O DILEMA REFORMISTA NA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

SONIA MARIA FLEURY TEIXEIRA*

O título deste artigo inspira-se na tese do Prof. Sérgio Arouca, intitulada *O dilema preventivista — contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.* Essa analogia justifica-se na medida em que tal trabalho pode ser tomado como um dos principais fundamentos teóricos do movimento sanitário que deu início ao processo hoje denominado reforma sanitária. Por outro lado, sua acurada metodologia de análise do discurso preventivista merece ser retomada como fonte de reflexão sobre a ideologia e as práticas do movimento reformador da saúde.

Nesse sentido, resgatamos sua caracterização de medicina preventiva como movimento ideológico,[1] isto é, um "conjunto organizado de práticas ideológicas entendidas como aquelas atividades realizadas no sentido de transformar uma ideologia dada em outra ideologia". No caso da medicina preventiva, parte-se de uma crítica da prática médica, demonstrando sua ineficiência baseada em uma leitura liberal[2] dos problemas representados pelo custo da atenção médica e como proposta à crescente intervenção estatal. A medicina preventiva promove uma reorganização do discurso médico,[3] propondo-se a incorporar os conhecimentos como atitudes: "A medicina preventiva, como se fosse o partido de uma nova atitude",[4] toma o ensino médico como campo estratégico de transformação da sua prática.

Quais as relações que se podem estabelecer no movimento sanitário atual? Em primeiro lugar é preciso identificar as diferenciações no nível conceitual.

A matriz teórico-conceitual do movimento sanitário pode ser encontrado na delimitação de sua área de conhecimento, expressa na adoção do conceito de *saúde coletiva*, uma originalidade nacional face à heterogeneidade de denominações habituais, como saúde pública, medicina social, medicina preventiva, medicina comunitária.

A área de conhecimento da saúde coletiva é delimitada pela especificidade de seu objeto e da metodologia adotada na produção de conhecimentos acerca do mesmo.[5] O objeto é o coletivo, e o método, o histórico estrutural. O coletivo tomado como objeto pode ser referido como: "o meio objeto privilegiado das práticas de saneamento ambiental e do específico conhecimento que as funda-

* Chefe do Departamento de Pesquisas e Publicações da EBAP/FGV.

1 Arouca, Antonio Sérgio Silva. *O dilema preventivista — contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.* Tese de doutorado. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975. p. 8.

2 Id. ibid. p. 8.

3 Id. ibid. p. 17.

4 Id. ibid. p. 20.

5 Teixeira, Sonia M. Fleury. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: Nunes, Everardo, org. *As ciências sociais em saúde na América Latina.* OPS/OMS, Brasília, 1985.

menta; o agente patogênico e seu campo de expansão e contenção reconstruídos a partir do saber biológico; o social como efeito do coletivo estruturado de práticas."[6]

A heterogeneidade apontada não deve esconder a identidade que acarreta a adoção do coletivo como objeto, em qualquer de suas acepções, ou seja, a possibilidade e necessidade de tomá-lo em suas manifestações histórico-concretas, o que remete sempre à necessidade de construção do social como objeto de análise e campo de intervenção.[7]

Portanto, esse é o novo paradigma que dá origem ao movimento sanitário. Partindo da análise dos processos de trabalho e do conceito-chave de organização social da prática médica,[8] tal movimento opera uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada, bem como da sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento.

Mas, para além de sua base técnico-conceitual, a saúde coletiva organiza-se como movimento sanitário, isto é, conjunto de práticas ideológicas, verdadeiro movimento contra-hegemônico, cuja estratégia é a alteração da correlação de forças a partir do aprofundamento da consciência sanitária dos vários atores políticos.

Esse movimento se insere, a partir de um setor específico, na luta pela redemocratização da sociedade brasileira, em uma perspectiva política que se caracteriza pela interpelação dos trabalhadores, quer sejam entendidos como profissionais de saúde quer como usuários do sistema, ambos submetidos a um processo de trabalho cuja lógica de acumulação determina suas condições de produção e de saúde/doença. São sujeitos, portanto, de um processo de ampliação da consciência sanitária, compreendida como "a tomada de consciência de que a saúde é um direito, mas, como esse direito é descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo".[9]

Se a medicina preventiva foi o partido de uma nova atitude, a saúde coletiva e o movimento sanitário que lhe correspondem formam uma unidade dialética entre a construção do saber e as práticas políticas, cuja história merece ser contada.

Correndo o risco de sermos excessivamente analíticos, podemos separar essa trajetória em fases distintas, marcadas pelo espaço institucional, pelos principais atores e pelas estratégicas políticas de atualização do projeto reformado. Esses momentos, definidos não por uma cronologia rígida, mas pela prevalência das estratégias, ocorreram, com freqüência, de forma superposta.

Em um primeiro momento caracterizou-se como um movimento de desenvolvimento de um novo saber, no espaço acadêmico, um dos únicos redutos de resistência ao autoritarismo. Assim, aglutinaram-se profissionais de saúde, dedicados à docência e à investigação, que procuraram recuperar, a partir da produção caracterizada como o sanitarismo desenvolvimentista dos anos 60, as

[6] Dounangelo, Maria Cecília F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: Abrasco. *Ensino da saúde pública*, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro, 1983. p. 20.

[7] Id. ibid.

[8] Nogueira, Roberto Passos. *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica.* Rio de Janeiro, IMS/Uerj, 1987. Dissertação de Mestrado, Uerj, Rio de Janeiro.

[9] Berlinguer, Giovanni. *Medicina e política*. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1983. p. 5.

análises da determinação social da doença, rompendo, porém, com a ideologia industrializante-desenvolvimentista para compreendê-la nos marcos da análise dos processos de trabalho.

A produção do saber não se dá, no entanto, desvinculada de uma prática política, voltada para a difusão do conhecimento, a ampliação da consciência sanitária e a organização do movimento sanitário. Esse é o triedro da saúde coletiva: o conhecimento, a consciência sanitária, a organização do movimento; saber, ideologia e prática política são as três faces da luta contra-hegemônica.

