

considerações sobre o prev-saúde

Já se vão mais de 4 anos, um grupo de profissionais, docentes e pesquisadores da área da saúde houve por bem canalizar seus esforços na luta pela melhoria das condições de vida e saúde do povo brasileiro, através de uma entidade de caráter nacional especialmente criada para cumprir com esses anseios — o CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

Desde o começo esteve sempre muito presente entre todos a idéia de que a conquista da saúde pela população brasileira era algo profundamente relacionado com a própria luta pela democracia. Essa compreensão, que permitiu a crescente aglutinação de pessoas, ampliando e multiplicando os núcleos locais da entidade, garantiu o consenso no enfrentamento do obscurantismo de então e na busca de alternativas de organização do sistema de saúde em consonância com os avanços das conquistas democráticas.

O ressurgimento de antigas entidades associativas na área, a partir da conquista de maior representatividade das mesmas, o surgimento de outras, a construção de alguns “movimentos” e o encaminhamento de muitas lutas de caráter profissional e popular tem encontrado sempre no CEBES um fulcro de convergência e identificação, dado o caráter amplo, extenso e aberto da entidade, o que confere legitimidade às suas lutas e uma confirmação da sua plataforma — a saúde e a democracia. Nesse caminhar, conquistando juntamente com outros setores da sociedade civil novos espaços de luta e trabalho, vêm-se delineando algumas estratégias concretas e possíveis que, o CEBES entende, são condições indispensáveis para o Estado começar a resgatar imediatamente a dívida que tem com todos os brasileiros no que diz respeito à sua saúde.

Essas estratégias, altamente consensuais entre os técnicos do setor, especialmente aqueles ligados à “saúde pública” e ao planejamento da assistência médica, têm sido amplamente debatidas e aprofundadas, em várias ocasiões em forma pública e, continuamente, no interior do CEBES através de seus quase 30 núcleos espalhados pelo país. Seus pontos principais podem ser resu-

midados como a seguir:

I — Criar o Sistema Único de Saúde (SUS).

II — Outorgar ao Ministério da Saúde a direção do SUS com a tarefa de planejar e implantar em conjunto com os governos estaduais e municipais a Política Nacional de Saúde. O órgão deve ter poder normativo e executivo, inclusive sobre o setor privado e empresarial, sendo controlado permanentemente pela população através de suas organizações representativas, via mecanismos claramente estabelecidos e institucionalizados.

III — Definir a Política de Assistência Médica, atualmente levada a cabo pelo INAMPS, já então enquadrado e disciplinado pelo órgão diretor do SUS, mediante a suspensão imediata dos convênios e contratos de pagamento por unidades de serviços para a compra de atos médicos ao setor privado empresarial, substituindo-os por subsídios globais; estabelecer mecanismos efetivos de controle destas unidades contratadas que impeçam conseqüências danosas como o aviltamento dos salários dos profissionais e a diminuição da qualidade do atendimento, controle a ser exercido em conjunto por um representante do Sistema Único de Saúde com assento permanente na direção destas unidades.

IV — Criar imediata, ainda que progressivamente, com os recursos antes dispendidos com os convênios e outros, uma rede nacional, devidamente regionalizada de ambulatórios e postos de saúde próprios, voltados para a aplicação de medidas preventivas, articuladas com assistência médica primária, de casos de emergência e de acidentes do trabalho. Para o funcionamento destes postos, deverão ser utilizados médicos funcionários dos Sistemas Único e, sobretudo, pessoal auxiliar, cuja formação deverá ser estimulada com veemência.

V — Definição de uma política para área rural adequada às reais necessidades de sua população, descondicionando a prestação de assistência médica da satisfação de interesses eleitorais de grupos partidários.

VI — Redefinir a atual política do FAS para que passe a financiar a expansão

da rede básica dos serviços de saúde.

VII — Privilegiar as medidas de controle do meio ambiente, particularmente aquelas destinadas à redução de doenças endêmicas, como Chagas, esquistossomose, malária, etc.

VIII — Planejar a formação e distribuição de profissionais de saúde, definindo as prioridades para a formação de pessoal não especializado e especializado.

