

## SUBSÍDIOS PARA DEFINIÇÃO DE UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA UM GOVERNO DE TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA

EULETÉRIO RODRIGUES NETO  
Professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, ex-presidente da Diretoria Nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)

O setor saúde é reconhecidamente um dos mais tipicamente afetados pela política econômica.

Os efeitos perversos da economia centralizadora, espoliativa, e mais recentemente, recessiva sobre o setor, dão-se em três níveis principais: por um lado agravando as condições de vida e saúde da população, dificultando o seu acesso a bens essenciais, tornando-a mais vulnerável às enfermidades e outros agravos à saúde; por outro, impedindo o acesso regular aos serviços, em particular de saúde, assim, como aos meios terapêuticos preconizados, como medicamentos; e ainda, induzindo o sistema prestador de serviços e distorções oriundas do processo de acumulação de capital interno ao setor ou no de insumos, levando à baixa efetividade quanto à abordagem dos problemas de saúde prevalentes.

Assim, do ponto de vista de seus determinantes, a melhoria das condições de saúde da população só pode advir de uma política econômica socialmente justa que permita condições de vida mais adequadas à maioria da população.

No entanto, como condicionalmente e agravante, a política setorial propriamente dita também deve submeter-se aos mesmos ditames de organização democrática, numa direção de universalização e equidade, no atendimento dos problemas de saúde da população, em termos de ações de promoção, prevenção e assistência.

As soluções alternativas propostas para o equacionamento do setor, merecem assim uma análise para que possam ser expurgadas e selecionadas, uma vez que se encontram informadas por posicionamentos nem sempre orgânicos com os interesses realmente majoritários, do ponto de vista da população.

A seguir, a partir da compreensão da problemática de saúde vivida pelo povo brasileiro, e dos descaminhos do seu sistema de prestação de serviços, pretende-se discutir algumas tendências principais em termos de concepções organizacionais do setor, propostas para abordagem dessa situação, optando-se por uma delas, que se considera tecnicamente aceitável e viável, assim como, politicamente adequada, na atual conjuntura econômica, social e política do país.

A partir da estratégia proposta, discutem-se alguns aspectos críticos que a condicionam e que são sujeitos a decisões de caráter político, a fim de que se possa detalhar o modelo do ponto de vista de seu perfil técnico-operacional.

### AS PROPOSTAS ALTERNATIVAS PARA REORGANIZAÇÃO DO SETOR

Face às reconhecidas insuficiências financeiras e técnicas do setor, assim como o seu baixo impacto social, o mesmo vem sendo, há anos, objeto de cogitação, em termos de se identificar alternativas para enfrentamento das crises que amiúde se apresentam.

Evidentemente essas propostas alternativas baseiam-se em concepções diversas e até antagônicas sobre o setor, de acordo com correspondentes projetos político-ideológicos para a sociedade em geral.

Assim, desde a década passada, vem se enfrentando algumas correntes, em tentativas de se habilitarem para ocupar os espaços abertos pela insolvência do atual modelo, fruto especialmente da crise da Previdência.

Com variações circunstanciais, pode-se afirmar que essas propostas po-

dem ser representadas por três tendências principais:

#### A proposta "conservadora"

##### • Características

Defende basicamente a manutenção do modelo pluralista atual, baseado na compra de serviços ao setor privado, pelo setor público, em especial pela Previdência Social; ao MS e Secretarias de Saúde deve caber o papel complementar de promoção de ações coletivas, e assistenciais à população carente.

Atribui as insuficiências atuais desse modelo à conjuntura econômica, que contraiu o orçamento do setor e a deficiência técnica do controle dos serviços por parte do poder público, acusado de inépcia. Essa proposta é sustentada pela aliança entre dois elementos — o dos empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos, e o dos profissionais (médicos) neo-liberais que, defendendo uma relação médico/paciente individualiza, encontram no Estado a única condição para biabilizarem financeiramente esse projeto, através do credenciamento de médicos e odontólogos pela Previdência Social.

##### • Implicações

Esse modelo, baseado na oferta de serviços pelo setor privado, vem demonstrando ao longo dos anos a sua extrema voracidade financeira, responsável pela inversão de prioridades assistenciais no setor, na medida da maior lucratividade das atividades de caráter capital-intensivo, que caracterizam a tecnologia diagnóstico-terapêutica atualmente disponível, mas nem sempre adequada e necessária à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes.

A grande capacidade instalada na área hospitalar e na de atividades diagnóstico-terapêuticas (ainda que mal distribuídas) tende a gerar e orientar a demanda, competindo com uma organização mais racional dos serviços, em termos de acesso aos serviços mais simplificados que, sob critérios tecnicamente definidos encaminhariam os casos que necessitassem, aos níveis mais complexos (hoje majoritários, do ponto de vista de oferta).

