bairro, município ou grupo de municípios.

Agora, a título de contraponto, chamo a atenção dos senhores para algumas preocupações que nos impõem a grande e comum responsabilidade que temos pela frente. Se, em termos de produtividade, a tendência aponta para o êxito, estamos preocupados com a resolutividade dos serviços prestados. Esta resolutividade é indispensável para que a população absorva e legitime os serviços através da sua procura e da sua participação em órgãos como os Conselhos Comunitários e instâncias gestoras das próprias AIS.

A questão da referência precisa ser equacionada ao nível das localidades e regiões, de tal forma que se garanta a integralidade do atendimento. Nesta área, um grande passo para o aprofundamento e consolidação das AIS foi dado recentemente, com a incorporação dos hospitais filantrópicos dentro de uma modalidade convenial que padroniza a forma de remuneração, garante o seu atendimento universal e institui um índice de valorização que excede a sua qualificação técnica restrita, premiando a sua articulação dentro das redes municipais ou locais de saúde. Os hospitais assim classificados, representando em torno de 50% dos leitos implantados no país, garantem referência hospitalar às AIS, tirando-as do gueto da assistência ambulatorial, na medida em que são raros e acham-se concentrados os leitos públicos.

Outro ponto que nos exige atenção está afeto à compreensão de que esta parceria, para resultar eficaz, requer que os parceiros não permitam a regressão de seus próprios orçamentos, com o que, ao invés da soma e da articulação de recursos, teríamos a mera substituição, sem nenhum benefício para a população. Parece-nos louvável o empenho para a padronização percentual da destinação de recursos orçamentários das várias esferas de governo para a saúde,

de tal forma que flutuações de ênfase político-administrativa não inviabilizem o esforço acumulado.

Também é preciso, sem dúvida alguma, que as instituições se debrucem num grande esforço, a fim de evitar o empreguismo, os privilégios, o centralismo e o autoritarismo, impostos ou até mesmo cooptados na cultura da instituição, o que não só dificulta a agilização necessária das respostas às demandas, como, e principalmente, segrega ou isola o Estado, enquanto poder de Estado da Sociedade Civil.

Outra necessidade diz respeito à transparência da participação das várias instâncias integradas, de modo que a consolidação dos programas traduza um posicionamento objetivo, capaz de, reforçando a confiança entre os parceiros, poder chegar até os usuários dos serviços e à opinião pública. Só com o acesso sem barreiras às informações de interesse comum, poderemos caminhar com segurança para a superação da relação compra-e-venda de serviços dentro das AIS. Um importante passo nesta direção tem sido o processo proposto de Programação-Orçamentação integrada que, embora sujeito a aprimoramentos e adaptações, precisa ser entendido como instrumento valioso para o planejamento integrado e transparência das informações. Por último, gostaria de desejar à Comissão da Reforma Sanitária, que hoje se instala, um trabalho profícuo, na elaboração e formulação de propostas que conduzam à reorganização setorial, de forma que sejam eliminadas as distorções e desvios hoje verificados no nosso sistema de atenção à saúde.

Aproveito a oportunidade para convidar todos os senhores a participarem amanhã, às 15:30h, da solenidade em que o Senhor Presidente da República instituirá o Conselho Superior da Previdência Social, que restitui aos trabalhadores e empregadores o seu direito, expoliado pela ditadura, de participação gestora nos destinos da Previdência Social. Trata-se de uma velha e justa reivindicação, que o governo do Presidente José Sarney resgata com vigor e sensibilidade.

## **PRONUNCIAMENTO DO EXMO. SR. JORGE KONDER BORNHAUSEN, MINISTRO DA EDUCAÇÃO**

Seminário: Os Hospitais Comunitários nas Ações Integradas de Saúde – Ensino e Assistência.

Brasília, agosto de 1986.

É com enorme satisfação que participo desta solenidade de abertura do seminário "Os Hospitais Universitários nas Ações Integradas de Saúde – Ensino e Assistência", que congrega, pela primeira vez, as lideranças das universidades brasileiras na área de saúde, bem como os representantes, secretários e coordenadores regionais de saúde dos Ministérios da Saúde e Previdência Social.