Os limites rígidos impostos pelo regime autoritário foram confrontados, ao final dos anos 70, com soluções inovadoras: a utilização dos recursos mais flexíveis e menos contaminados pela lógica repressiva imperante nas universidades, como os da Finep, propiciaram a criação de centros de pesquisa em saúde coletiva; a criação de uma entidade nacional, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, fornecia respaldo mínimo para a organização do movimento; a publicação da revista *Saúde em Debate* e de vários livros, as inúmeras conferências e debates respondiam à necessidade de difusão ideológica.

Em todos esses casos a limitação imposta era dada pela base estrita, representada por profissionais ligados à produção de conhecimento. A busca de ampliação dessa base, de novos aliados, traduz-se nos projetos de medicina comunitária, desenvolvidos pelos departamentos de medicina preventiva, abrindo espaço para uma prática, em saúde, mais próxima dos valores que inspiram a atuação do movimento sanitário. Trata-se de, na relação de cura, encontrar o aliado potencial: o trabalhador adoecido no processo de produção.

As múltiplas formas de resistência desse movimento, sua versatilidade em ocupar os espaços disponíveis, como os departamentos de medicina preventiva, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), etc., são responsáveis pela sua sobrevivência nesses anos de ferro. Porém, mais do que isso, o zelo com a organização e organicidade parece ter sido o principal elemento de unidade, que se traduzia tanto na busca de bases materiais de sustentação do movimento, quanto no delineamento de uma utopia, jocosamente denominada, à época, de "projeto Andrômeda", capaz de agregar o movimento. Era preciso sonhar, ao mesmo tempo em que se mantinha os pés no chão.

Por intermédio da utopia buscou-se desenhar uma proposta alternativa ao sistema de saúde vigente, de caráter fragmentário, discriminatório, subordinado à lógica mercantilista. Formulou-se a proposta de um sistema único de saúde, público, socializado, universal, integrado, de atenção integral e planejado de acordo com as demandas existentes, utilizando, de forma hierarquizada e regionalizada, os recursos disponíveis.

A prática impunha a ampliação das adesões a essa proposta, e os médicos, destituídos da perspectiva da medicina liberal, assalariados e explorados, seriam, certamente, os primeiros a se sensibilizar. Assim, o segundo momento caracterizou-se pela luta dos profissionais de saúde e pelos movimentos de renovação médica nos seus sindicatos e conselhos.

A consciência sanitária aumentava ao incorporar aos movimentos profissionais a perspectiva mais ampla referente à política nacional de saúde. O médico precisava compreender que sua situação profissional era determinada pelas mesmas causas que afetavam as péssimas condições de saúde do paciente que ele atendia.

Entre o movimento médico, o movimento sanitário de origem acadêmica e o movimento popular pela saúde foram estabelecidas alianças históricas, capazes

de transcender os limites corporativos dos profissionais, a cultura elitista dos cientistas e a ausência de uma visão mais abrangente do movimento popular.

A tensão entre saber e prática requeria que o conhecimento avançasse na direção da incorporação dos problemas colocados pelos movimentos profissionais e populares. Foi necessário que o projeto saísse da crítica genérica ao sistema de saúde para encaminhar propostas referentes à localização de unidades de serviços e às condições de exercício profissional, e defrontar-se com a ausência de alternativas para o saneamento ambiental das favelas e periferias.

O fortalecimento dos movimentos sociais, com o início da redemocratização, propiciou o revigoramento dos movimentos sindical, popular e sanitário, sem que, contudo, fosse possível aprofundar, da mesma forma, as relações orgânicas entre eles.

A democratização colocou em cena o Congresso, na busca de recuperar seu papel e suas ligações com a sociedade. Nesse momento, o movimento sanitário concentrou forças na difusão de suas bandeiras através dos simpósios de saúde realizados no Congresso pelas comissões de saúde da Câmara e do Senado. Este novo espaço de atualização do projeto sanitário possibilitou seu confronto com outros atores, exigindo sua tradução em uma linguagem não só mais formal, como mais próxima de um projeto governamental.

As experiências de implantação de um modelo local de administração da política de saúde, realizadas nas secretarias das prefeituras mais progressistas, foram analisadas e incorporadas, em seus elementos técnicos, ao novo formato do projeto sanitário. Temas como descentralização, sistemas de informação e referência, controle popular, etc. passaram ao centro dos debates.

À medida que o projeto sanitário se aproximou da prática de planejamento e organização dos serviços, defrontou-se com novos atores em um cenário mais amplo: por um lado, os agentes de saúde trabalhando na base dos projetos de extensão da cobertura e os políticos interagindo no âmbito dos sistemas locais e estaduais de saúde; por outro, os produtores privados, que até aquele momento mantinham-se afastados do debate, preservando privilégios a partir de sua ação em canais menos democráticos, como os anéis burocráticos incrustados em todos os níveis de direção do Inamps, sentiram que o avanço do movimento sanitário, representado pelo salto do discurso à prática, poderia vir a ameaçá-los, e participaram dos debates nos simpósios de saúde.

As táticas dos produtores privados, bem como o controle das informações que detêm acerca de produtividade, custos, oferta, demanda, etc. representam mais um obstáculo a ser vencido no nível do conhecimento.

Durante todo esse processo, foi preservada a unidade dialética entre o saber, a ideologia e a prática política, alcançando-se, em cada etapa, a incorporação de novas questões em termos conceituais e técnicos, o aprofundamento da consciência sanitária e a articulação de uma ampla frente suprapartidária.

No entanto, ao se afirmar a unidade dialética entre o saber, a ideologia e a prática política que fundamentam a trajetória e o projeto do novo sanitarismo, não se pretende ocultar as contradições que floresceram ao longo desse percurso, e que serão analisadas ao final desse breve relato histórico.