Por outro lado, a relação de compra/venda estabelecida, vem gerando distorções de qualidade da assistência, na medida em que este sistema não está motivado ou estimulado pela resolutividade ao atendimento; ao contrário, sendo até conhecido como “a indústria da doença”, uma vez que esta sim, é o seu principal insumo. Deve-se ainda estar alerta para o fato de que os defensores dessa “medicina”, defendem também a assistência individual e curativa como um direito securitário, advindo de se ser contribuinte da Previdência Social. Com isso, contestam a universalização da atenção e a saúde como direito de cidadania — para terem assegurado, sem competir com as outras atividades setoriais (ações coletivas e de promoção e prevenção, assim como sobre o meio) o fluxo de recursos oriundos da Previdência Social, para viabilização do empresariado médico-hospitalar (hospitais e clínicas).

Essa forma de organização empresarial do setor é considerada por outras correntes capitalistas como “atrasada”, uma vez que não incorpora uma dinâmica empresarial mais competitiva e é totalmente dependente da tutela direta do Estado. Por isso mesmo, talvez mais sujeitável a normas disciplinadoras que um Governo legítimo possa propor.

Essa consideração deve ser feita porque, embora essa forma de organização seja hoje hegemônica e criticável, mesmo em uma alternativa democratizante, o setor hospitalar privado terá que ser considerado como conjunto complementar (e significativo), ao setor público, dada suas dimensões e as atuais insuficiências quantitativas deste, no nível hospitalar.

### A proposta modernizante/privatista

#### ● Características:

Propõe uma “modernização” do setor, do ponto de vista de sua maior organicidade com as regras capitalistas de mercado, defendendo uma maior autonomia concorrencial entre os prestadores de serviços privados, supondo daí, uma tendência a uma melhoria das relações custo/benefício no setor.

Concretamente, a proposta contempla um afastamento do poder público da prestação de serviços de saú-

de à população urbana e regularmente inserida no mercado de trabalho. Ao Estado competiriam as ações de alcance coletivo, e a prestação de serviços à população rural e/ou carente, uma vez que esses grupamentos não poderiam assegurar por seus rendimentos baixos, ou por sua dispersão, a lucratividade estimuladora da organização empresarial.

Há variações entre os vários projetos dessa linha. Um deles defende o modelo da “Medicina de Grupo” e do “Convênio Empresa”, modalidade esta já respaldada pela Previdência Social desde 1964, mas congelada em termos de expansão desde 1979. Representa hoje uma cobertura de cerca de 5% da população previdenciária. Esse tipo de convênio, estabelecido entre o INAMPS e uma empresa qualquer, delega a essa empresa a responsabilidade sobre o atendimento médico-hospitalar de seus empregados, mediante um subsídio per capita repassado à empresa. Esta, presta diretamente a assistência, ou (na maioria das vezes) contrata uma firma prestadora, quase sempre as Empresas de “Medicina de Grupo”. O empregado perde o direito a outro tipo de atendimento pela Previdência Social, salvo algumas exceções, como tratamento de alto custo e doenças crônicas. Uma outra corrente, nesse grupo, defende a organização da população autonomamente, que se valeria de sindicatos e outros tipos de organização para proverem, mediante esquemas “cooperativos” de contribuição, os serviços de saúde necessários. Algumas dessas propostas têm alto nível de detalhamento organizacional, podendo, a partir de uma decisão política, e do atual descrédito da assistência à saúde oficial, serem implantadas com certa rapidez, especialmente valendo-se da indústria de seguros de saúde que, ostensivamente, procura se colocar como alternativa às atuais modalidades assistenciais do setor.

#### ● Implicações:

Embora em um primeiro momento essa proposta possa parecer mais racional, e atender tanto aos reclamos imediatos da população quanto ao atendimento médico-hospitalar mais personalizado, como à questão de melhorar as relações custo/benefício no setor, trazendo uma imagem de modernização, ela pode trazer sérias consequências, do ponto de vista técnico e político-ideológico. Isso advém de seu propósito de dar mais organicidade capitalista à organização interna do setor. As implicações negativas dessa concepção, para uma democratização setorial, são inúmeras: em primeiro lugar, supõe a discriminação da população em dois segmentos — o dos segurados e o dos carentes, em flagrante negação da saúde como direi-

to de cidadania; por outro lado, parte do pressuposto da lei da livre concorrência, entre pequenas empresas, quando se está em etapa monopolista do capitalismo, com evidentes e conhecidas tendências à cartelização, com interesses inclusive de grupos multinacionais atuantes na prestação de serviços de saúde; ainda, embora esse modelo de prestação de serviços estimule a resolutividade do atendimento e a racionalidade da organização dos serviços, a lógica acumulativa pode induzir a uma série de distorções, inclusive nos aspectos éticos da prática médica, situação sobejamente conhecida nos atuais “Convênios-Empresa”.