Considero bastante oportuna a realização deste evento no momento em que o Presidente José Sarney acaba de lançar o Plano de Metas, instrumento por excelência de direcionamento da ação governamental até 1989.

É também a primeira vez que, na condição de Ministro da Educação, tenho a oportunidade de me pronunciar em relação ao ensino médico e ao papel estratégico que cabe aos hospitais universitários e de ensino no processo de transformação do setor de saúde.

O Brasil se prepara para um ambicioso programa de reforma sanitária, como forma de garantir nova organização democrática dos serviços de saúde. Esta nova organização deverá se dar de forma regionalizada, instituindo os denominados **Distritos Sanitários**, que terão como locais prioritários de intervenção, os municípios, os bairros e as comunidades.

O Ministério da Educação participa diretamente, através das universidades e hospitais universitários, da estratégia de integração programática entre as instituições de saúde pública (federais, estaduais e municipais) e demais serviços, com vistas ao desenvolvimento dos sistemas estaduais de saúde, em consonância com a política traçada pelas ações integradas.

Cumprе manifestar aqui a posição do Ministério da Educação e explicitar suas responsabilidades como coordenador do sistema formador de recursos humanos no País, no qual a Universidade desempenha um papel proeminente.

No processo de implantação das ações integradas de saúde, deverá ficar clara a definição de co-responsabilidade do Hospital Universitário e das instituições de ensino superior por uma área, ou região de saúde. A função do hospital como órgão prestador de serviços, deverá fortalecer e beneficiar as outras duas funções precípua da universidade, quais sejam, as do ensino e da pesquisa.

De fato, o hospital de ensino, por sua própria natureza, reúne os recursos humanos e tecnológicos que, normalmente, o situam no vértice de uma pirâmide de serviços regionais e hierarquizados, funcionando principalmente como Hospital de Referência de Nível Terciário.

O hospital de ensino não deve ser o único cenário de treinamento para a preparação geral do médico. Ambulatórios e unidades de saúde de diferentes

níveis, inclusive periféricos deverão ser utilizados, juntamente com o hospital de ensino. Este último, por possuir unidades mais diferenciadas, completa a necessária formação técnico-científica do alunado.

A necessidade de utilização efetiva, para o ensino, de toda a rede de saúde em que o hospital se situa decorre do compromisso social da escola médica.

Os hospitais universitários e de ensino foram as instituições de saúde que mais responderam aos estímulos proporcionados pelas Ações Integradas de Saúde.

Estes hospitais têm sob sua responsabilidade, além do atendimento primário, secundário e terciário, o desenvolvimento da medicina de ponta, introduzindo os necessários avanços científicos que possibilitarão ao nosso País alcançar a sua desejada independência científico-tecnológica.

É importante ressaltar que o único recurso para o atendimento integral à saúde, do qual se vale o 4º extrato, os indigentes de nossa população, ainda é a instituição universitária, através de seus hospitais e ambulatórios.

O Ministério da Educação, reconhecendo a importância e responsabilidade dos hospitais e escolas na área de saúde, repassou, no último dia 11,85 milhões de cruzados destinados à recuperação física, em caráter emergencial, dos hospitais universitários. Ainda, visando a melhoria da qualidade do ensino e da prestação de serviços, outros 86 milhões foram destinados à aquisição de equipamentos.

Com a instituição das comissões de especialistas nas diversas áreas de ensino, configura-se o início de transformações e de novas posturas. Está-se lutando pela modificação dos currículos, adaptando-os tanto quanto possível à realidade nacional, sem, contudo, perder-se de vista a função primordial da universidade, radicada na formação integral do cidadão.

Não são, outras as razões pelas quais documentos autorizados acerca da educação médica, antigos e recentes, nacionais e estrangeiros, insistem na necessidade da formação geral humanística, no apreço da relação médico-paciente, na responsabilidade do médico perante a sociedade, na valorização do dever ético da profissão.

Dentre as comissões de especialistas na área da saúde, a Comissão de Ensino Médico propõe que, face às oportunidades de ampla formação pós-graduada, será indispensável assegurar a terminalidade do curso de medicina, proporcionando ao estudante sólida formação básica e preparo para a educação continuada.

