

Os partidos e a Saúde

— Partido Comunista Brasileiro (PCB) — Estabelecimento de uma política urbana que preserve o ecossistema e seja rigorosamente anti-especulativa.

— Partido Comunista do Brasil (PC do B) — Defesa da Amazônia e medidas contra a poluição de rios, lagos, mar e lugares habitados provocada por indústrias ou agrotóxicos.

— Partido Democrata Cristão (PDC) — Implantação de um plano Nacional de Assistência Social que assegure a todos o acesso hospitalar, assistência alimentar e de ampla rede hospitalar flexível sob orientação de um Segredo Estatal e preservação da Amazônia.

— Partido Democrático Social (PDS) — Ampliar e aperfeiçoar os programas de aposentadoria e pensões, saúde e assistência social, amparo à maternidade, infância, velhice e desvalidos, assegurar a redução de acidentes no trabalho e recomendar a intervenção do Estado para preservar o equilíbrio ecológico.

— Partido Democrático Trabalhista (PDT) — Política de saúde baseada em predominância da medicina preventiva com participações dos organismos populares na fiscalização, controle e gestão dos sistemas de saúde e uma legislação que defenda o ambiente natural contra a poluição.

— Partido da Frente Liberal (PFL) — Combate sistemático às moléstias endêmicas e às epidêmicas, programas de alimentação destinados à população de baixa renda, controle rigoroso da poluição e incentivo ao reflorestamento, oferta de serviço de abastecimento d'água e de esgotamento sanitário às comunidades urbanas e adoção de uma política de planejamento familiar, fundamentada na paternidade responsável.

— Partido da Juventude (PJ) — Transferência para a competência única e exclusiva do Estado com estatização de todo o sistema hospitalar.

— Partido Liberal (PL) — Estado deve providenciar aos carentes, assistência médica e odontológica, independente de contribuições previdenciárias, sendo os recursos obtidos por impostos, prioridade a programas de alimentação de gestantes e crianças e defesa do meio ambiente, onde as associações são estimuladas pelo Estado.

— Partido Liberal Brasileiro (PLB) — Política de saúde onde a medicina tenha o exercício liberal e as empresas passem a ser responsáveis pela saúde de desempregados e familiares, desenvolvimento dos programas de alimentação à população carente e proteção à vida animal e vegetal.

— Partido Municipalista (PM) — Uso de medicina social.

— Partido Municipalista Brasileiro (PMB) — Defesa da natureza e combate à poluição e às endemias, saneamento e abastecimento de água aos municípios, planejamento e execução de um programa nacional de assistência médica, odontológica, e hospitalar coordenada pela União, Estado e municípios e interiorização da assistência médico-hospitalar.

— Partido Municipalista Comunitário

(PMC) — Cabe aos municípios ou a organismos intermunicipais a administração da saúde, lutando para que todos tenham acesso.

— Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) — Nacionalização gradual das multinacionais dos remédios; recuperação da Central de Medicamentos, financiamento da saúde através de seguro estatal, universal, compulsório e descentralizado; assistência odontológica como obrigação do Estado; defesa da Amazônia; controle de enchentes e poluição ambiental sob gestão municipal, apoiando a criação de organizações de defesa da ecologia, principalmente a nível local.

— Partido Nacionalista Democrático (PND) — Reformulação do sistema de concessão de benefícios aos segurados do INPS e aos servidores públicos, agilização de um programa de assistência médico-hospitalar à população sem direito aos beneficiários da Previdência Social.

— Partido da Nova República (PNR) — O Estado deve fornecer uma alimentação de subsistência aos necessitados, assim como um percentual significativo do Orçamento deve ser destinado à Saúde e para o saneamento básico.

— Partido Socialista (PS) — Preservação da natureza e controle da poluição ambiental; organização de um sistema nacional de previdência social gerido pelas organizações sindicais de empregados e patrões, implantação de creches, hospitais e ambulatórios para atendimento gratuito às pessoas de baixa renda.

— Partido Socialista Brasileiro (PSB) — Manutenção da saúde pública sob dever do Estado, que proporcionará a todos assistência médico-higiênica e hospitalar.