Como componentes desses problemas éticos, deve-se referir a questão do assalariamento médico sob condições insatisfatórias e constrangedoras de trabalho, do ponto de vista técnico, como, e principalmente o problema do controle da força de trabalho, exercido através dessa prática assistencial. Isto é, o uso do conhecimento médico para a seleção e rotatividade da mão de obra, além dos problemas de controle da produtividade e outros expedientes inaceitáveis do ponto de vista ético profissional.

Deve-se ainda atentar para o fato da concorrência que esse setor privado representará para o setor público, que será cada vez mais marginalizado e marginal, abrindo cada vez mais espaço para a privatização mais absoluta da prestação de serviços de saúde, quando se sabe que, em muitas sociedades capitalistas os setores sociais têm sido poupados do processo de acumulação interna como forma de compensar os efeitos perversos da acumulação sobre o nível de vida e saúde da população.

No entanto, apesar de seus inconvenientes como modelo hegemônico de prestação de serviços, corrigidas certas distorções, especialmente as de caráter ético, através de um controle social mais efetivo (pelos usuários e profissionais), é possível, e até desejável que essa modalidade possa ser objeto de eleição de grupamentos populacionais que tenham condições de sustentar (individual ou coletivamente seguros), assim como oferecidas por empresas que assim o desejarem, aos seus empregados. Assim, a iniciativa privada pode ser realmente uma força auxiliar no setor, desde que não seja alternativa excludente do setor de saúde oficial, e de opção individual.

### A proposta racionalizadora

#### ● Características:

O corpo doutrinário que dá suporte a essa proposta, supõe a saúde como um direito de cidadania e portanto implica em:

— responsabilidade do Estado so-

bre o sistema de saúde; setor privado complementar e subordinado;

- integração inter-institucional
- organização dos serviços em uma rede única, regionalizada e hierarquizada, com mecanismos de referência e contra-referência da clientela;
- universalização e equidade no atendimento à população com garantia de acesso da população a todos os níveis de atendimento;
- descentralização do planejamento e execução, com papel fundamental dos níveis estaduais e municipais;
- participação, entendida como mecanismo de controle social sobre o setor (definição de necessidades e controle da qualidade);
- planejamento das ações a partir de necessidades epidemiologicamente determinadas;
- integralidade das ações de saúde; eliminação da dualidade (inclusive institucional) entre ações individuais e coletivas, preventivas e terapêuticas;
- articulação conceitual, programática e metodológica entre os setores de formação (educacional) e de utilização (serviço) de pessoal em saúde.

Esse modelo já vem sendo objeto de várias proposições oficiais e não-oficiais, em várias versões, nos últimos anos. Nas várias ocasiões em que se apresentaram crises financeiras na Previdência Social, ele foi apontado como uma possível alternativa. O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, elaborado pelo CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária) e aprovado pelo Governo em agosto de 1982, contém teoricamente esses elementos, apesar de certas incoerências e inconsistências derivadas da ampla composição de que foi resultante, assim como do momento recessivo que o determinou e condicionou.

Mesmo assim, o seu componente mais depurado que passou a ser conhecido como estratégia de “Ações Integradas de Saúde” e aprovada como política de reorientação setorial (MS/MPAS/MEC), ainda que explicita os mecanismos necessários à sua viabilização, não tem encontrado condições políticas e financeiras para sua efetivação, fato derivado da falta de legitimidade do atual Governo e do não equacionamento da estrutura de financiamento setorial.

Por outro lado, a proposta hoje ensaiada, de convênios entre os níveis federal, estadual e municipal, para desenvolvimento dos sistemas de saúde estaduais, contém um forte tom recessivo, preocupado excessivamente com contenção de despesas, levando a um baixo investimento na expansão do setor público, com exceção de alguns projetos financiados pelo BNDES/FIN-SOCIAL, através do MS, para algumas

áreas consideradas prioritárias.