O grau universitário é apenas o fim do começo, e não significa mais do que tornar um homem apto a aprender seu ofício, através de mais experiência e educação. Este é outro desafio ao ensino de graduação: assentar as bases da educação permanente.

O Ministério da Educação se responsabilizará, através das universidades e secretarias estaduais e municipais de educação, pela coordenação integrada dos programas que visam a definir estas políticas nacionais de formação de recursos humanos para a área de saúde.

Este comprometimento é fundamental para que a formação dos profissionais da saúde se faça em novas bases.

Assim, dentro da nova política nacional de saúde a ser formulada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), que foi instituída pelos Ministérios da Educação, Saúde e Previdência Social, caberá às universidades e esco-

las médicas, sob a égide do Ministério da Educação, ajustar a formação de recursos humanos às necessidades sociais de prevenção das doenças, promoção e recuperação da saúde.

Na formação destes recursos humanos há que se considerar dois aspectos principais: 1º) Que o acesso às ações de saúde constitui um direito inalienável de toda a população; 2º) Que deverão ter sempre elevado nível ético, técnico e científico, quer no atendimento às necessidades da população, quer no ensino a ser ministrado.

Conseqüentemente, as instituições de formação deverão garantir, na formulação dos seus planos para o desenvolvimento de um bom ensino e de uma boa assistência, o equilíbrio entre a formação e o serviço prestado.

Cabe às instituições formadoras, através dos hospitais universitários e de ensino, em articulação direta e permanente com a comunidade usuária, definir seus recursos humanos, de forma qualitativa, em função de uma política de saúde claramente delineada.

O MEC conta com 34 hospitais universitários próprios, com capacidade de 11.000 leitos. Juntamente com os demais sob a supervisão do Ministério da Educação e dentro do Convênio MEC/MPAS, perfazem um total de 96 hospitais universitários e de ensino, com 32.000 leitos, mais de 2.000 salas de ambulatório e um corpo clínico-docente de cerca de 11.000 médicos. Esta estrutura representa considerável contribuição prestada pelas instituições formadoras, no contexto global, à assistência e à saúde no País.

Nunca é demais ressaltar que, o Ministério da Educação, ciente de sua responsabilidade como coordenador do sistema de formação de recursos humanos do País, depositário dos pleitos das instituições de ensino superior, pelo muito que lhe é exigido, e sensível às carências de nossas populações rurais e urbanas, por não receberem qualquer atendimento ou o terem de forma precária, conclama a todas as instituições responsáveis pela saúde de nosso povo para que, integradamente, estabeleçam uma política nacional de saúde capaz de contribuir de forma efetiva para a reforma sanitária e, ao mesmo tempo, oferecer subsídios à Nova Constituinte.





# **BASES PARA O APERFEIÇOAMENTO DAS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**

Documento elaborado por técnicos do Ministério da Saúde e do INAMPS e encaminhado aos Ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social e à CIPLAN.

Brasília, julho/agosto de 1986.

## **Introdução**

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

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

Este quadro decorre basicamente de:

1. Abandono do setor social pelos governos anteriores, nele incluído a saúde;
2. Falta de transparência na aplicação dos recursos públicos, o que contribui para seu uso dispersivo, sem atender as reais necessidades da população;
3. Vigência de uma política de saúde implícita, que se efetiva ao sabor de interesses (em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços), acentuatadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde;
4. Modelo assistencial caracterizado por:
  - Ausência de mecanismos que assegurem fluxo de pacientes ao longo dos diferentes níveis de complexidade do sistema, bem como permitam entrada definida na base do sistema.
  - Falta de resolutividade na rede de serviços, decorrente, principalmente, de uma inadequada política de recursos humanos, medicamentos e equipamentos.
  - Dificuldades na articulação da prestação de serviços de medicina curativa, com os serviços típicos de saúde pública e de medicina preventiva.

- Ausência de um planejamento ascendente, participativo, com base nas realidades locais.
  - Centralização do processo decisório sobre todos os níveis operacionais do sistema, o que leva a baixa responsabilidade do nível operacional, dificulta o controle social e resulta num efeito paradoxal de pulverização nas bases do sistema.
5. Ausência de clara definição de responsabilidade de cobertura assistencial por parte dos prestadores de serviços públicos ou privados, levando à duplicidade nas prestações e falta de continuidade e seguimento, particularmente dos profissionais médicos.
  6. Ausência de controle social efetivo por parte dos usuários, seja diretamente através da relação com o prestador, seja indiretamente através de mecanismos de representação (conselhos comunitários, associações de moradores).