Não se trata, também, de reduzir a ampliação da consciência sanitária e da organização popular a uma ação demiúrgica de uma elite intelectual dirigente do movimento sanitário, como quando se utiliza a expresão "partido sanitário", cunhada exatamente por aqueles que pretendiam ver a luta pela democratização da saúde como obra de manipulação de alguns indivíduos, e assim ignorar a organicidade desse movimento social.

A luta pela saúde é parte do processo atual de luta pela democratização, e para o qual concorreram inúmeras forças e atores sociais. O que se ressalta, no entanto, é que, no caso específico da saúde, houve o esforço de conduzir esse processo para uma aglutinação mais orgânica em torno de estratégia e projeto comuns. Não há como negar, em um movimento social, o lugar da direção na construção da unidade e da coesão, sem cair, com isso, na simplificação de um fenômeno cuja natureza e dinâmica complexas transcendem as pessoas e instituições que ocupam esse lugar.

Foram essas condições de unidade que fundamentaram a estratégia característica da terceira etapa do movimento sanitário, que poderia ser denominada ocupação de espaços estratégicos no aparelho governamental. Muitos intelectuais de várias áreas foram chamados a ocupar postos de direção com o início dos governos da autodenominada Nova República, e os profissionais vinculados ao movimento sanitário conseguiram, através de uma ampla mobilização, abrir espaços e ocupar, em todos os níveis, os principais postos responsáveis pela condução da política de saúde.

A eficácia dessa estratégia decorreu tanto da capacidade organizativa e de mobilização alcançada pelo movimento sanitário quanto do caráter racionalizador do projeto proposto, já que, desde o final do período autoritário, com a crise financeira do sistema previdenciário que evidenciava a falência do sistema de atenção à saúde, abriram-se espaços de intervenção no aparelho previdenciário, na busca de um modelo mais racional e, portanto, menos oneroso, de atendimento médico.

A partir de 1985, com a absorção de um grande número de profissionais nos cargos de direção dos aparelhos responsáveis pela política de saúde, as questões relacionadas à administração dessa política passaram ao centro dos debates: integração, descentralização, gestão democrática, financiamento, vigilância sanitária, produção e controle de insumos, tecnologia, etc.

Mais do que as questões técnicas, o que se altera fundamentalmente é a lógica política na condução das mudanças propostas. Não se trata mais de organizar a sociedade em torno de um projeto de transformação do Estado, mas se requer a utilização, o manejo do aparelho estatal na direção proposta.

Nesse sentido, duas linhas de ação parecem ter sido as que mais claramente marcaram essa fase atual: a utilização dos instrumentos institucionais a fim de propiciar o aumento da organização técnico-política necessária para o avanço do projeto/processo da reforma sanitária e a transformação e/ou criação de mecanismos capazes de alterar, de maneira gradual e ascendente, a organização institucional do setor, em direção a um sistema público de saúde mais racional, eficiente e democrático.

Essas duas formas de condução da direção institucional, se bem que não estejam de maneira alguma isoladas — ao contrário, recondicionam-se mutuamente a cada momento —, são percebidas ora como complementares, ora como excludentes, enquanto possibilidades de simultaneamente responderem pelo direcionamento e pela estratégia de construção da reforma sanitária.

No primeiro caso, tende-se a identificar a reforma sanitária com o movimento nacional que teve origem na preparação e realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde e em seus desdobramentos posteriores através das conferências de temas específicos, da produção da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, da atuação da Plenária das Entidades da Saúde na Constituinte e de todas as outras formas de atuação e pressão junto à Assembléia Nacional Constituinte. Todos esses eventos estão marcados pela bandeira de luta política e

ideológica — e, portanto, técnica, ética e moral — do direito universal à saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos.

Em torno desse lema e das práticas que lhe correspondem, consolida-se a unidade de uma coalizão democrática, unificando, malgrado as diferenças, um conjunto ampliado de atores e forças sociais jamais alcançado em outros momentos dessa breve história do movimento sanitário.

A outra linha de atuação governamental, de caráter mais institucionalista, embora partindo dos mesmos pressupostos e diretrizes pactuados na Oitava Conferência Nacional de Saúde, busca traduzi-los em uma dinâmica administrativa que procure implementar medidas factíveis e viáveis, afirmando "a consolidação das Ações Integradas de Saúde como o elemento tático mais significativo, nesse momento, dentro da estratégia da reforma".[10]

As inúmeras cisões no interior do movimento sanitário em torno do enfrentamento dessas duas linhas de condução da reforma sanitária foram sempre acompanhadas de tentativas de refazer o pacto original, impedindo a defecção de forças significativas no interior do movimento sanitário. Essa unidade é buscada e obtida pela aceitação dos pressupostos da reforma sanitária (ver anexos 1 e 2) e pelo entendimento do processo da reforma enquanto "considerada (como) um dos caminhos da longa marcha através das instituições e do processo de transformação da sociedade e do Estado."[11]

A necessidade de, nesse fórum, buscar refazer, de maneira impressionista[12] o curso histórico da reforma sanitária, tem como objetivo, em primeiro lugar, tentar apreender a singularidade desse processo diante das demais propostas de reforma que incidem no campo social, enunciadas pelo governo da Nova República.

Assim, diferentemente das reformas previdenciária, administrativa, tributária e do ensino universitário, a reforma sanitária não teve origem em uma proposta governamental, distinguindo-se, inclusive, daquelas cuja elaboração se deu em comissões nas quais a participação de representantes da sociedade civil organizada foi considerada um teste de sensibilidade necessário para avaliar a receptividade ao projeto oriundo da burocracia.

A trajetória da reforma sanitária foi distinta em suas bases sociais e em sua condução política. Sua recente institucionalização representa um fenômeno de outra natureza, já que se trata mais de um projeto social contra-hegemônico que se impõe ao governo de transição. No entanto, é exatamente nesse encontro que residem os problemas, que serão abordados a partir da análise de alguns aspectos do denominado dilema reformista.

Sem pretensões de esgotar o tema, é possível enumerar alguns impasses, de diferentes naturezas, na construção e condução da reforma sanitária.

A construção do projeto da reforma sanitária funda-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde.