IX — Definir uma política de produção e distribuição de medicamentos e equipamentos médicos orientada pela simplificação e eficácia tecnológica e dirigida à redução da dependência ao capital estrangeiro através de:

— maior participação estatal na pesquisa, formação de pesquisadores e desenvolvimento de tecnologia nacional dirigida à produção de matérias-primas fundamentais à industrialização de medicamentos essenciais; de modo similar ao que originalmente propunha o próprio projeto da Central de Medicamentos;

— controle de remessas de lucros para o exterior;

— controle efetivo da qualidade e da quantidade dos medicamentos comercializados;

— importação apenas daqueles equipamentos e fármacos que tenham tido sua eficácia comprovada através da utilização por um período mínimo de 5 anos.

O conjunto destas reivindicações conforma uma primeira etapa na formulação de uma plataforma de luta em prol de uma autêntica democratização da Medicina e da Saúde brasileira.” (CEBES — *A Questão Democrática na Área da Saúde*, in *Saúde em Debate* n° 9, Jan.—Mar. 1980).

Nos últimos meses o CEBES vem acompanhando com real interesse a movimentação do Setor Saúde em torno de uma suposta proposta oficial de universalização dos serviços médicos à população, através, principalmente, de uma rede de serviços básicos de saúde e de um reordenamento do setor por uma integração inter-institucional.

v-saúde prev-saúde prev-saúde prev-saúde prev-saúde

Entendendo que tal proposta pode vir a constituir-se numa importante vitória da luta do povo brasileiro por seu direito à saúde, alterando os rumos da política nacional de saúde contra a sua crescente privatização, o CEBES encetou, juntamente com outras entidades, uma campanha pela abertura do debate sobre a proposta com o fim de que a mesma não fosse imposta, ignorando-se mais uma vez os reais interesses e necessidades dos seus pretensos beneficiários.

Foi com grande e verdadeiro júbilo que se recebeu a notícia de que o ante-projeto do Prev-Saúde estava sendo distribuído para o debate e a crítica de entidades e instituições ligadas ao setor, com o intuito de se obter sugestões para o seu aprimoramento. E, convidado oficialmente para tal, o CEBES dedicou-se no trabalho de análise do documento encaminhado pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Infelizmente logo pode-se constatar que a despeito de alguns justos objetivos que se declaram para o Programa, o seu detalhamento não assegura real alcance de seus propósitos, levando a crer que o mesmo deve estar no mínimo equivocado, senão procurando preservar outros interesses que não os efetivamente populares.

Dessa forma declinam-se a seguir alguns dos argumentos que levam a fazer tal juízo, esperando que possam ser devidamente considerados na elaboração do projeto definitivo, através de reformulações ou melhores explicitações de vários de seus aspectos.

Optou-se por fazer uma análise dos pontos críticos que, entende-se, comprometem fundamentalmente o Programa, sob a ótica do CEBES, que pretende traduzir os interesses das classes majoritárias e alijadas das benesses do desenvolvimento. Essa análise, no entanto, não pretende prejudicar outras mais detalhadas e particulares que se sabe estão sendo feitas por outras entidades e instituições e mesmo pelo próprio CEBES, que aportará gradualmente novas e mais específicas contribuições.

1. O primeiro aspecto que chama atenção no documento diz respeito ao “diagnóstico” que pretende justificar o Programa. Malgrado o dramático qua-

dro de saúde da população ainda que superficialmente esboçado e que se pretende alterar, a concepção causal que transparece como explicativa dessa situação é altamente parcial, quando em particular refere:

“As deficiências de desempenho e os insuficientes resultados obtidos pelo Setor Saúde, malgrado o significativo esforço empreendido pelo governo, decorrem fundamentalmente da multiplicidade de instituições atuantes e de sua persistente descoordenação, ambos os fatores levando à superposição de ações, ao desperdício de recursos, à baixa produtividade e, finalmente, ao desprestígio social do setor”. (Pág. 3)

Evidentemente que essa concepção puramente administrativa do problema de saúde vai refletir-se mais adiante no ante-projeto em medidas formalistas que pouco alteram as relações essenciais que se dão no setor, como se verá nos pontos seguintes.

2. A primeira conseqüência (e talvez a que traga mais implicações) dessa concepção distorcida é a falta de uma clara definição das relações entre o setor público e o setor privado na prestação de serviços de saúde. Não há uma explicitação clara de que a “rede de serviços básicos” deva ser a porta de entrada única do Sistema de Saúde, assegurando a responsabilidade do setor público na prestação desses serviços.

Este é o ponto onde se deveria contemplar a reformulação da política de compra de serviços de saúde à iniciativa privada, mesmo que em forma progressiva, e o disciplinamento de todas as atividades do INAMPS dentro dos princípios centrais do Programa, entre outras medidas, de acordo com os princípios enunciados anteriormente nos itens I, III, IV e VI.