Não pode se negar, no entanto, avanços significativos que ocorreram a partir da Nova República com a implementação da estratégia de Ações Integradas de Saúde, que se caracteriza por:

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

A ampla reforma sanitária exigida pela realidade brasileira obriga-se a reverter os problemas críticos da conjuntura, gerando mecanismos eficazes de combate às doenças de massa e de universalização do direito de acesso aos serviços de saúde pela população. Ao mesmo tempo, deve avançar em profundas mudanças estruturais no setor, produzindo um modelo de prestação de serviços à população de novo tipo.

A experiência concreta das Ações Integradas de Saúde na reorganização dos serviços constitui o eixo estratégico das mudanças, baseado no direito universal de acesso igualitário aos serviços, na descentralização acelerada para as instâncias estaduais e municipais através, principalmente, da programação-orçamentação integradas das ações de saúde, e na ampla participação da população na gestão dos serviços.

A reforma sanitária brasileira enfrenta o desafio da integração das ações de saúde, aprofundando as relações de integração entre as Instituições de saúde (conquistadas pelas AIS) e avançando na plena identificação de responsabilidades, no que diz respeito à de cobertura assistencial à população e a resolutividade das práticas concretas, desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

A população brasileira, identificada concretamente com seus locais de trabalho e moradia, é o objeto primeiro do processo. As práticas de saúde coletiva, a atuação sobre o meio-ambiente, o controle das doenças endêmicas e epidêmicas exigem que a organização dos serviços esteja referida a uma base geográfica e população concreta: a região, o município, o bairro, com seu conjunto de moradias e famílias.

Os serviços assistenciais, e particularmente o atendimento médico, necessitam também ser referidos a uma população concreta, que mora e trabalha num espaço definido. As relações entre usuários do sistema de saúde e unidades, ou profissionais, necessitam ser extremamente próximas. O controle social só é eficaz quando a responsabilidade governamental está claramente identificada, concretizada numa unidade de saúde e nos seus profissionais, situados nas proximidades dos locais de trabalho e moradia, num "locus" real constituído pelo bairro, município ou grupo de municípios.

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

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

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

Importa menos qual a instituição responsável pelo atendimento direto à determinada parcela da população, se federal, estadual, municipal, previdenciária ou qualquer outra. Importa centralmente que os serviços estejam voltados, tanto os de natureza preventiva como curativa, para a população dos bairros, com suas associações de moradores e demais formas de organização, para os municípios com seus poderes executivos e representações políticas parlamentares, sindicais e comunitárias, situadas em extrema proximidade e intimidade com o cotidiano da população. É fundamental a organização dos sistemas estaduais de saúde, conformados pelos diversos municípios e distritos sanitários e complementados pelas ações de competência do próprio Estado e da União.

Em realidade, a Reforma Sanitária Brasileira é um processo em andamento e, as Ações Integradas de Saúde, o principal instrumento estratégico que garante sua viabilidade e factibilidade. As AIS, em seu atual estágio, já incorporam as redes de serviços de cerca de 1300 Prefeituras e a totalidade de capacidade instalada (pública federal e estadual), que nos dois últimos anos vem sendo recuperada e ampliada. O aprofundamento da integração ao nível da programação e execução das ações e da compatibilização orçamentária, a partir de Programação e Orçamentação Integradas; a universalização do atendimento e a equalização das ações oferecidas à populações rurais e urbanas; o início de um processo que permite à população o controle social dos serviços, confirmam de maneira inequívoca o acerto das Ações Integradas de Saúde enquanto política de Governo. A perspectiva próxima de amplo debate sobre a Reforma Sanitária exige, do conjunto das instituições envolvidas, todo o empenho no aperfeiçoa-

mento das Ações Integradas de Saúde na direção da plena consecução dos seus objetivos.