A estratégia de transformação da situação de crise, inspirada em uma leitura socializante da problemática da saúde, concretiza-se na perspectiva da luta pela

[10] Brasil. MPAS/MS. *Exposição de motivos n. 31*, 10 out. 1987. p. 2.

[11] Berlinguer, Giovanni. Entrevista a *Proposta — Jornal da Reforma Sanitária, 1*(1), mar. 1987.

[12] Embora tenha utilizado as observações que Sarah Escorel vem desenvolvendo em sua tese sobre as origens do movimento sanitário, a quem agradeço e isento de compromisso com minhas interpretações.

democratização que se baseia na interpelação dos indivíduos enquanto cidadãos, capazes de aprofundar sua consciência sanitária e, assim, transformarem-se em atores sociais organizados na luta pelo direito à saúde como dever do Estado.

Ao lado da fundamentação política desse processo — "da longa marcha através das instituições e do processo de transformação da sociedade e do Estado"[13] — e como parte da estratégia transformista, interpõem-se obstáculos que vão requerer, a cada passo, o aprofundamento da perspectiva racionalizante com a qual esse projeto contra-hegemônico se apresenta como solução para a "crise".

A inserção dessa proposta no interior do governo de transição potencializa suas contradições com aquelas decorrentes da natureza do atual processo de transição. O caráter da transição brasileira, definido por O'Donnell[14] como o melhor exemplo de transição pactuada imprime características e delimita os espaços de atuação no nível governamental. Para esse autor, o relativo, embora perverso, êxito econômico da ditadura militar parece ser um fator crucial na preservação da credibilidade dos atores políticos que compactuaram com o regime militar, sendo, portanto, responsável pela manutenção desses grupos, e suas vinculações, durante o processo de transição.

Desse fenômeno continuísta decorreriam as limitações para uma alteração mais generalizada dos programas políticos e dos aparelhos institucionais legais responsáveis pela formulação e execução de políticas sociais.

Seguindo essas acuradas observações, há que se constatar que a presença de dirigentes governamentais na área de saúde, em um governo com tais características, deve ser analisada à luz da interpretação de que *ser governo não é ser poder.* Ou seja, governo diz respeito às instituições; poder é uma categoria que remete à correlação das forças sociais.

Assim, ser dirigente governamental sem exercício efetivo do poder coloca a questão da perda de credibilidade da reforma sanitária, enquanto projeto que pressupõe uma legitimidade política por eficácia/eficiência do projeto.

Torna-se necessário retomar aqui algumas análises teóricas acerca da natureza e atuação do Estado capitalista, cuja lógica desarticuladora da organização popular transforma as demandas sociais em questões técnicas, destituindo-as de seu conteúdo político.

É nesse sentido que a atuação governamental tende a tornar absolutos os aspectos racionalizantes da reforma sanitária, minando, dessa forma, sua base política, imprescindível para que esse processo transcenda os limites administrativos.

Fenômeno inverso ocorre a partir da reação das forças conservadoras representadas pelos setores capitalistas produtores de insumos e serviços de saúde, mas com capacidade de sensibilizar frações da burocracia, que buscam impedir o avanço da reforma, caracterizando-a como uma mera proposta ideológica (e, portanto, inoperante) de grupos esquerdistas.

Mesmo no interior do movimento sanitário, essa tensão se expressa cada vez mais intensamente na cobrança de uma unidade de ação em torno da *dialética do possível,* como afirma Saraiva Felipe: "Acredito que, explorando o possível de forma decidida, vamos diminuindo a distância entre a intenção e o

[13] Berlinguer, Giovanni. op. cit.
[14] O'Donnell, Guilermo. Transição democrática e políticas sociais. *Revista de Administração Pública.* Rio de Janeiro, FGV, *21*(4), set./dez. 1987.

gesto. Mesmo porque não existe ação no futuro ou transformação substanciada apenas no desejo e nos *slogans.*"[15]

Ocupar os espaços institucionais e atuar de acordo com a dialética do possível aparece como uma decorrência natural de um projeto de transformação setorial em direção a uma democracia social fundada na concepção do cidadão como sujeito de um direito a ser garantido pelo Estado. No entanto, esse projeto também se fundamenta na concepção das classes como sujeito, não de um direito, mas de um processo de transformação da natureza do Estado capitalista enquanto pacto de dominação.

Se bem que urgente e necessária, a mudança institucional só pode ser executada, de forma profunda e conseqüente, a partir da existência de uma base social, uma coalizão de forças, cuja unidade é construída em torno do desejo, da utopia.

A contradição apontada nos debates corporifica-se institucionalmente nas tensões existentes entre os principais órgãos do governo responsáveis pela política de saúde: o Ministério da Saúde e o Inamps. Independentemente do perfil dos dirigentes, o que se impõe é a lógica institucional, sedimentada ao longo de mais de meio século, na qual, ao Ministério da Saúde foi reservada a função ideológica e à Previdência Social a função pragmática de atenção à saúde.

Evidentemente, quando se estabelece aqui essa divisão grosseira não se está tentando sugerir que a ideologia exista sem práticas institucionais, ou o inverso. No entanto, parece claro que os espaços estratégicos ocupados pelo movimento sanitário estão marcados pela inserção institucional no conjunto dos aparelhos do Estado, e que essa marca delimita as possibilidades e táticas adotadas.

Assiste-se, então, a um conjunto de avanços e recuos, cuja explicação precisa ser encontrada nessa perspectiva analítica, sob pena de se cair em uma divisão maquiavélica e fragmentadora, essência política da divisão institucional apontada.

Por um lado, há o avanço da discussão, propiciado pelas lutas travadas no espaço do Ministério da Saúde, tão bem expressas nos resultados da Oitava Conferência Nacional de Saúde. Ao mesmo tempo, constata-se a impossibilidade de transformação institucional desse espaço, como revelam os eventos relacionados à Ceme e Vigilância Sanitária.