— Partido Socialista Cristão (PSC) — Promover nacional exploração dos recursos naturais do País, reestruturar o sistema de Previdência Social propiciando um atendimento efetivo e eficaz e multiplicar e aparelhar hospitais e postos de saúde, aprimorando a medicina preventiva.

— Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) — Defesa da Amazônia e proteção ao meio ambiente.

— Partido Tancredista Nacional (PTN) — Subsídio estatal e produtos essenciais na alimentação da população carente, ressurgimento dos restaurantes populares e assistência de uma legislação que vise o equilíbrio ecológico.

— Partido Trabalhista Reformador (PTR) — Estudo e facilidade à assistência social, o auxílio e o socorro mútuo formado privado; assistência médica e hospitalar, inclusive alimentar ao homem do campo; manutenção do meio ambiente e preservação ecológica.

— Partido Trabalhista Renovador (PTR Renovador) — Reformular a política nacional de saúde, retirando da Previdência Social a assistência médica, hospitalar e odontológica, subordinando-a ao Ministério da Saúde e assegurar às gestantes, nutrízes e lactentes, atendimento obrigatório.

Diretrizes para um Governo democrático

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Embora o Brasil, nas últimas duas décadas — até a manifestação da crise em anos recentes — tenha experimentado expressivo crescimento em seu Produto Bruto, a perversidade do modelo econômico imposto à nação não permitiu repercussões significativas na área social. Setores fundamentais como emprego, alimentação e nutrição foram agravados.

A desocupação total da força de trabalho que em 1979 era de 13% da população economicamente ativa, chega a 19% em 1983 (10 milhões de trabalhadores).

Em 1975, 67% da população brasileira não atingia o consumo mínimo recomendado de 2.240 calorias/dia; mesmo assim, de 1975 a 1983 o índice de disponibilidade de calorias por habitantes caiu 13% e o de proteínas 9%.

Dessa forma, a política econômica concentracionista e, também agora, recessionista, vem determinando a rápida e crescente deterioração do nível de vida dos brasileiros.

Sendo saúde expressão de qualidade de vida das populações, não escapou à deterioração observada, o que indica, claramente, que as mudanças no setor devem estar compatibilizadas com uma política econômica e social que permita um desenvolvimento, com justa distribuição de renda, voltado para os reais interesses da Nação e que vise ao objetivo último da justiça social.

O QUADRO SANITÁRIO NACIONAL

No Brasil há uma convivência das denominadas "doenças da pobreza", típicas de países subdesenvolvidos, com aquelas características das nações industrializadas.

Desse modo, sem ter equacionado seus problemas básicos de saúde, peculiaridades do Terceiro Mundo, o Brasil incorpora, aceleradamente, as doenças próprias das sociedades industriais.

De um lado, a malária abrange uma área de 7 milhões de quilômetros quadrados e apresenta uma incidência crescente de 160.000 casos novos ao ano; há, aproximadamente, 7 milhões de chagásicos, 6 milhões de portadores de esquistossomose, 200.000 tuberculosos e 500.000 hansenianos e as doenças diarreicas, ligadas às más condições de saneamento básico, chegam a responsabilizar-se por 40% das mortes infantis nas regiões mais pobres do País. Tudo isso agravado pela desnutrição, numa população onde somente 30% dispõem de uma dieta calórica adequada.

De outro lado, as doenças crônico-degenerativas apresentam elevado peso específico nas regiões industrializadas. As doenças do aparelho circulatório, os tumores e os acidentes chegam a atingir 60% do total de óbitos nas regiões Sudeste e Sul. Cerca de 10% da população brasileira sofre algum tipo de distúrbio mental e seu tratamento, frequentemente, induz a internações e cronificações desnecessárias. As condições de trabalho, determinantes, da saúde do trabalhador, não são devidamente levadas em conta. Em 1982, a Previdência Social anunciava, oficialmente, a existência de 1.200.000 trabalhadores com invalidez permanente por acidente de trabalho. Nesse mesmo ano, ocorreram 1.218.922 acidentes de trabalho, 26.233 com incapacidade definitiva e 4.496 óbitos.