Preocupa sumamente o não condicionamento da expansão dos níveis secundário e terciário de assistência aos critérios de necessidade definidos a nível da rede básica de serviços, possibilitando um crescimento incontrolado e desproporcional daqueles serviços, como vem atualmente ocorrendo.

3. Na medida em que não se assegura que a “rede básica” é a única porta de entrada do sistema, também soa ambígua a declaração de que “o acesso aos serviços de saúde e saneamento *provi-*

dos pelo Prev-Saúde efetivar-se-ão exclusivamente em função das necessidades da população, sem discriminação de qualquer ordem, assim como categoria social, nível de renda, vínculo previdenciário, etc”. (Pág. 6) (Grifo nosso) A diretriz (5.2) de universalização também não fica, pois, assegurada. Isto é, não se garante o acesso da população aos outros níveis do sistema. Deve-se recordar que esses níveis estão sendo operados preferencialmente pelo setor privado.

A inclusão dos serviços próprios do Estado, hospitais do INAMPS e hospitais universitários poderia criar condições para absorver a demanda gerada a nível de serviços básicos, em cumprimento à diretriz de universalização.

4. Há um aspecto que parece ser altamente contraditório dentro do documento e em relação à política declarada do próprio Governo. Diz respeito à questão da descentralização, da coordenação inter-institucional e ao papel dos Estados e Municípios na condução e execução das políticas de saúde.

A contradição interna surge em decorrência da declarada diretriz (5.5) de “Reorganização Administrativa” que propõe como condições para uma “mudança de mentalidade na administração dos serviços de saúde, de tal forma que a eficácia social dos serviços corresponda à máxima eficiência possível no uso dos recursos” (Pág. 7), a “Integração Inter-institucional” e a “Descentralização”.

É de fácil identificação no ante-projeto a falta de mecanismos que assegurem o cumprimento dessas diretrizes, na medida em que não se garante o papel preponderante das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na condução e execução do Programa, não colocando, ademais, qualquer limite à expansão da rede federal que continuará sendo manipulada centralmente.

Além pois, das contradições internas, fere frontalmente a lei 6229 do Sistema Nacional de Saúde e o decreto-lei 200, entre outros estatutos legais.

As funções da “Secretaria Executiva” da CIPE, de caráter paritário, parecem claramente evidenciar (Pág. 36) o seu papel de estrutura paralela à Secretaria Estadual de Saúde.

5. Outro aspecto altamente preocupante do documento é o referente à real

capacidade de resolução da "rede básica" que deveria ser definida a partir de alguns dos seus condicionantes, sob o risco de que o Programa seja mais uma máquina burocrática emperrada, onerosa e sem cumprir com suas finalidades. Ou por outro lado, cumprir apenas com os escusos propósitos de drenar uma grande porcentagem dos casos "não resolvidos" a nível primário, para os níveis secundário e terciário, em mãos do setor privado. Alguns dos elementos que poderiam garantir uma mudança de qualidade na assistência prestada, indubitavelmente, são:

- o privilegiamento do regime de trabalho em tempo integral e dedicação exclusiva e o impedimento da dupla militância no setor público e no privado.

- uma política de recursos humanos razoável, com a criação de carreira, ingresso por concurso público, remuneração adequada, educação continuada, valorização do pessoal de nível médio e elementar, etc.

- uma definição mais clara de perfis ocupacionais, especialmente do auxiliar de saúde, do espaço para a atuação do sanitário, das práticas relativas a saúde mental e saúde ocupacional e dos outros profissionais de nível superior.

- recuperação do saber e práticas populares de saúde, sabidamente úteis à preservação e recuperação da saúde em muitas situações.

- uma política de padronização, produção e distribuição de medicamentos mais corajosa e agressiva, a fim de ultrapassar os limites impostos pela indústria farmacêutica, conforme o explicitado no item IX da proposta do CEBES anteriormente referida.

6. Há também presente no documento uma concepção extremamente distorcida de "participação comunitária", na medida em que a entende como consequência de uma identificação do Programa com a comunidade e que a partir daí se dará o desenvolvimento comunitário (Pág. 8 e 9). É, no máximo, encarada como atividade auxiliar na "superação de eventuais manifestações de insatisfação, gerada por desempenhos deficientes dos serviços de saúde".