De outro lado, avança o processo de integração dos serviços públicos de saúde, impulsionado pela Previdência Social a partir de uma perspectiva administrativa racionalizante que destitui esses avanços do caráter de conquistas do movimento sanitário, direcionando-os para o fortalecimento político da coalizão partidária majoritária.

Finalmente, o último aspecto a ser abordado refere-se ao resgate do elemento saber, no interior do triedro (saber-ideologia-prática política) que se encontra na base do processo da reforma sanitária.

Como se procurou demonstrar, a história da reforma sanitária pode ser lida a partir da relação dialética que se estabelece, em cada etapa, entre os três elementos apontados, de sorte que o avanço de um representou sempre um obstáculo a ser superado pelos demais.

Originado na crítica do saber e na prática médica realizada a partir da construção de um novo arcabouço teórico-conceitual que se respalda na análise da determinação social da doença e da organização social da prática médica,

[15] Saraiva Felipe, José. *MPAS — o vilão da reforma sanitária;* depoimento. Brasília, 1987. mimeogr.

esse processo requeria um projeto de transformação das práticas e instituições de saúde. As diferentes tentativas de implementação de novas práticas e formas de organização dos serviços passaram, por sua vez, a apresentar problemas e exigir o avanço do conhecimento necessário ao seu embasamento. Essa dinâmica não deixou de ser informada, a cada momento, pela dimensão ideológica do projeto, conseqüência e determinante dos rumos adotados na construção do saber e das práticas políticas.

A depuração ideológica que vai ocorrer nesse processo pode ser observada, no nível do conhecimento, como responsável pelo abandono de alguns esquemas teóricos que, embora tenham embasado as análises críticas da problemática saúde/doença, mostraram-se pouco efetivos na formulação de propostas transformistas. Essa questão é importante, e pode iluminar mais uma faceta do dilema reformista.

Atualmente, existe um consenso, quanto à incapacidade de as medidas reformistas adotadas alterarem o conteúdo da prática médica, o "final da linha", o "colóquio singular". Explicações com base na atuação corporativa dos profissionais da saúde ou em sua deformação profissional apontam um problema, mas não uma solução.

O que se pode perguntar é em que medida o paradigma adotado na construção do projeto da reforma é capaz de dar conta de uma transformação das práticas sanitárias. Em outras palavras, a ruptura almejada em termos das relações técnicas e sociais que se reproduzem nas práticas sanitárias não parece encontrar respaldo teórico em um paradigma que assuma o poder como objeto de transformação.

Assim, é necessário repensar os pressupostos teóricos em conexão com as práticas políticas que surgem a cada momento na sociedade civil, como a indicar que os dilemas encontrados podem ser resolvidos a partir da capacidade coletiva de enfrentar as contradições atuais, reconstruindo, a cada passo, a unidade dialética saber-ideologia-prática.

Anexo 1

Proposta para o componente saúde na nova Constituição brasileira

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, em sua Oitava Reunião, realizada nos dias 30 e 31 de março de 1987, no Rio de Janeiro, aprovou o texto a seguir, como proposta para o componente *saúde* na nova Constituição brasileira.

Art. 1.º A saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes do território nacional, sem qualquer distinção.

Parágrafo único. O direito à saúde implica:

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

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

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

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

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

VI — opção quanto ao tamanho da prole;

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

Art. 2.º É dever do Estado:

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

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

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

Art. 3.º O conjunto de ações de qualquer natureza na área da saúde, desenvolvido por pessoa física ou jurídica, é de interesse social, sendo responsabilidade do Estado sua normatização e controle.

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

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

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

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

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

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

§ 3.º A utilização de serviços de saúde de natureza privada, pela rede pública, far-se-á segundo necessidade definidas pelo poder público, de acordo com normas estabelecidas pelo direito público.

Art. 4.º O Estado mobilizará, no exercício de suas atribuições, os recursos necessários à preservação da saúde incorporando as conquistas do avanço científico e tecnológico segundo critérios de interesse social.

Art. 5.º As atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos essenciais para a saúde subordinam-se à política nacional de saúde e são desenvolvidas sob controle estatal, com prioridade para os órgãos públicos e empresas nacionais, com vistas à preservação da soberania nacional.

Art. 6.º O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será provido com recursos fiscais e parafiscais, com destinação específica para a saúde, cujos valores serão estabelecidos em lei e submetidos à gestão única nos vários níveis de organização do Sistema Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O volume mínimo dos recursos públicos destinados pela União, estados, territórios, Distrito Federal e municípios corresponderá anualmente a 12% das respectivas receitas tributárias.

Disposições transitórias:

I — a Previdência Social alocará o mínimo de 45% da contribuição patronal ao Fundo Nacional de Saúde;

II — os recursos da Previdência Social destinados ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde serão gradualmente substituídos por outras fontes, a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance o equivalente a 10% do produto interno bruto.

Anexo 2

Proposta de conteúdo para uma nova lei do Sistema Nacional de Saúde

1. Considerações preliminares

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

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

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

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

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

Em outras palavras, a construção da reforma sanitária — de um novo sistema nacional de saúde — deve ser entendida como um processo de mudanças definido segundo as diretrizes da nova política nacional de saúde.

2. Recomendações

2.1 Quanto aos elementos constitutivos do Sistema Nacional de Saúde (SNS)

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

a) o *público,* que corresponde ao conjunto de instituições e estabelecimentos de saúde de natureza pública, federal, estadual e municipal;

b) o *privado não lucrativo filantrópico conveniado,* que corresponde ao conjunto de serviços de saúde desenvolvidos por entidades filantrópicas comunitárias, conveniadas para integrar as responsabilidades públicas de saúde e, por isso, de caráter público;

c) o *privado lucrativo conveniado,* que corresponde ao conjunto de serviços de saúde desenvolvidos por pessoas físicas ou jurídicas, de natureza privada, conveniados com recursos públicos para complementar a necessidade de prestação de serviços à população e vinculados ao setor público por normas estabelecidas pelo direito público, ou seja, sob hegemonia do interesse público;

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

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

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

Adicionalmente, em caráter transitório, poderá fazer parte da Renassa, sob controle estatal, o setor privado lucrativo, contratado até que o setor público possa substituí-lo através de seus próprios serviços. Os contratos com o setor privado serão sempre regidos pelas normas do direito público que assegurem o controle estatal sobre as ações desenvolvidas, devendo os convênios ser firmados por acordo trilateral (estado, município e setor privado).