Para fazer frente a esse quadro sanitário, estruturou-se no País um tipo de organização sanitária elitizada e caracterizada por elevada centralização, descoordenação de ações, multiplicidade de sistemas de prestação de serviços, desigualdade no acesso social e geográfico, imprevisibilidade de gastos, ênfase na atenção hospitalar, dicotomia entre ações coletivas e individuais com hegemonia estas últimas, uso excessivo de tecnologia sofisticada e gestão tec-

nocrática.

Tal situação é agravada pela irracionalidade da importação de modelos alienígenas e pela forte vinculação do setor à Previdência Social.

A atual estrutura organizacional vem sendo operada com recursos que são fatalmente insuficientes na sua globalidade, decrescentes nos anos recentes e incongruentes com a estrutura de morbilidade do País.

Pode-se constatar que os dispêndios públicos federais com saúde — os mais significativos dado o grau de centralização da economia — decresceram em termos reais, 25% no período 1980/83. Ademais, esses recursos não estão concentrados nas áreas prioritárias, dos pontos de vista social e epidemiológico, já que, enquanto 84% se destinam à atenção médico-hospitalar, apenas 3% são alocados aos serviços básicos de saúde e pouco mais de 2% ao controle de doenças transmissíveis.

DIRETRIZES DE UM PROGRAMA DE SAÚDE PARA UM GOVERNO DEMOCRÁTICO

Um programa de saúde de um governo democrático não pode ser decorrência de elaboração exclusivamente técnica e, por conseqüência, não pode ser imposto à população sem uma ampla discussão.

Nesse sentido, apresenta-se, aqui, um conjunto de diretrizes gerais que devem ser debatidas por todos os segmentos sociais, especialmente, o Congresso Nacional, os partidos políticos e a sociedade civil organizada.

Considera-se fundamental que a atual forma de organização sanitária brasileira deva ser modificada pela estruturação de um Sistema Unificado de Saúde que tenha como principais diretrizes:

1. Eliminação da artificial dicotomia entre a saúde das pessoas e saúde coletiva, através da incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde, sendo o Sistema de Saúde coordenado pelo Ministério da Saúde;

2. Universalização da cobertura dos serviços, e equalização do acesso a todos os usuários, fazendo desaparecer a discriminação entre as clientela;

3. O financiamento do sistema se dará pela integração efetiva dos recursos públicos federais, estaduais e municipais através de percentuais mínimos fixados nos respectivos orçamentos e de percentuais fixos das arrecadações dos sistemas nacional, estaduais e municipais de Previdência Social, Finsocial e FAS;

4. Descentralização do sistema, de tal modo que à União caiba uma ação normativa e de financiamento e aos estados e municípios a definição e operacionalização de sistemas regionais e locais de saúde. Um dos objetivos da descentralização será a municipalização, já não mais entendida como a simples transferência de ônus às municipalidades;

4.1. Consolidação de sistemas estaduais articulados com sistemas municipais de saúde que atendam peculiaridades regionais e locais de modo a fortalecer o Regime Federativo de Saúde;

5. Regionalização e hierarquização dos serviços, partindo do simples para o de maior complexidade e adaptável às peculiaridades regionais com prioridade para a implantação e expansão de uma rede básica de serviços públicos, adequada às necessidades da população;

6. A formação e capacitação de recursos humanos para o setor deverá ser motivo de reformulação, o que envolverá uma estreita relação com o Ministério da Educação e Cultura e com as Secretarias Estaduais de Educação, dando-se ênfase à profissionalização de pessoal auxiliar e de nível médio e à reestruturação dos cursos de nível superior para atender aos novos perfis profissionais que o sistema vai exigir. Nesse campo, deve-se estimular

reformas pedagógicas centradas na integração serviço-ensino, com normatização curricular e de quantitativos de profissionais. O sistema deverá, gradativamente, definir uma política de recursos humanos que contemple o mérito como forma de seleção, uma política salarial homogênea, adequada ao mercado de trabalho, a criação de carreiras e bom incentivos para trabalhos em áreas de menor nível de desenvolvimento e um processo de educação continuada.