É mister destacar no entanto, que no decorrer dos anos recentes, algumas experiências dessa natureza (racionalizadora, integradora) têm sido ensaiadas sem convulsões sociais e políticas mais intensas que as condenem, do ponto de vista da viabilidade. Por outro lado, seus efeitos técnicos, ainda que pouco extensos, podem ser considerados expressivos e estimuladores do progresso nessa direção. Isso se deve em parte ao poder regulador do setor público que, certamente continuará a cumprir um papel de assegurar a cobertura assistencial à população, através dos serviços básicos, de natureza essencialmente trabalho-intensivo, ao contrário da iniciativa privada, mais interessada no nível especializado, de caráter acentuadamente capital-intensivo. Evidentemente, a gradualidade de avanço da proposta é também condição de sua viabilidade, não apenas pelo lado político, mas principalmente pela ótica técnica-financeira; as dimensões, variedade e complexidade do setor, no país, contra-indicam qualquer medida de impacto maciço e simultâneo.

#### ● Implicações:

Expurgado do seu componente recessivo que impede um redimensionamento adequado ao setor, permitindo um papel mais relevante ao setor público, através de sua expansão e qualificação, o modelo “racionalizador” contém os elementos essenciais para alinhar o sistema de saúde às exigências do atual momento político, social e econômico. Além dos aspectos de racionalidade em termos de adequação da estrutura de recursos à estrutura de necessidades em saúde, tornando o modelo viável numa situação de recuperação da economia, o aspecto político também é contemplado através de uma concepção pragmática de organização do setor através da integração inter-institucional entre as instituições públicas do nível federal e as de nível estadual e municipal.

Esse modelo implica em:

- gestão colegiada, descentralizada e participativa, entre as instituições convenientes e as instâncias representativas da população;
- cobertura assistencial planejada, de acordo com as necessidades epidemiologicamente determinadas e observando-se os princípios organizacionais de regionalização e hierarquização dos serviços;
- qualificação técnica da prestação de serviços, buscando-se o controle da qualidade assistencial e a resolutividade adequada em cada nível de atendimento;
- co-participação financeira das várias instituições convenientes, de forma a viabilizar o funcionamento efetivo dos serviços.

Depende, no entanto, para sua efetivação de condições que só podem ser dadas por um Governo democrático, isto é, um financiamento mais adequado do setor, derivado de uma política salarial mais justa, uma real descentralização, com valorização dos níveis estaduais e municipais e uma possibilidade concreta de participação popular na definição de suas necessidades e no controle da qualidade dos serviços.

Contemplados esses aspectos, o modelo deve adquirir uma lógica e uma dinâmica interna que lhe darão condições de se desenvolver junto com o próprio processo de organização democrática da sociedade, numa direção de equidade social dentro do princípio de que a saúde é um direito básico do cidadão.

### QUESTÕES ESTRATÉGICAS PRINCIPAIS

De acordo com a limitação auto-imposta de início, esta proposta de política procura ater-se aos aspectos internos do sistema de prestação de serviço de saúde, sem se restringir no entanto, aos componentes da assistência médica-hospitalar individual.

Assumindo-se o modelo racionalizador (3ª alternativa), como o mais adequado estrategicamente para um Governo de transição democrática, em que as alianças entre os setores progressistas devem ser preservadas e estimuladas como base para avanços sociais e políticos ideologicamente mais definidos, deve-se discutir, no entanto, alguns pontos críticos a serem objeto de decisão, nos momentos subsequentes.

#### A questão da fusão do INAMPS/ Ministério da Saúde

A incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde tem sido uma reivindicação dos setores técnicos esclarecidos, há muito tempo, como forma de se unificar as ações de saúde individuais e coletivas, sob a mesma lógica institucional, além de se avançar na direção da universalização do atendimento (até agora apenas assegurado aos previdenciários).

Não há dúvida que esse deve ser o destino do processo de implementação da política preconizada. No entanto, cabe a discussão da oportunidade da efetivação dessa fusão. O que se aventa é a grande dificuldade administrativa que isso acarretaria, dada as dimensões e estratificações exageradas das máquinas burocráticas das duas instituições, podendo impedir a consolidação de alguns processos de avanço mais funcional que poderiam se dar no período, como preparação para mudanças estruturais mais significativas a serem

conquistadas através da Constituinte.

Por outro lado, seria natural que a “retirada” do INAMPS do MPAS fosse também acompanhada de outros remanejamentos como a passagem do INPS para o MTb, a do IAPAS para o MF e a Assistência Social para o MS, por exemplo. Com isso, se esvaziaria, até a sua eliminação, o MPAS, o que, se desejável dentro de uma lógica administrativa a médio prazo, talvez não seja possível ou desejável no atual quadro político.

É necessário, no entanto, destacar que inevitavelmente esse é um caminho a se percorrer, na busca de um sistema único de saúde, com comando federal unificado e baseado nos sistemas estaduais de saúde, dentro da valorização dos princípios federativos.