No entender do CEBES, a Participação Comunitária deve ser vista como componente fundamental do desenvolvimento político da sociedade, não devendo ser utilizada apenas instrumentalmente ou com fins de cooptação. Deve, sim, representar a manifestação democrática da vontade popular, dando acesso à população, a decisões e controle sobre o serviço a que tem direito. Esse acesso deve ser formalizado, dando assento às entidades nos vários níveis deliberativos do sistema.

Entende-se que essa participação deve ser canalizada através das entidades representativas da população, como sindicatos, associações de bairros, etc.

7. Por último, há algumas considerações a se fazer com respeito a questão orçamentária:

- não se consegue visualizar uma real reorientação da política de financiamento em que os recursos a serem alocados para o Programa são frutos do remanejamento dentro da própria área social como um todo, recursos esses aportados quase exclusivamente pela contribuição social dos assalariados, através do seguro social. De fato, não há um crescimento substancial da porcentagem do PIB dedicado ao setor, refletindo uma política social conservadora, não efetivamente contributiva à redistribuição da renda nacional.

- não há propriamente um "fundo" específico para o Programa, dado que os recursos continuarão a ser manejados independentemente por cada instituição, não inovando em nada os atuais procedimentos adotados no desenvolvimento de outros programas verticais.

- ao se analisar as tabelas 2 e 3 mostra-se gritante a disparidade proporcional entre as metas e recursos destinados às várias regiões, em especial quando se compara a região Sul com a Nordeste ou com a Sudeste. Os critérios para o estabelecimento dessas metas e recursos não parecem coadunar com as prioridades anteriormente estabelecidas, como se lê à página 6, no item "a": "áreas e grupos sociais mais desprotegidos, destacando-se, especialmente, as populações das periferias urbanas e das zonas rurais".

Prever-se-ia a partir dessa afirmativa uma destinação proporcionalmente maior à região Nordeste, sabidamente carente de infra-estrutura de serviços básicos nas áreas peri-urbanas e rurais e à região Sudeste, com sua alta concentração de população marginal urbana. O CEBES considera pois, como críticos os seguintes pontos, e que, pensa, devem ser revistos à luz das considerações feitas neste documento e de outras, na mesma linha, aportadas por outros grupos, entidades e instituições:

- o diagnóstico insuficientemente explicativo do setor saúde quando não considera a estrutura sócio-econômica como principal responsável pela situação;

- a falta de explicitação, de modo firme, das relações entre o setor público e o setor privado;

- a ambigüidade no tratamento da integração inter-institucional;

- a centralização e esvaziamento do poder decisório das secretarias estaduais de saúde;

- a não garantia da universalização dos serviços de saúde à população e do grau de resolução da "rede básica";

- insuficiente definição da política de recursos humanos em todos os seus níveis para assegurar a viabilidade do Programa;

- um conceito ambíguo ou distorcido de Participação Comunitária;

- uma política de financiamento para o Programa que reflete uma não alteração substancial da política social do Governo.

Da mesma forma como se propugna o direito da população à co-gestão dos serviços que utiliza, o CEBES julga também oportuno se institucionalizar a participação das entidades representativas dos profissionais de saúde, na condução da política de saúde, processo do qual têm sido alijadas permanentemente, ainda que o acesso a este debate represente um alento e uma promessa.

Espera-se pois, que as análises aqui declinadas, assim como as de outras entidades, grupos e instituições, sejam efetivamente consideradas na reformulação do projeto, de acordo com o princípio de representatividade dos interesses da maioria da população.

Faz-se necessário explicitar essa aspiração, na medida em que se tem conheci-

mento de um documento prévio ao oficialmente divulgado, elaborado por uma equipe técnica interministerial e que sofreu substanciais mutilações em função da interferência direta de interesses antipopulares representados por grupos e instituições junto ao próprio Governo. Esse documento poderia representar a

satisfação de muitas das reivindicações que são feitas aqui pelo CEBES, constituindo-se realmente numa "boa nova" que alteraria de forma relevante as relações que se dão no setor saúde, atualmente amplamente desfavoráveis aos interesses da população brasileira. Reafirmando a sua concepção da natureza eminentemente sócio-econômica

da problemática de saúde, o CEBES também reafirma o seu compromisso com a população de seguir atento, debatendo e contribuindo criticamente no processo de construção de uma política social mais justa, em especial, no Setor Saúde.