As entidades filantrópicas deverão ser parte ativa e fundamental do sistema Unificado de Saúde, articulando-se com o setor público e oferecendo retaguarda ambulatorial e hospitalar;

8. O setor privado deverá desempenhar, no Sistema Unificado de Saúde, um papel suplementar ao do setor público, especialmente na rede hospitalar onde tem uma presença significativa. Contudo, novas relações de financiamento deverão ser buscadas, a fim de garantir a natureza e a previsibilidade dos gastos. A expansão da rede hospitalar deverá ser normatizada pelo sistema, o qual não deverá interpor nenhum obstáculo à ação da medicina privada liberal;

9. O Sistema Unificado de Saúde terá flexibilidade suficiente para a elaboração e implantação de programas adaptados às prioridades regionais e locais, considerando como atividades fundamentais, as seguintes:

9.1 - Atenção integral à saúde da mulher e da criança;

9.2 - Controle das doenças transmissíveis imunizáveis, das endemias rurais e das doenças controláveis por saneamento e por programas especiais;

9.3 - Atenção médica ao adulto;

9.4 - Sistemas simplificados de saneamento básico para áreas não atingidas pelo sistema convencional;

9.5 - Saúde mental através de um programa centrado no atendimento ambulatorial, por equipes multiprofissionais, que evite a excessiva hospitalização;

9.6 - Saúde bucal, com prioridade para a fluoretação das águas de abastecimentos e para a atenção aos escolares de sistemas incrementais de odontologia simplificada;

9.7 - Vigilância sanitária de alimentos, medicamentos, agro-tóxicos e biocidas;

9.8 - Garantia ao trabalhador de condições de higiene e segurança no trabalho que vise a evitar acidentes e doenças profissionais e de tratamento e recuperação na rede de serviços básicos;

9.9 - Um programa de produtos imunobiológicos e medicamentos essenciais a serem ofertados, gratuitamente, na rede de serviços básicos;

9.10 - Avaliação da tecnologia utilizada no sistema;

9.11 - Vigilância das profissões e estabelecimentos relacionados com atividades de saúde;

10. Em todos os níveis do sistema, deverá ser garantida a participação dos usuários no planejamento e avaliação de seus resultados, como maneira efetiva de seu controle democrático de se antecipar às possíveis tendências de clientelização, burocratização, corporativização ou tecnocratização do Sistema Unificado de Saúde.

A presente proposta deverá ser uma opção política irredutível de um governo democrático.

Se esse compromisso político for realmente levado às últimas conseqüências — fruto de uma reaproximação entre Estado e Nação — o Sistema Unificado de Saúde operará em níveis de eficiência e eficácia desejáveis, fazendo desaparecer a fantasia da inevitável ineficiência do setor público e garantia de melhores níveis de saúde à população.

Documento aprovado durante a XVIII Reunião do CONASS, em outubro de 1984.

A participação do cidadão

Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)

— elaboração de uma política nacional de saúde que leve a uma completa reformulação do atual sistema de saúde, corrupto, caótico e a serviço dos interesses econômicos, que redunda num Sistema Único de Saúde, que descentralize aos estados e municípios a responsabilidade pela aplicação dos recursos;

— efetiva aplicação dos programas do INAN, com participação das entidades comunitárias (Federações, Unions Municipais e Associações de Moradores);

— fixação de uma política nacional de saneamento básico que assegure a 100% da população, no prazo máximo de 15 anos, o acesso aos serviços de distribuição de água, coleta de esgoto e de lixo;

— ampliação de no mínimo 15% do

orçamento público em saúde;

— reivindicar a participação da CONAM na Comissão Nacional de Frazões, criada recentemente pelo MPAS;

— participação das Federações nos Conselhos Comunitários de Saúde, de nível estadual e das Unions de Associações de Moradores, nas de nível municipal;

— remuneração dos agentes populares de saúde — sempre escolhidos pela população, sob a coordenação da Associação de Moradores, onde não exista que deverão fazer parte do quadro de pessoal das Unidades de Saúde do Estado ou Município;

— participação do Movimento Comunitário (CONAM, Federações, Unions e Associações de Moradores), em todos os níveis das Ações Integradas de Saúde.