## **PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **Regionalização e Municipalização**

A partir de constatação da atual inoperância e insuficiência da rede de serviços de saúde para fazer frente ao quadro sanitário, determina-se medidas que avançam substantivamente o atual estágio das AIS, com as seguintes diretrizes gerais:

1. Reduzir as desigualdades, através da reorientação dos gastos, com a conseqüente expansão da oferta de serviços para os contingentes populacionais de menor cobertura. Os processos em curso implicam na universalização dos cuidados à saúde, garantindo o acesso aos serviços da população não previdenciária:

– equiparação da assistência médica prestada à população rural àquela prestada aos segurados urbanos, garantindo a utilização dos serviços de saúde urbanos à clientela rural;

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

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

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

– desenvolvimento de mecanismos, na base do sistema, de programação e orçamentação integradas, apontando na direção de um ordenador único de despesa e da gestão unificada.

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

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

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

6. Garantir a participação comunitária em todos os níveis de gerência da rede de serviços, desde o funcionamento de cada unidade de saúde individualizada até as completas redes municipais, distritais e estaduais, através do reconhecimento dos Conselhos Comunitários, nos termos do recente Decreto Pre-

sidencial, das formas de organização da população e de sua permanente presença nas instâncias gestoras das AIS.

7. Integrar as ações tradicionais de alcance individual e curativo àquelas de alcance coletivo, tais como as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, o combate às endemias e doenças infecciosas.

## **ESTRATÉGIAS DE REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA**

1. O modelo proposto busca reverter as principais deficiências da situação atual, centrando-se na descentralização, na plena identificação da responsabilidade de cobertura assistencial e na resolutividade das práticas concretas desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

2. A busca da resolutividade das práticas exige uma nova proposta de organização do processo de trabalho dos profissionais, fundada numa interação direta e permanente entre profissional e usuário, mesmo na porta de entrada do sistema. O médico, como os demais profissionais, não mais poderá ter sua tarefa definida como um quantitativo diário de consultas, mas deverá responsabilizar-se por um segmento determinado da população, seja através da designação de um setor territorial/populacional sob sua responsabilidade, seja através da designação das famílias desse setor ou da inscrição voluntária de usuários em lista de cobertura de cada médico.

3. A interação entre profissional e indivíduo, família ou comunidade completa-se no conjunto das atividades da unidade. Esta nova composição de função de produção não será alcançada apenas com medidas de natureza institucional e administrativa. Apenas o controle e a participação real dos usuários na gerência das unidades sanitárias conseguirá garantir o estabelecimento destas relações de novo tipo.

4. A definição da responsabilidade de cobertura assistencial de cada unidade de saúde, e de seu conjunto hierarquizado, organizado em rede de serviços, cumpre a dupla função de completar o perfil resolutivo necessário e impedir a proliferação multiforme de ações que não resulta na incorporação de parcelas até então excluídas da atenção, nem na melhoria dos serviços.

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

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

6. A integridade e a resolutividade das ações exige que o desenho do sistema atinja níveis mais complexos, incluindo, no mínimo, atendimento hospitalar de urgência e internação nas especialidades médicas básicas. O sucesso do sistema está estritamente ligado a sua capacidade de atender aos postos de saúde da população sem descontinuidades. A credibilidade depende, em mui-

to, da garantia de referência dos pacientes aos níveis hierárquicos superiores, sempre que necessário.

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

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

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

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

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

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

## **APROFUNDAMENTO DAS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE**

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

Nenhuma mudança efetiva virá a ocorrer no setor saúde sem um aumento concreto do aporte de recursos para o desenvolvimento dos programas e ações e o funcionamento das unidades. Os recursos oriundos do INAMPS e do Minis-

tério da Saúde tem que se somar às parcelas crescentes dos orçamentos estaduais e municipais destinados à saúde. A expansão do gasto público em saúde deve ocorrer através de todas as fontes participantes das AIS, criando-se mecanismos que garantam a não retração dos recursos aportados por qualquer das instituições. Particularmente, os instrumentos de implantação das AIS deverão conter clara definição das contra-partes dos estados e municípios aos recursos federais aportados.

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

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

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

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

A Programação e Orçamentação Integrada (POI), realizada para 1986, mostrou-se instrumento crítico para a consolidação das AIS. Para 1987, determina-se que a POI avance ao nível de cada município e, com base nos perfis epidemiológicos de cada realidade, defina a integração das atribuições institucionais e a organização da rede de serviços. O "fundos" locais, municipais e regionais de recursos devem ser organizados em íntima relação com as programações concretas, permitindo o efetivo controle da aplicação dos recursos e do cumprimento da programação por todas as Instituições e pela Sociedade.