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

2.2 Quanto ao campo e atuação

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

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

— a assistência integral à saúde;

— as vigilâncias epidemiológica, nutricional, alimentar e sanitária;

— a participação no controle das condições de trabalho, de saneamento e do meio ambiente;

— a informação em saúde;

— a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico;

— a produção, o controle e a distribuição de insumos estratégicos;

— o planejamento e a administração em saúde;

— o desenvolvimento e a administração de recursos humanos em saúde.

2.3 Quanto à divisão de trabalho entre os níveis federal, estadual e municipal

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

As ações da Rede Nacional de Serviços de Saúde deverão realizar-se, pois, segundo os níveis de atribuição governamental descritos a seguir.

União:

a) gestão, coordenação, controle e avaliação do SNS, em nível nacional, com papel predominantemente normativo e de articulação intersetorial, com a participação dos níveis estadual e municipal;

b) elaboração, com a participação dos níveis estadual e municipal, do Plano Nacional de Saúde e suas estratégias globais;

c) execução direta dos serviços e ações de saúde, de pesquisa e apoio técnico, de abrangência ou caráter nacional;

d) regulamentação das relações entre os setores público e privado de prestação de serviços de saúde;

e) gestão do Fundo Nacional de Saúde e efetivação dos repasses para os Fundos Estaduais de Saúde conforme os critérios definidos;

f) implementação, em conjunto com os níveis estaduais e municipais, do Plano Nacional de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos no Setor de Saúde;

g) implementação, em conjunto com os níveis estaduais e municipais, do Plano Nacional de Incorporação e Desenvolvimento de Tecnologia em Saúde, e de Produção e Fornecimento de Insumos Estratégicos: equipamentos, medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados.

Estados, territórios e Distrito Federal:

a) planejamento, gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Nacional de Saúde em nível estadual;

b) compatibilização das normas e diretrizes federais com o quadro jurídico-legal da unidade federativa e as peculiaridades do Sistema de Saúde em nível estadual;

c) execução direta dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual ou microrregional, com ênfase no Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica; os serviços de caráter microrregional poderão ser executados, em situações favoráveis, por município(s) da microrregião;

d) celebração, gestão e controle dos convênios realizados com os prestadores de serviços, com interveniência dos níveis municipais;

e) gestão do Fundo Estadual de Saúde e efetivação de repasses para os Fundos Municipais de Saúde, conforme critérios estabelecidos;

f) elaboração e coordenação do Plano Diretor Estadual de Serviços de Saúde, com vistas à implementação da cobertura universal da população e do território estaduais pelos serviços de saúde;

g) implementação, em conjunto com os níveis federal e municipal, dos sistemas estaduais de administração e desenvolvimento de recursos humanos do setor de saúde, de informação sobre saúde, de desenvolvimento tecnológico e produção de insumos básicos.

Municípios:

a) planejamento, gestão, coordenação, controle e avaliação do sistema de saúde em nível municipal;

b) execução direta dos serviços e ações de saúde de abrangência ou caráter municipal, com ênfase nos serviços básicos de saúde, na vigilância sanitária e na saúde ocupacional e controle de doenças endêmicas;

c) gestão do Fundo Municipal de Saúde;

d) implementação, em conjunto com os níveis federal e estadual, dos sistemas municipais de administração e desenvolvimento de recursos humanos em saúde e do sistema de informação sobre saúde.

Esta nova configuração do sistema de saúde requer que cada esfera de governo execute aquelas ações através dos serviços cuja abrangência corresponda ao território sobre o qual tenha jurisdição. Isto é, aquelas ações e serviços hoje mantidos pelos governos estadual e federal e de alcance municipal em princípio deverão ser transferidos, com os respectivos recursos, para o comando do município; aquelas que atendam a vários municípios ou sejam de alcance estadual deverão ser colocadas sob o comando estadual; e as de âmbito nacional deverão ser federais, cabendo ao nível federal a legislação e normatização das ações que tenham um mesmo padrão nacional. Isto permitirá romper com a duplicidade de ações entre as diferentes esferas.

Ao nível federal caberá, portanto, formular a política nacional de saúde, exercendo todas as funções de coordenação nacional, da mesma forma que

competirão aos estados as ações de coordenação entre os municípios, com base em uma política estadual de saúde.

Isto implicará a definição de um sistema de informação de concepção nacional, no que diz respeito aos dados necessários, para um adequado acompanhamento, controle e avaliação em nível nacional, com os correspondentes desdobramentos compatíveis nos níveis estadual e municipal.

Em termos institucionais, o princípio do comando único implica que todas as atribuições de nível federal quanto à saúde devam ficar em um único e novo Ministério da Saúde, capaz de implantar a reforma sanitária que deverá coordenar e acompanhar a descentralização das instituições federais para os estados e municípios.

Como o processo de transição envolverá simultaneamente o acompanhamento e a descentralização, há que se conformar uma nova estrutura que seja responsável pelas *novas* funções federais, já que não se trata de fundir os atuais Inamps, FSESP, hospitais universitários, Sucam, etc., pois, seguramente, a quase totalidade dos serviços dessas instituições passaria para os níveis estadual e municipal.

A instituição responsável, política e administrativamente, pelas ações e serviços definidos como de caráter estadual ou de abrangência regional no âmbito dos estados seria a nova Secretaria Estadual de Saúde; da mesma forma, a Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente o seria para o que for de âmbito municipal, considerando-se que pelo menos os serviços básicos de saúde devam ser integralmente transferidos, com os respectivos recursos, aos municípios.