"Pela Saúde e pela Democracia"
A DIRETORIA NACIONAL

prev-saúde: vida, paixão e morte*

Carlos Gentile de Mello**

A notícia, divulgada em março de 1980, durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde, que as autoridades sanitárias estariam pretendendo elaborar e implantar um "Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde", o Prev-Saúde, reformulando as prioridades da política nacional de saúde, teria de ser recebida festivamente, sobretudo tendo em vista que o modelo atual está distanciado da conveniência da saúde da população e desatende aos interesses dos profissionais que trabalham no setor.

Manifestava-se, na oportunidade, clara inconformidade com o sistema de prestação de serviços de saúde, indiscutivelmente caótico, elitista, corruptor e irracional. Caótico pela inexistência de articulação entre as organizações que atuam no setor, mesmo entre os 70 órgãos públicos federais que, não raro, não escondem franca hostilidade. Elitista porque as ações de saúde privilegiam as camadas de melhor nível de renda. Corruptor porque adota fatores extratécnicos determinantes das mais variadas e graves distorções, responsáveis, em última análise, pela progressiva deterioração do conceito da Medicina e da imagem do médico. Irracional porque, dando primazia à privatização, à hospitalização, à sofisticação, condiciona a prática das medidas cura-

tivas, em detrimento das medidas preventivas.

O Prev-Saúde, antes mesmo de conhecido o seu texto, ressaltava que teria como objetivo "a extensão dos serviços de saúde a toda a população brasileira, o mais rapidamente possível, implicando a implantação acelerada de uma rede básica de unidades de saúde de cobertura universal, com prioridade para as populações dos pequenos centros urbanos e da periferia das grandes cidades".

Levou-se em consideração, para tanto, que "há, provavelmente, mais de 40 milhões de brasileiros sem acesso aos serviços de saúde de que necessitam". E mais: que ocorrem no País, anualmente, cerca de 350 mil mortes evitáveis, das quais 220 mil de crianças de menos de 5 anos de idade.

Tratava-se, declaradamente, de "uma estratégia e um instrumento para a reordenação de todo o sistema de saúde e não apenas da criação de novos postos de atendimento de cuidados primários".

Em agosto de 1980, em versão de circulação restrita, o ante-projeto do Prev-Saúde traçava as seguintes principais diretrizes básicas:

1. Reorganização do setor público, extinguindo a sua capacidade ociosa, estimada, oficialmente, em 60%.

2. Participação comunitária, que deveria estar presente em todos os processos sociais, políticos e econômicos.

3. Contratação de pessoal em regime de tempo integral e dedicação exclusiva, com adequada remuneração.

4. Descentralização executiva, prestigiando-se as secretarias estaduais e municipais de saúde, através de colegiados multi-institucionais.

5. Precisa definição do papel do setor privado, eliminando-se o regime em que o paciente é considerado um cheque ao portador.

6. Adoção de uma política gradualista, suspendendo novos contratos da Previdência Social com os empresários produtores de lucros, mantendo-se, entretanto, todos os atuais compromissos do INAMPS com o setor privado.

7. Prioridade ao setor público para os financiamentos de Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, FADS, que, até então, repassou 75% dos seus recursos da área de saúde para a construção de hospitais privados.

Sem que tenha sido publicado, o Prev-Saúde, na sua versão de agosto, recebeu, quase simultaneamente, crítica assemelhada, de duas fontes diversas:

1. Federação Brasileira de Hospitais, em documento público, reconhecendo que "defendemos o que é nosso (os hospitais) porque não nascemos donos

* Síntese da exposição programada para a VIII Semana de Estudos Sobre Saúde Comunitária. Campus da UFRN, Natal, 12 a 18.04.1981.

** Médico Sanitarista, Colaborador da "Folha de São Paulo", autor do livro "Saúde e Assistência Médica no Brasil", reeditado pelo CEBES.

do que temos”, dizia: “O documento é abertamente estatizante, embora, por vezes, tente disfarçar o intuito”.

2. INAMPS, em documento oficial, assinado pelo seu presidente, afirmando: “Pelas suas características, embora por vezes desmentindo, trata-se de um projeto nitidamente estatizante”.

Logo em seguida, em setembro de 1980, os ministérios da Saúde e da Previdência distribuíram, para receber sugestões, um texto do Prev-Saúde inteiramente descaracterizado, completamente omissivo, pleno de indefinições. Haviam sido retirados, sumária e deliberadamente, da versão original, todos os pontos que, de alguma maneira, poderiam servir de base para corrigir as conhecidas imperfeições do sistema vigente. Mantinha-se, ao cabo, intacto, o modelo gerador de tantos descaminhos e fraudes. Afastava-se a possibilidade da participação comunitária. O setor privado, prestigiado, prosseguia intocado. O setor público deverá funcionar apenas “em caráter de complementação, em proporção suficiente para o estabelecimento de padrões, treinamento de pessoal, orientação, supervisão e apoio da rede básica”.

