

Prioridade x Escassez em Saúde - Visão Política

José Aristodemo Pinotti

Deputado Federal; Professor Titular de Ginecologia da USP; ex-Secretário da Saúde e da Educação do Estado de São Paulo; ex-Reitor da Unicamp

A saúde no Brasil encontra-se em um momento de grave crise, mas que significa também oportunidade de correção e aprimoramento. Apesar dos relevantes avanços da década de 80, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição de 1988 e algumas experiências bem sucedidas de implementação do SUS, os anos 90 iniciam-se com uma contra-reforma centralizadora que desestruturou o sistema e o tornou permeável a toda sorte de distorções: o atendimento de pacientes particulares pagantes nos hospitais públicos e universitários, a terceirização muitas vezes desnecessária, a ociosidade dos hospitais públicos e centros de saúde, a cobrança "por fora", a fraude no faturamento dos hospitais contratados, além do desvirtuamento de certos órgãos no Ministério da Saúde, como a CEME, e laboratórios oficiais. O resultado é dramático e se faz sentir não só por episódios como os de Caruaru e Santa Genoveva, mas também por questões menos enfocadas mas igualmente _ ou mais _ graves, como a perda anual de sete mil mulheres por câncer de colo uterino, doença que pode ser evitada, pois é sexualmente transmissível, e diagnosticada precocemente, com facilidade e baixo custo. Nada pode funcionar em um sistema que há muito deixou de ser sistema. Mesmo a injeção de mais recursos não resolve. A prova disso é que em 1994 aplicava-se R\$ 68 por habitante/ano; em 1996, esse valor foi elevado para 102 reais. E ninguém, em sã consciência, pode afirmar que nesse período a saúde melhorou. É dentro desse enfoque mais amplo que o autor discute a questão da escassez de recursos e prioridades na saúde. O problema é primordialmente gerencial e apresenta dois ou três movimentos de mudanças estruturais _ particularmente a descentralização e o fim da ociosidade do setor público _, os quais convenientemente realizados podem reverter essa situação e obter resultados mensuráveis e satisfatórios. A nova estrutura permitirá também a revisão e o aprimoramento de várias políticas dentro do contexto do Ministério, entre as quais ressaltaria a de medicamentos, reorganizando-se totalmente a CEME, que passaria a ser o órgão formulador da política de medicamentos do país, e não apenas compradora e distribuidora de produtos. Os laboratórios oficiais, com o objetivo de baratear custos (consegue-se fabricar por um preço de quatro a dez vezes inferior) deveriam ser produtores da cesta básica de medicamentos (Rename), para oferecê-los gratuitamente à população carente, dentro de normas regulamentadoras. O conjunto dessas medidas, com um acréscimo gradativo e sustentado de recursos, permitirá um enorme salto qualitativo em saúde, direcionando o país para o desenvolvimento humano, com reflexos em todas as outras áreas da vida e da economia nacional.

UNITERMOS _ Sistema de saúde, saúde pública, SUS, descentralização

A escassez é uma constante em saúde: desde países como o Brasil, que gastam menos de 100 dólares *per capita*/ano, até aqueles como o Canadá, com 3.000 dólares *per capita*, queixam-se da falta de recursos. Por um lado, a tecnologia de ponta, os procedimentos experimentais, os medicamentos novos, os recursos humanos altamente especializados; por outro, a ânsia de viver mais e melhor farão sempre da saúde um campo de constante insatisfação. Disso resulta a importância de definir prioridades no contexto de uma política de saúde. Esse é o maior dilema de nossos dias, pois se desenvolve em um contexto complexo e minado de interesses. Temos um sistema de saúde dual, proveniente de uma mistura não resolvida entre a Constituição de 1988 e a "Contra-Reforma", centralizadora, iniciada em 1991.

Para encaminhar o processo de forma ética e racional, é preciso saber o que desejamos: ou uma saúde colocada no mercado, onde aquele que tem recursos compra qualidade e abrangência de ações, ou uma saúde como direito universal. A resposta ética é a que aponta para a saúde como direito, porém fora de um estado paternalista de bem-estar social findo com o determinismo histórico da globalização. Esse é o desafio a que deve responder uma política de saúde que defina prioridades com vistas à administração da escassez.

Com esse objetivo, faço no presente trabalho um retrato preliminar da estrutura da saúde em nosso país. Iniciarei verificando qual o impacto de certas ações governamentais sobre essa área tão crítica e delicada, terminando com uma proposta preliminar de ação, incluindo aquelas de responsabilidade do Congresso Nacional.

1. Um retrato realista da estrutura do sistema

Qualquer análise que trace *um retrato realista da saúde* em nosso país verificará que ela se demonstra caótica pelos dados preocupantes de morbimortalidade (que são bem conhecidos e não serão aqui discutidos), pela

organização e estrutura arcaicas e distorcidas e pela insatisfação dos usuários, trabalhadores e pensadores de saúde. Os gigantescos números de atendimento divulgados pelo Ministério da Saúde, particularmente através dos contratos com os hospitais privados, não conseguem esconder as internações desnecessárias e as milhares de outras, necessárias, que não são feitas. Evidenciam-se também a baixa cobertura _ e a conseqüente dificuldade de acesso, especialmente do segmento mais pobre _ e a má qualidade e desumanidade do atendimento. Completam esse quadro o crescimento das taxas de morbimortalidade, em descompasso com o nível de nossa renda *per capita*. Essa situação dramática precisa urgentemente ser mudada.