2.4 Quanto à intersetorialidade

O reconhecimento do caráter intersetorial da ação de saúde implica que sejam previstos mecanismos jurídico-legais e administrativos de articulação intersetorial que permitam:

— a formulação integrada das políticas sociais e setoriais, de acordo com os interesses e necessidades da política nacional de saúde;

— a avaliação do impacto dos vários setores sobre os níveis de saúde da população.

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

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

— saneamento e meio ambiente;

— abastecimento de alimentos básicos;

— formação de recursos humanos em saúde;

— ciência e tecnologia;

— produção e fornecimento de equipamentos, medicamentos e outros insumos básicos;

— habitação e ocupação de espaços urbanos e rurais;

— relações e condições de trabalho.

2.5 Diretrizes da Rede Nacional de Serviços de Saúde

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

2.5.1 Quanto à organização

- Integração institucional

Haverá um comando único em cada esfera de governo. Isso significa a existência de uma única instituição pública, em cada nível de governo, responsável pelas atribuições correspondentes — no nível federal, o novo Ministério da Saúde; no estadual, as Secretarias Estaduais e Saúde, e no municipal as Secretarias Municipais de Saúde ou equivalentes.

- Distribuição físico-funcional da rede

Os serviços públicos e conveniados deverão organizar-se em uma rede única, em cada unidade federativa, dividida conforme critérios de regionalização e hierarquização. A hierarquia dos serviços de saúde deverá dar-se de acordo com critérios de complexidade tecnológica em níveis de atenção primária, secundária e terciária.

O módulo administrativo final do sistema será constituído de uma rede integrada de serviços de saúde, no nível local, com as seguintes características:

— cobertura da totalidade dos habitantes da área territorial de sua abrangência, com vinculação da clientela aos serviços do nível primário de atenção;

— abrangência das ações de saúde compatível com o princípio da *integralidade* que fundamenta o campo de atuação da Renassa;

— resolutividade do atendimento até o nível secundário de atenção;

— gestão participativa que deve implicar efetivo poder em nível de decisão e de controle das ações dos serviços de saúde;

— delegação de competência, por parte do órgão de gestão antes referido, a uma autoridade executiva única, para ordenação de despesa e dos demais sistemas administrativos;

— fácil identificação, pela população, da instância única responsável pelas ações dos serviços de saúde.

O módulo administrativo final não é uma nova instância de poder nem um novo "poder intermediário" entre os níveis estadual e municipal: ou coincide com o território do município ou pode agrupar um conjunto de municípios, ou ainda, um único município pode conter vários deles, dependendo da realidade local. Neste sentido ele é sempre de natureza essencialmente municipal.

As secretarias estaduais de saúde deverão adequar a sua organização criando níveis regionais com alto grau de autonomia administrativa (correspondendo a microrregiões do estado) e responsáveis pela coordenação regional do sistema estadual de saúde e a administração dos serviços de caráter regional. Seu papel predominante será de apoio técnico aos módulos finais do sistema. Devem zelar pela fluidez dos mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços e efetuar a consolidação, nesse nível, do setor de informação sobre saúde.

25.2 Quanto ao financiamento do sistema

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

a) a Renassa será financiada por recursos oriundos de fontes fiscais federais, estaduais e municipais, em valores nunca inferiores a 12% das respectivas receitas tributárias;

b) até que o gasto total do país com saúde alcance 10% do PIB, a Previdência Social participará do financiamento da Renassa, destinando à mesma o mínimo de 45% dos encargos pelo empregador; a partir de então esses recursos poderão ser substituídos por outras fontes;

c) os recursos destinados à Renassa serão operados através dos Fundos Únicos de Saúde de caráter nacional (FNS), estadual (FES) e municipal (FMS);

d) o FNS será destinado a financiar as ações e serviços de saúde de abrangência nacional e a prover os fundos estaduais de saúde com recursos definidos de acordo com critérios populacionais, epidemiológicos, técnicos e com a realidade econômico-financeira da unidade federativa (os Fundos Estaduais de Saúde terão a função correspondente, mas em relação aos municípios, e os Fundos Municipais de Saúde estarão voltados para a esfera municipal);

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

f) o componente dos repasses federais e estaduais, de caráter compensatório dos profundos desequilíbrios do atual sistema tributário, será anulado na medida em que for implantado um sistema tributário mais justo para unidades federativas e municípios;

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

h) o FNS será composto de: recursos da União (tesouro e outras fontes) e da Previdência Social (até que se alcancem 10% do PIB com o gasto em saúde no país), bem como de outras dotações não regulares;

i) os FES serão compostos de recursos do tesouro do estado, recursos dos institutos previdenciários, definidos de acordo com a peculiaridade de cada unidade federada, recursos repassados pelo FNS e de outras dotações não regulares;

j) os FMS serão compostos de recursos do tesouro municipal, recursos de organismos previdenciários municipais, definidos em cada caso, recursos dos FES e de outras dotações não regulares;

k) não poderão ser financiados com recursos públicos investimentos em serviços privados de finalidade lucrativa.

2.5.3 Quanto à gestão

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

A gestão deverá obedecer aos seguintes princípios:

a) como princípio básico, em todos os níveis, a gestão da Renassa deverá ser participativa, envolvendo governo, usuários (através de suas entidades representativas) e prestadores de serviços (através de suas entidades representativas);

b) a participação deve implicar efetivo poder nos níveis de decisão, planejamento, gestão, controle e avaliação das ações e serviços prestados pela Renassa;

c) no nível nacional existirá o novo Conselho Nacional de Saúde vinculado ao novo Ministério da Saúde, com função de formulação e controle da execução da política nacional de saúde; nos níveis estaduais e municipais, haverá os conselhos estaduais e municipais, com atribuições correspondentes;

d) os níveis hierarquizados de organização do SNS terão um conselho de administração integrado por dirigentes e funcionários de serviço, com participação dos usuários;

e) os fundos nacional, estaduais e municipais se subordinarão ao novo Ministério da Saúde e às novas SES e SMS/Prefeituras, respectivamente, e serão geridos por colegiados que terão representações dos conselhos correspondentes.