No entanto, se colocada a possibilidade dessa reestruturação deve-se considerar essa oportunidade para se rever a própria Lei 6229, propondo-se uma nova estrutura organizacional e funcional do setor, nos níveis federal, estadual e municipal, já dentro dos princípios e diretrizes antes enunciados, e não apenas uma pura “adoção” do INAMPS pelo MS, tal qual é hoje.

Evidentemente, isso é atribuição do poder legislativo, que terá na Constituinte a ocasião de sua efetivação mais sólida e legítima.

### **A questão da descentralização**

Essência do modelo proposto, a descentralização corre o risco de ser entendida por uma simples “estadualização” ou “municipalização” do setor, tendo o nível federal apenas um papel de repassador dos recursos da União para os sistemas estaduais e municipais de saúde.

Não parece no momento que o aparato técnico-administrativo dos Estados, assim como a sua tradição clientelista habilitem- os a assumirem, sozinhos e automaticamente, o processo de prestação de serviços de saúde. Mesmo porque isso deveria ser acompanhado de uma correspondente autonomia financeira estadual e municipal, difícil de ser alcançada no futuro imediato.

Por outro lado, não parece que a pura “estadualização” ou “municipalização” implique em descentralização, uma vez que esses níveis padecem do mesmo mal do nível federal. O que está em jogo é a desconcentração do poder entre os vários níveis, até o de “ponta de linha”.

Assim, parece prudente se entender a descentralização como diretriz, que deve ir às suas últimas consequências, implicando em instâncias gestoras do sistema em todos os níveis, com real poder decisório, mas preservando-se pragmaticamente uma composição

multi-institucional, com participação também federal, mais legítima, como forma de assegurar a equanimidade de critérios técnicos financeiros e políticos no avanço desse processo de democratização do setor.

### **A questão do controle social**

Juntamente com o financiamento e a descentralização, constitui uma das bases do tripé de sustentação do modelo, em termos de sua legitimidade e efetividade.

Faz-se mister que o sistema de prestação de serviços, tanto na sua vertente pública, como na privada, sejam subordinados ao controle dos usuários, em termos de definição de prioridades, produtividade e qualidade.

Como o grau de participação popular é função da legitimidade do poder público, é de se esperar que a mudança do regime possa dar as condições básicas para o exercício da democracia em todos os níveis da prática da cidadania, assegurando-a e, no particular, garantindo a efetividade do modelo de prestação de serviços preconizado.

Assim, mais do que criar estruturas setoriais próprias, de participação, é necessário que os mecanismos de gestão colegiada preconizados sejam legítimos e informados pelos interesses majoritários, canalizados através das várias formas de organização da população, em termos de representação político-formal e de entidades da sociedade civil.

As Comissões Locais Inter-Institucionais de Saúde (CLIS), criadas a partir das assinaturas dos convênios das Ações Integradas de Saúde, entre os Estados e a União podem ser canais adequados para o exercício desse controle.

### **A questão do financiamento**

A atual estrutura de financiamento do setor encontra vários estrangulamentos:

- em primeiro lugar a contratação relativa do orçamento da Previdência Social destinado ao INAMPS;
- em segundo, a pequena participação do MS e do MEC (Hospitais Universitários) no orçamento da União;
- em terceiro, o esvaziamento dos níveis estaduais e municipais, quanto à possibilidade de destinarem recursos significativos ao setor saúde;

- por último, mas não menos importante, é o momento recessivo, que faz diminuir a receita federal em geral, e diminuir a possibilidade das camadas médias da população custearem diretamente os serviços que utilizam, levando a um aumento de pressão sobre os serviços custeados pelo Estado, e particularmente pela Previ-

dência Social.

Assim, qualquer proposta alternativa no momento, especialmente a aqui proposta, supõe uma viabilidade financeira que passa por duas etapas: uma, imediata, que define alguns quantitativos percentuais mínimos, dos recursos administrados a nível federal, para o setor; uma segunda, a médio prazo, que subentende a definição de uma nova estrutura de financiamento dos setores sociais como um todo, e da saúde em particular, o que só pode ser obtido no bojo do processo constituinte da nova ordem social e econômica, a ser instalado no próximo Governo.

Desde já fica claro, no entanto, a impossibilidade social e política, assim como a inconveniência técnica de se propugnar a participação financeira do usuário no custeio direto dos serviços que utiliza.

Por outro lado, deve-se caminhar para uma orçamentação global do setor, a nível estadual, com definição das cotas de participação institucional, eliminando-se qualquer relação de hegemonia de uma instituição sobre outra, tendo como meta a constituição dos Fundos Estaduais de Saúde.

