

Estado e sociedade não se afinam quanto ao valor da saúde

”Se perguntarmos a cada um dos habitantes deste país qual o seu projeto de vida mais íntimo e essencial, duvido que alguém não responda que é ter uma vida mais saudável e mais longa. Mas esta percepção individual, contudo, não se traduz numa política ou mobilização social. É preciso reverter este quadro através da participação da sociedade para tornar a saúde uma prioridade e manifestação mais concreta da condição de vida de um povo.”

Este trecho da participação do assessor para assuntos sociais da Casa Civil da Presidência da República, Eleutério Rodrigues Neto, sintetiza o tom de sua intervenção nos debates, onde destacou que a Assembléia Constituinte terá o poder de alterar regra do jogo e que, por isso, é um importante momento para o setor inserir na nova Constituição seus principais anseios de renovação.

A “Reforma Sanitária” preconizada pela conferência abandonou os limites clássicos do sistema de prestação de serviços para reconsiderá-lo à luz de um conceito de saúde amplo, compatível com o conhecimento científico disponível e a realidade econômica, social e política da nação:

“**E**MBORA a determinação social do processo saúde/doença seja reconhecida teórica e empiricamente há muito, a Reforma Sanitária a se efetuar, a toma por base, referindo que a “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”; o que implica em reconhecer a possibilidade de sua alteração na medida da intervenção concreta sobre esses fatores.

A Reforma Sanitária não pode pretender pois, ser um “pacote” terminado, mas um processo que reorienta a prática institucional e de toda a sociedade, na perseguição das melhores condições de saúde para todos, como um fim a que deve se propor o processo de democratização do país, sem o que qualquer progresso ou avanço econômico e tecnológico perderá seu sentido social último — uma vida melhor e mais longa para todos os cidadãos.

Nessa perspectiva, coloca-se mais uma questão central proposta pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que é a universalidade do direito à saúde e o dever do Estado quanto à sua promoção, proteção e recuperação. Esses princípios devem pois, sem qualquer tergiversação, ser os orientadores centrais da Reforma Sanitária.

Como consequência, deve constituir conquista da Reforma Sanitária a clara definição constitucional no que concerne à não discriminação, sob qualquer hipótese, de clientela objeto das ações de saúde, estas sob responsabilidades do Estado. Isso significa, na prática, a indiferenciação entre populações previdenciária e não-previdenciária, urbana e rural, o que deve levar à aceitação de que a saúde é uma função pública e não o futuro de um contrato (ainda que coletivo) de seguro. Decorre também daí o fato de que a Previdência Social brasileira se reorienta para suas ações precípua de

seguridade social, aperfeiçoando seus mecanismos de proteção e sua família.

Ao setor saúde, redefinido, caberia as funções de normatização e vigilância dos meios e agentes que constituam riscos à saúde individual e coletiva, bem como, e por anterioridade, o desencadeamento de ações e controles que, incorporando o conhecimento disponível, assegurem uma crescente melhoria das condições de vida e saúde da população. Por outro lado, as ações de recuperação da saúde que, no entanto, não devem se constituir em um sistema à parte, mas integrado e contínuo com relação às medidas e processos de promoção e recuperação da saúde, dentro da perspectiva de assegurar a todos que necessitam o cuidado, da complexidade técnica, que cada caso merece.

Os conceitos antes enunciados que devem informar a Reforma Sanitária levam a que o sistema de prestação de serviços de saúde não seja compreendido apenas como o de atenção médico-hospitalar às pessoas, embora o inclua de forma privilegiada.

A idéia da integralidade da ação de saúde, assim como da pluricausalidade na sua determinação leva a que os serviços de saúde assumam o papel de “administradores” da questão saúde em sua área de atuação.

Assim, variando em grau, de acordo com sua especificidade de ação no processo de promoção, proteção ou recuperação da saúde, todos os serviços da rede deverão exercer atividades nesses três campos de atuação. As ações de vigilância sanitária, controle ambiental, controle das condições de trabalho, vigilância epidemiológica, proteção contra riscos específicos, bem como o atendimento das necessidades de saúde individuais não devem, assim, ser objeto, cada qual, de estrutura específicas, mas estar organizadas solidariamente em cada serviço de saúde. Num sistema hierarquizado como se pretende, é evidente que os serviços do chamado nível primário de atenção disporão dessas atividades em quantidade, extensão e organização distintas daqueles de nível terciário, referências para estes.

Ainda que possa-se lançar mão do concurso de serviços médico-hospitalares privados, com o fim de viabilizar a cobertura assistencial adequada, estes deverão estar subordinados e conformes com o



Eleutério Rodrigues Neto

poder público, sendo resguardado a este o direito de intervenção ou mesmo expropriação a bem da continuidade da prestação de serviços nas quantidades e qualidades necessárias.

A diretriz, no entanto, deverá ser a de que o crescimento da rede, quando necessária, seja feito através do setor público, resguardando-se apenas o livre direito de se instalar ao setor privado que negocie livremente os seus serviços sem qualquer subsídio ou intervenção do poder público, a não ser em aspectos técnicos e éticos.