A questão da avaliação e do acompanhamento das AIS na ampliação dos recursos e na sua aplicação real, na produção de serviços e sua resolatividade, na efetiva integração das ações, na descentralização e na construção da estrutura gerencial merece especial destaque no contexto da Reforma Sanitária. A

maturidade das AIS e o grau de consciência das instituições envolvidas permitem que o processo de avaliação se dê em profundidade e que o acompanhamento seja permanente e produza medidas de impacto na plena implantação da proposta.

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

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

O momento atual coloca às instâncias gestoras o desafio de rápida agilização do seu desempenho gerencial. A prática colegiada na programação necessita conquistar unicidade na execução das ações, permitindo que os "fundos" de recursos sejam utilizados com impacto na quantidade e na resolutividade dos serviços produzidos. A descentralização e a unificação da gerência nos níveis locais e municipais tem que estar acompanhada de intensa democratização, ampliando-se a participação da sociedade civil, com ênfase nos usuários dos serviços. Os conselhos Comunitários, já criados nas unidades do INAMPS através de recente decisão do Exm.º Sr. Presidente da República, deverão ser estendidos a todas as unidades públicas de saúde.

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

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

## **REORIENTAÇÃO DAS POLÍTICAS SETORIAIS DE INSUMOS BÁSICOS EM SAÚDE**

### **Recursos Humanos**

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

Os principais pontos de reorientação dessas políticas serão:

- Definição explícita das políticas nacionais, estaduais e locais de formação de recursos humanos, nos diferentes níveis;
- Estabelecimento de critérios de seleção e recrutamento ajustados à realidade dos serviços;



- Obrigatoriedade de concurso público para todas as instituições do setor público federal, estadual e municipal, tanto da administração direta quanto da indireta;
- Estabelecimento gradativo da isonomia salarial, nos serviços públicos, para todas as categorias;
- Adoção de mecanismos que incentivem o trabalho em tempo integral ou dedicação exclusiva;
- Estabelecimento de mecanismos contratuais que levem ao efetivo cumprimento concomitante de carga horária e produção mínima;
- Implantação de planos de carreira com possibilidades de progressão horizontal e vertical, a partir de avaliações de desempenho;
- Integração serviço e ensino – tendo como eixo a investigação – através de modelos assistenciais localizados em espaços-populações concretas;
- Estruturação de órgãos de desenvolvimento de recursos humanos em todas as instituições públicas e estímulo à preparação de pessoal técnico para o exercício dessas funções.

## **Medicamentos e Imunobiológicos**

1 – Produção de medicamentos, matérias-primas, insumos e imunobiológicos;

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

2 – Comercialização e distribuição de medicamentos:

- a) fortalecimento da CEME, dotando-a de estrutura gerencial e administrativa ágil e rápida;
- b) revisão de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME e elaboração de momento terapêutico da RENAME revisada;
- c) racionalização dos mecanismos e estrutura de distribuição de medicamentos e imunobiológicos por todos os níveis do sistema, baseados na integração inter-institucional;
- d) transformação do programa de emergência de medicamentos básicos, com recursos do BNDES/FINSOCIAL, em atividade permanente de distribuição gratuita de medicamentos pela rede de serviços;

- e) estímulo ao desenvolvimento e melhoria da rede de laboratórios de controle de qualidade de matérias-primas, imunobiológicos e medicamentos;
- f) incentivo à formação de recursos humanos para atuarem na guarda e dispensação de medicamentos, principalmente farmacêutico.

3 – Outros aspectos:

- a) incentivar alterações do currículo médico e das demais profissões da área de saúde, enfatizando a terapêutica;
- b) imposição de restrições legais à propaganda de medicamentos;
- c) restrição ao uso dos nomes de fantasia dos 40 medicamentos básicos, obrigando-se ao uso do nome genérico.

## **TECNOLOGIA**

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

Políticas de desenvolvimento tecnológico:

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

Dentre outras, serão implementadas as seguintes:

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