Deve também fazer parte dessas condições as exigências de não retração das dotações orçamentárias estaduais e municipais, para o setor, prática frequente como consequência da assinatura de novos convênios entre o nível federal e os níveis estaduais e municipais.

### **A questão do relacionamento setor público/setor privado**

Como já foi colocado anteriormente, o setor privado é responsável pela maior parcela dos serviços de saúde prestados à população. No entanto, essa prestação de serviços não se dá só diretamente, mas principalmente, intermediados pelo tratado, e particularmente pelo INAMPS.

Coexistindo com a prestação de serviços feita pelo setor público, instalou-se uma polêmica sobre a conveniência do privilegiamento de uma ou outra modalidade. Evidentemente, a iniciativa privada tem o interesse em manter e expandir o seu mercado, que compete com a possibilidade de preservação ou expansão do setor público.

Assim, respaldada pelas diretrizes da política oficial que criou condições para uma privatização intensa do setor na última década, passou a haver um processo acentuado de desqualificações técnicas do setor público, através de uma aliança perversa entre os agentes duplamente vinculados ao setor público e ao setor privado, com interesses específicos neste (dirigentes ou técnicos).

Colocando-se hoje a imperiosidade de se desmistificar esse quadro,

face a todos os argumentos já referidos que contra-indicam a manutenção desse modelo irracional e ineficaz, é necessário se estabelecer um novo pacto de relações entre o setor público e o setor privado.

Esse pacto deve incluir:

— a qualificação do setor público como modelo e padrão de eficácia e eficiência;

— a participação dos prestadores de serviços nas instâncias de discussão de critérios e valores de remunerações dos seus serviços, levando em conta diferenciação tecnológica e desempenho técnico;

— a regionalização e hierarquização dos serviços públicos e privados numa mesma rede;

— o redimensionamento dos serviços contratados, de acordo com reais necessidades de cobertura populacional e observadas as prioridades potenciais do setor público na região;

— a descentralização do controle da qualidade assistencial do relacionamento contratual a nível de CIS, CRIS e CLIS/CIMS (Comissões Estaduais Regionais e Locais Inter-Institucionais de Saúde).

Por outro lado, eliminando-se qualquer tutela ou subsídio do Estado, devem ser respeitadas todas as formas de livre iniciativa no setor, voltadas para as camadas sociais que possam arcar com seus custos.

Como forma suplementar de atenção à saúde, devem ser estimuladas também as iniciativas patronais que visem um melhor atendimento aos seus funcionários, sem que isso represente delegação de responsabilidade pelo Estado ou implique em repasse de recurso para essa finalidade por parte do setor saúde.

### **A questão da Política de Pessoal e do Corporativismo**

É patente o papel que a política de pessoal inadequada vem cumprindo como elemento coadjuvante na desqualificação dos serviços públicos em geral, e em saúde em particular, nos últimos anos.

É conseqüentemente desnecessário provar a urgência de medidas que possam tornar o emprego no setor público de saúde estimulante, com o fim de torná-lo eficaz e resolutivo.

Tendo-se como perspectiva a organização dos sistemas estaduais de saúde é de se esperar que, dadas as condições financeiras, possam ser gradualmente desenvolvidos e implementados Planos de Cargos e Salários regionais que, além das questões salariais, contemplem uma política de desenvolvimento de recursos humanos justa e comprometida com as necessidades da política de saúde como um todo.

No entanto, o setor guarda uma particularidade que é a especificidade mítica do profissional médico, acalentando sempre o seu ideal liberal de exercício da profissão.

Afastada, seja por imposição técnica, seja por escassez de mercado, a prática liberal pura foi substituída por um arremedo de liberalismo, em que o médico, credenciado em consultório ou hospital, pelo INAMPS, recebe deste por serviços prestados. Essa modalidade, no entanto, longe de resolver os “problemas” da categoria vem apresentando inúmeras distorções e mascarando uma série de questões a nível da luta corporativa. Em primeiro lugar, a expectativa de credenciamento universal não pode se cumprir por imposições econômicas, além da falta de necessidade técnica. Por outro lado, o aviltamento dos valores de remuneração levaram a que se lançassem mão de expedientes (como super-produção) só acessíveis a alguns com poder de controle do “mercado”. Dessa maneira, a distribuição de rendimentos entre a categoria tornou-se altamente distorcida, com enormes concentrações em mãos de poucos (verdadeiros “tubarões”) que até sublocam seus serviços.

Por outro lado, a lógica da remuneração vigente, valorizando as especialidades, com mais uso de tecnologia, terminam por remunerar melhor o capital que o trabalho, separando (e valorizando) os profissionais “equipamento-dependentes” dos “trabalho-dependentes”.