Das conclusões e recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde emanam três princípios organizativos básicos que devem orientar a definição do novo perfil estrutural-funcional do Sistema Nacional de Saúde — **integração, descentralização e participação.**

Cada um desses princípios encerra uma série de implicações sobre as quais se deterrá a seguir.

A integração significa a eliminação das multiplicidades de comando em cada esfera de governo. Isto é, a concentração das responsabilidades setoriais em uma instituição de nível federal, em uma em

Eleutério Neto apresentou a proposta que elaborou com base no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada este ano. Sua proposta recebeu a aprovação dos participantes do I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO). A proposta está sendo analisada atualmente pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que abriga representantes de vários ministérios, secretarias de Saúde, centrais sindicais e patronais, para servir de arcabouço ao texto que será incluído na Constituição.

Seria a fixação das diretrizes almejadas por uma reforma sanitária, “que deve significar a transformação na qualidade de saúde, e não apenas um conjunto de leis”. O JORNAL DO BRASIL publica aos principais pontos da proposta apresentada por ele para o conteúdo “Saúde” da futura Constituição.

Da mesma forma, os municípios que assim permitirem (por condições técnicas e administrativas) deverão ter suas Secretarias Municipais como as instituições responsáveis, nesse nível, pela questão saúde.

Essas idéias eliminam as atuais táticas de administração colegiada vigente nas Ações Integradas de Saúde (CIS, CLIS; etc), uma vez que não haveria mais uma partilha de poder em cada esfera de governo. Apenas existirão ações de âmbito nacional, de âmbito estadual e de âmbito municipal.

A descentralização deve ser entendida não apenas no aspecto administrativo, mas como essencialmente política. Isso porque a necessidade de descentralização se impõe como estratégia para uma maior aproximação entre as instituições e os seus fins, seus usuários, e não apenas como meio de assegurar uma eficiência, de acordo com interesses e objetivos definidos centralmente.

Ao contrário do que preconizavam todos os instrumentos normativos dos anos do autoritarismo (como o Decreto Lei 200/67), em que a descentralização era apenas mais uma tática de “onipresença”, ou de penetração insidiosa do governo federal até os mais longínquos rincões, o conceito que se deseja utilizar representa uma nova concepção de federação. Os estados deverão ser reforçados nas suas atribuições e responsabilidades, assim como os municípios, reservando-se ao governo federal as ações próprias da coordenação política e do planejamento deste imenso, complexo e diverso país.

As propostas de novas atribuições para cada “nova” instituição de saúde federal, estadual e municipal já se encontram em vários documentos — propostas, inclusive no próprio relatório da 8ª Conferência.

De qualquer forma, não é demais reforçar as idéias de que:

- toda ação finalística deve ser executada preferencialmente pela instituição da esfera de governo mais próxima à população (o município);
- as ações de âmbito estadual e as de âmbito federal, serão as de responsabilidade dos níveis correspondentes — planejamento; coordenação e informação; serviço de referência esta-

dual e nacional; organismos de atuação estadual e nacional, etc.;

- o processo de redistribuição entre as várias instituições não pode ser feito por decreto, mas a partir de planos e projetos específicos de âmbito estadual e municipal;
 - as mudanças a ocorrer no nível estadual deverão ser de dois tipos: uma, que representa a incorporação de atribuições e atividades hoje sob responsabilidade federal; outra, simultânea, de repasse de muitas de suas atuais atribuições para os municípios.
- A “participação” deve ser entendida como a possibilidade do controle social; a permeabilidade das instituições às pressões e reivindicações majoritárias; o reconhecimento da representatividade das várias entidades organizadas democraticamente.

Embora muitas dessas questões devam ser objeto de trabalhos específicos, convém lembrar algumas que significam, hoje, pontos de estrangulamento fundamentais para a Reforma Sanitária.

- a primeira é a própria lei 6229/75 que precisa ser reformulada através de legislação ordinária, não sendo dependente do processo constitucional;
- outra é a política de pessoal; enquanto não se encontrar a fórmula para uma integração das políticas de pessoal de saúde dos níveis federal, estadual e municipal, com emprego único, é impossível se pensar em resolutividade dos serviços; há que se considerar todas as hipóteses, inclusive a do emprego único de saúde federal (mesmo que o exercício seja estadual ou municipal);
- a política de financiamento, em termos de novas fontes, novos montantes e a gestão dos “fundos de saúde”, associadas à questão da reforma tributária, também são pre condições para o novo perfil organizacional do setor; agregue-se o problema fundamental da necessidade de investimento no setor público, relegado a segundo plano ao longo dos últimos anos;
- outro problema a ser equacionado é a unificação ou incorporação dos serviços de saúde prestados por instituições públicas a seus funcionários e dependentes, através de “fundos fechados” (empresas públicas) ou do próprio recurso público, como é o caso da maioria dos Ministérios, da Câmara e do Senado, assim como as Forças Armadas.”