Com as modificações introduzidas e as subtrações seletivas tornou-se problemático o financiamento do Prev-Saúde. Se mantidas as diretrizes da versão de agosto, poderiam ser corrigidas as distorções e os descaminhos, acabando ou reduzindo os pacientes-fantasmas, as internações desnecessárias, as emergências forçadas, a cobrança de serviços não prestados. Com essa racionalização progressiva os recursos não seriam inteiramente dissipados, sobrando uma parcela para a implantação da rede básica. Mantida a atual política médico-assistencial, o INAMPS prosseguirá com os seus orçamentos deficitários em escala crescente, sem a possibilidade de novas fontes de custeio, entre outras razões, diante da crise econômica com que se defronta o País e sem caminhos novos para solução.

Diante dessas perspectivas sombrias, variados e representativos setores manifestaram as suas preocupações e divulgaram os seus comentários e sugestões sobre o Prev-Saúde de setembro:

1. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes: “Falta uma clara definição

das relações entre o setor público e o setor privado na prestação de serviços de saúde”.

2. Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo: “O INAMPS financia o lucro dos empresários e dos hospitais. O Prev-Saúde garante a manutenção do modelo privatizante de assistência médica, cujo objetivo é o lucro”.

3. Instituto Oswaldo Cruz, através dos seus professores e pesquisadores: “A forma com que se tem dado a participação do setor privado no sistema de saúde tem sido responsável por graves conseqüências”.

4. Secretários estaduais de Saúde do Norte e Nordeste: “Necessário dar ênfase à idéia de ser o setor público o principal responsável pelo atendimento à saúde, admitindo-se, complementarmente, a participação do setor privado em campo de ação que deve ser perfeitamente limitado e claramente definido”.

5. Sindicato dos Médicos e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: “O Prev-Saúde não propõe qualquer alteração na atual política do INAMPS, que é a de privilegiar o setor médico-empresarial através da transferência de recursos para esse setor”.

6. Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados: “As atividades lucrativas mantidas com financiamento público deverão ser substituídas, a médio prazo, por serviços públicos. (...) Enquanto for necessária a contratação de serviços com a rede hospitalar privada, deverá ser abolida a modalidade de pagamento por unidade de serviço, reconhecidamente corruptora e incontrolável”.

Dentro dessa mesma orientação foram os pronunciamentos de muitas outras entidades representativas dos médicos, entre as quais a Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro, Associação Bahiana de Medicina, Sindicatos dos Médicos do Rio de Janeiro e de Minas Gerais.

Entre os especialistas descomprometidos não há divergências: o Prev-Saúde, na sua versão de setembro, consagra todas as distorções e fraudes do modelo vigente, sobretudo da estrutura médico-assistencial do INAMPS que, em 1980, foi responsável por um total impressionante de 11 milhões e 300

mil internações hospitalares (das quais apenas 2% foram produzidas pelos seus hospitais próprios), representando um coeficiente de 112 internações por mil beneficiários, o que causou preocupação ao Ministro da Previdência.

Na sessão solene de abertura da 7ª CNS, o Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde, diante da apresentação do “Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde”, formulou uma série de oito indagações, entre as quais as seguintes:

1. Os senhores estão dispostos a introduzir, se necessário, mudanças radicais no atual sistema de prestação de serviços de saúde para que sirva de base adequada à atenção primária de saúde como principal prioridade?

2. Os senhores estão dispostos a dar prioridade à alocação preferencial dos recursos de saúde aos setores sociais periféricos?

Em seguida o Diretor-Geral da OMS acrescenta:

“Se podem responder afirmativamente a todas estas perguntas é evidente que o futuro da atenção primária de saúde no Brasil oferece brilhantes perspectivas”.

No presente estágio da formulação do Prev-Saúde três conclusões podem ser referidas:

1. O Prev-Saúde tem remotas possibilidades de ser implantado.

2. Se implantado, o Prev-Saúde tem todas as probabilidades de malograr.

3. Se não fracassar, total ou parcialmente, a implantação do Prev-Saúde agravará a precária situação do setor saúde.