Assim, no conjunto dos médicos que lutam por seus direitos, através de suas corporações (sindicatos, associações, conselhos), deve-se distinguir os reais interesses (muitas vezes antagônicos), escondidos atrás de um discurso liberal que não coesponde mais à realidade do setor (onde a maioria é assalariada) e servindo de oposição a uma alegada “estatização”, responsável por sua sorte.

Assim, o primeiro caminho para a desmistificação dessa situação é a abertura do diálogo com a categoria médica e as demais categorias profissionais da saúde, avaliado por efetivas medidas de valorização do trabalho assalariado.

### **Saúde do Trabalhador**

Entre os agravos à saúde decorrentes do desenvolvimento da economia, da urbanização e da industrialização, se sobressaem os acidentes do trabalho e as doenças diretamente ligadas ao processo produtivo, seja pela complexidade e pelas especificidades inerentes ao seu processo de controle e de prevenção, seja pelos aspectos médicos e econômicos implícitos. Hoje o Estado dispense uma soma considerável de recursos, no tratamento e na recupe-

ração de trabalhadores acidentados, que poderiam ser economizados, caso as medidas preventivas disponíveis fossem aplicadas.

Por outro lado, atualmente, temos uma dicotomia altamente prejudicial, em que as medidas preventivas e de observância da legislação são de competência do Ministério do Trabalho no que tange à fiscalização, enquanto cabe ao INAMPS a atenção médica ao acidentado ou ao portador de doença profissional, ficando a reabilitação quando necessária tanto a cargo do INAMPS como a cargo dos Centros de Reabilitação do INPS.

Essa dicotomia entre as atribuições institucionais dos aspectos que se referem à prevenção e ao controle em sentido amplo e aqueles referidos às ações de recuperação da saúde, leva necessariamente ao comprometimento das possibilidades de sucesso.

Nesse sentido entende-se como proposições fundamentais nesta área:

— inclusão dentro das ações desenvolvidas pelos serviços básicos de saúde, dos aspectos referentes à prevenção e cura das patologias ligadas diretamente ao processo produtivo;

— transferência das atribuições legais específicas, atualmente no âmbito do Ministério do Trabalho para o setor saúde, a quem caberia as responsabilidades operativas e legais referentes à prevenção, à recuperação e à reabilitação;

— articulação funcional entre os serviços médicos de empresas e a rede pública de assistência médica;

— estabelecimento de mecanismos que permitam um maior controle, tanto do processo produtivo, quanto dos serviços de saúde, por parte dos trabalhadores e de seus Sindicatos.

### **CONCLUSÕES E MEDIDAS IMEDIATAS**

Entende-se que um real equacionamento do sistema de atenção à saúde só poderá advir a médio prazo e permeado por uma nova ordem constitucional que recoloque a questão social como centro das preocupações da nação e do governo. No entanto, é possível, no período imediato, se adotar uma série de medidas que comecem a resgatar a dívida social do Governo para com a nação e, em particular as relativas à melhoria do atendimento à saúde da população.

Assim, sem propostas drásticas do ponto de vista de grandes reformas estruturais e convivendo-se ainda por algum tempo com os efeitos da recessão, é possível se avançar na direção de uma universalização do atendimento de toda população, urbana e rural, previdenciária ou não, com equidade, e buscando-se a otimização dos recursos aplicados no setor, além da identificação de novas

fontes de financiamento que o viabilizem e o tornem efetivo, eficaz e eficiente.

Dentre as medidas que podem ser adotadas de imediato, podem ser indicadas as seguintes (sem ordem de prioridades):

- redefinição da estrutura de financiamento da Previdência Social, a ser obtida através da incidência sobre a lucratividade (faturamento) e não apenas sobre a folha de salários (inúmeros estudos já disponíveis);

- definição do percentual mínimo da receita previdenciária a ser alocada ao setor de assistência à saúde (entre 20 e 25%);

- recondução das lideranças sindicais e patronais aos órgãos de gestão da Previdência Social;

- decretação do direito universal da assistência à saúde de toda a população brasileira, com os correspondentes atos normativos que permitam o atendimento de qualquer cidadão em qualquer serviço de saúde oferecido pelo Estado;

- institucionalização de órgão colegiado interministerial, com participação do MS, MPAS, MEC e MINTER e com instâncias consultivas aos órgãos sindicais, gremiais e de entidades prestadores de serviços de saúde, como núcleo organizado da fusão institucional do setor saúde. A atual CIPLAN — Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação MPAS/MS/MEC poderá servir de base para tal;