2.5.4 Quanto aos recursos humanos em saúde

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

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

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

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

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

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

e) deverá buscar-se uma real integração ensino/serviço em todos os níveis de escolaridade, de forma a se evitar que no fundo os serviços tenham de arcar com a responsabilidade de capacitação profissional, como vem ocorrendo. A integração ensino/serviço deverá dar-se em resposta mais às necessidades de saúde do que ao simples fornecimento de estágios para os treinandos. Deverá ser aproveitada, ao máximo, a potencialidade das instituições de ensino no oferecimento de possibilidades de contínuo aperfeiçoamento das equipes de saúde;

f) a lei deverá fazer restrição à acumulação de emprego único no setor público com outras modalidades de remuneração, como o credenciamento, a propriedade ou a direção de serviço de saúde privado;

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

2.6 Estratégia de transição

2.6.1 Prazo

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

2.6.2 Objetivos

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

2.6.3 Medidas

- Na área dos recursos humanos em saúde

As medidas nesta área abrangem:

— conjugação de vínculos de médicos e dentistas em uma única unidade ou módulo, de forma a assegurar o tempo integral geográfico como pré-requisito para o emprego único;

— estabelecimento de incentivos salariais para os que optarem pelo emprego único;

— mecanismos emergenciais de reciclagem/capacitação das equipes de saúde;

— novas admissões feitas para o emprego único e visando a eliminação das distorções hoje presentes na composição das equipes de saúde.

- Na área da descentralização

As medidas de descentralização compreendem:

— elaboração dos planos estaduais de transferência dos equipamentos do nível de administração federal para os estados e municípios e dos estados para os municípios, com a definição geográfica e populacional dos SSNL;

— início imediato e progressivo da transferência dos equipamentos federais para estados e municípios, em forma plena, ou através da etapa provisória de co-gestão;

— abertura da composição das instâncias de articulação interinstitucional, possibilitando a participação de representações sociais envolvidas na questão da saúde nos motores políticos do processo da reforma sanitária.

- Na área do financiamento

O financiamento compreende as seguintes medidas:

— substituição imediata da atual sistemática de remuneração das Ações Integradas de Saúde (AIS) pelo Inamps (pagamento por produção), de forma a

permitir uma redistribuição mais justa e adequada desses recursos entre estados e municípios, e possibilitar sua aplicação nos pontos de estrangulamento do processo de implantação e qualificação da rede. A co-gestão pode ser a forma mais adequada, no momento, para os serviços já em funcionamento;

— uso da programação e orçamentação integrada — POI/86 e 87 — para o dimensionamento das necessidades para 1988;

— reclassificação dos serviços de saúde privados convencionados em lucrativos e não-lucrativos, com vistas à diferenciação do tratamento e participação na Renassa.

• Na área da gestão

Serão criadas as Comissões Estaduais da Reforma Sanitária (Cers), como grupos executivos encarregados da implantação, do acompanhamento e da avaliação da reforma sanitária em cada estado. Tais comissões deverão ter como elemento nuclear as CIS e abrirão espaço à participação da sociedade, através de representações dos segmentos organizados, como associações de moradores, sindicatos, profissionais de saúde, bem como de representações de instâncias do poder político, como a Comissão de Saúde da Assembléia Estadual e a representação do poder municipal.

Tais comissões, uma vez consolidadas, com o engajamento dos governadores, deverão cumprir papel fundamental para a unificação do sistema de saúde em cada estado, cabendo-lhes criar as condições políticas e técnicas para a viabilização do projeto da reforma sanitária.

Contudo, este projeto pouco avançará sem um real envolvimento de cada município e sem sua efetiva participação no processo decisório e na mobilização das bases para a conquista da saúde.

Dentre as funções das Comissões Estaduais da Reforma Sanitária, podem-se destacar:

a) a discussão da aplicabilidade e adequação dos conceitos e critérios de organização do sistema único em relação à realidade de cada estado;

b) o desencadeamento do processo de regionalização de seu âmbito (definição dos conceitos e critérios de regionalização; elaboração dos projetos; discussão e aprovação de cronograma de desenvolvimento e implantação; definição de critérios de alocação e realocação de recursos de acordo com a demanda e a tecnologia empregada;

c) a diagnose da situação dos profissionais de saúde quanto ao número, emprego e salário, com vistas à formulação de planos de cargos e carreira, em cada estado, que contemplem a isonomia salarial;

d) a definição da política de aplicação de recursos, tendo em vista os planos e projetos na direção da reforma sanitária, bem como a situação de transição (aprofundar e garantir a POI em cada unidade, segundo os critérios da Cers); a avaliação dos cursos no estado e da universalização pretendida;

e) a definição e implementação da política de insumos e tecnologia, articulando-a com instituições de ensino e pesquisa;

f) a revisão das necessidades físicas de contratação de serviços privados, obedecendo à hierarquia de prioridades entre setores público, privado não lucrativo e privado lucrativo.

- Outras medidas

Os sistemas de assistência à saúde "fechados" (patronal, forças armadas, previdências estaduais e municipais, serviço de empresas públicas, etc.) são incompatíveis com o sistema único universalizado e equânime proposto. Assim, cada situação deve ser analisada em particular pelo órgão colegiado do SNS no nível correspondente, com vistas à sua gradual absorção pela Renassa. Enquanto isso, propõe-se que seja eliminado qualquer recurso ou subsídio público para o financiamento desses sistemas.

Devia ter início a revisão da legislação correlata em saúde, com vistas à compatibilização com a o nova lei do SNS.

Deverá ser feita uma análise das formas de organização das práticas de saúde consideradas aéticas ou, no mínimo, polêmicas, como o seguro-saúde, a medicina de grupo e outras, com vistas a seu disciplinamento e/ou coibição.

Summary

This article retraces the path of the sanitary movement, from its origins, with the Department of Preventive Medicine, to the present, when its foremost development will be the establishment of the sanitary reform.

From that historical analysis, the author tries to stress the contradictions found at different levels, such as the specific knowledge, the ideology and the practice of the reform itself.