- atribuição ao órgão colegiado inter-ministerial (hoje, CIPLAN), da orçamentação do setor e do acompanhamento da sua execução orçamentária;

- ratificação dos atos normativos que instituem a estratégia de integração inter-institucional do setor saúde (hoje, "Ações Integradas de Saúde"), como política de reorientação da assistência à saúde no país;

- descentralização das atribuições de gestão financeira, administrativa e política dos sistemas estaduais de saúde (público e privado), às Comissões Inter-institucionais de Saúde (CIS), assim como os seus desdobramentos micro-regionais (CRIS) e locais (CLIS ou CIMS), de acordo com norma específica;

- criação em cada Unidade Federada do Fundo Estadual de Saúde, responsável pela movimentação de todo o recurso de operação do Sistema Estadual de Saúde, gerido pela CIS;

- desencadeamento imediato, pela CIS, da elaboração de planos diretores estaduais e municipais, atualizando capacidade instalada pública e privada, regionalizando e hierarquizando os serviços, assim como identificando as necessidades de expansão;

- agilização dos projetos de captação de recursos para expansão da rede de serviços e execução de alguns progra-

mas prioritários, especialmente junto ao BNDES/FINSOCIAL, CEF/FAS e BIRD (Bando Mundial);

- redimensionamento dos serviços contratados pelo INAMPS à rede privada, de acordo com necessidades de cobertura assistencial, a nível regional;

- criação imediata de grupos de trabalho com participação de representantes de entidades profissionais e de prestadores de serviços organizados para negociação de novas tabelas de remuneração dos serviços de saúde privados contratados pelo INAMPS, observados critérios de complexidade tecnológica e desempenho;

- eliminação de toda e qualquer relação de compra/venda entre as instituições públicas de saúde, substituindo-as por mecanismos de co-gestão, obedecidos critérios específicos de alocação de recursos, conforme as instituições envolvidas;

- instituição, através das CLIS/CIMS, de mecanismos de controle da qualidade assistencial;

- constituição imediata de Grupo de Trabalho para redefinir papel, mecanismos de gestão e financiamento dos hospitais universitários e de ensino;

- retomada imediata do Programa Nacional da Indústria Química e Farmacêutica (engavetado no atual governo);

- revisão imediata de toda a legislação sobre propaganda de medicamentos;

- centralização, numa única instituição, das atribuições quanto à normatização, fiscalização e assistência à saúde do trabalhador (INAMPS ou MS);

- reavaliação imediata dos programas, estratégias e atividades do INAN, com vistas a orientá-lo para o atendimento das necessidades nutricionais prioritárias, eliminando-se o paternalismo, o clientelismo político e o favorecimento de grupos ligados à produção e industrialização de alimentos;

- desencadeamento imediato de um amplo estudo que promova a sistematização de experiências, pesquisas e debates sobre a organização e funcionamento do setor, a ser culminado com a realização de uma grande Conferência Nacional de Saúde, altamente representativa e que tenha por objetivo subsidiar, no correspondente ao setor, a Assembleia Nacional Constituinte. Essa tarefa poderia ser conduzida conjuntamente pela ENSP/FIOCRUZ/MS, e pelo IPEA/SEPLAN, que se articulariam com as demais instituições do setor, num prazo determinado (1 ano), e com recursos especialmente alocados para esse fim (há recursos do BIRD sendo negociado para estudos sobre políticas de saúde, na ordem de 2 milhões de dólares). Nesse período deverão, além da realização de estudos e pesquisas, ser desenvolvida ampla consulta entre as entida-

des representativas do setor, organismos comunitários e políticos, em todos os níveis — local e regional, sendo que a Conferência Nacional de Saúde representará a instância mais global.

Deve-se destacar que as áreas específicas, correspondentes aos vários programas prioritários, como saúde materno-infantil, controle de doenças transmissíveis, odontologia, saúde mental etc., merecem desenvolvimentos e detalhamentos específicos e à parte, por não corresponderem ao teor e às finalidades deste documento.

Documento apresentado como subsídio ao Grupo de Trabalho da Assessoria Parlamentar do PMDB/Saúde.

*A revista Saúde em Debate publica aqui as partes consideradas de maior importância do presente documento, que devido ser muito extenso não pode ser publicado na íntegra.*

## Assinaturas

Considerando a irregularidade das últimas edições da Revista Saúde em Debate, a atual Diretoria do CEBES optou por suspender temporariamente a venda de assinaturas. Para adquirir números atrasados ou obter maiores informações procure o Núcleo do CEBES de sua cidade ou escreva para a Diretoria Nacional.

End: R. Roquete Mendonça, 711  
Bairro São José  
30000 — BELO HORIZONTE