Com menos de 100 dólares *per capita*/ano, os recursos aplicados na saúde são e serão sempre considerados insuficientes no Brasil. A tendência para um gradativo aumento nos últimos anos não soluciona os problemas, pois eles são também mal aplicados pela reação centralizadora ocorrida a partir de 1990, por uma terceirização caótica e desorganizada definida como prioridade para os hospitais privados e pelo sucateamento das unidades públicas de saúde. A conseqüência maior é a penalização do usuário, dos trabalhadores de saúde e também das instituições, que acabam assumindo posições ilegais e imorais, como faturamentos indevidos e cobranças "por fora", "justificadas" pelos pagamentos insuficientes e atrasados do Governo.

O diagnóstico final é um sistema desorganizado, centralizado, terceirizado, com crescente restrição de recursos _ em face de suas demandas _ e permeado por práticas delinqüentes, cuja resultante é a situação precária em que hoje nos encontramos. Medidas pontuais não resolverão qualquer problema, porque estão sendo verticalizadas em um sistema que não funciona e que rechaça qualquer programa, mesmo os bem intencionados, uma vez que não se inseririam em um todo completamente modificado e com organicidade, de modo a permitir o seu funcionamento.

O problema é grave e complexo e, evidentemente, não será solucionado com propostas de relativizar direitos à saúde previstos na Constituição, como as da PEC 32-A, ou com a simples transformação das unidades hospitalares em "organizações sociais". A realidade é que, nestes últimos cinco anos, terceirizou-se caoticamente a saúde e, hoje, o setor privado contratado, que absorve cerca de 50% dos recursos da área, é mal remunerado, mal controlado, fraudado com freqüência e atende sem eficiência ou eficácia. O setor público está sucateado e ocioso, parcialmente privatizado e parasitado pelos planos de saúde, sobrecarregado com os casos de maior complexidade, que se acumulam nas filas ou nas macas de um grande, desumano e mal-ordenado Pronto- Socorro (metáfora da própria representação da saúde brasileira). As ações de prevenção, extremamente necessárias, inexistem ou se resumem a planos-piloto que nada resolvem, ou às antigas campanhas de vacinação que não guardam relação com a nossa triste realidade epidemiológica que reúne as doenças do subdesenvolvimento, ainda não resolvidas, e aquelas do desenvolvimento, fora de controle.

Do ponto de vista das decisões, encontramos-nos em um momento em que há duas opções opostas. A primeira, para a qual infelizmente estamos nos encaminhando, é institucionalizar a terceirização, reforçando-a com mais verbas, sem as correções necessárias e sem qualquer possibilidade de apresentar alguma melhora para o usuário. A outra opção é priorizar o setor público, sem qualquer pretensão de torná-lo hegemônico, cujas instalações e recursos humanos, hoje ociosos por mera incompetência administrativa, são suficientes para atender a pelo menos cinco vezes mais pacientes.

2. As distorções do sistema de saúde

As graves distorções do atual sistema demandam uma análise aprofundada para uma abordagem mais global e mais efetiva da questão. As tabelas do Sistema Único de Saúde pagam, com atraso, aos hospitais contratados e conveniados, quantias irrisórias pelos serviços prestados, que não cobrem o custo dos procedimentos (R\$ 2,00 por consulta; R\$ 190,90 por uma cesárea; R\$ 190,88 por uma apendicectomia).

O controle do faturamento é precário e não privilegia a qualidade, a humanidade, a eficiência e a necessidade do ato médico. Um computador, em Brasília, confere as contas de todo o país (só em São Paulo existem mais de 2.000 prestadores). Se as faturas estiverem de acordo com o número de salas e leitos que os hospitais dispõem, se os nomes conferirem com pessoas vivas e seus respectivos RGs e os diagnósticos conferirem com os dias previstos de internação, numa velha avaliação de mais de duas décadas, a conta é aprovada e paga. Dessa forma, acaba-se por, freqüentemente, pagar fraudes, quando "bem feitas", e glosar injustamente instituições sérias, por darem altas precoces e praticarem outros avanços incompatíveis com um programa arcaico e centralizado de computação.

A fraude se sustenta nesses fatos e é quase institucionalizada. Quando se faz vistas grossas, ela jamais se coloca nos limites éticos. Um dos últimos superintendentes do INAMPS calculou essa fraude em 30% dos valores pagos _ o que num universo da ordem de 7 bilhões/ano, representa 2,1 bilhões de reais/ano.

Um outro aspecto, ainda não convenientemente avaliado, reside na manipulação realizada pelos hospitais contratados com relação ao faturamento enviado ao SUS e aos Planos de Saúde que, por falta de fiscalização do

Estado, pode ser duplo, ou seja, muitos hospitais podem estar recebendo duas vezes pelo mesmo paciente. Pior que a fraude no faturamento é a *fraude das internações*. O pagamento efetuado aos hospitais contratados para os casos realmente necessários acaba redundando em prejuízo, o que ocasiona internações desnecessárias que eventualmente dão certo lucro ou, pelo menos, uma "estatística" para comprovar que o hospital atende o SUS, permitindo-lhe vantagens fiscais importantes.

Os doentes realmente necessitados ficam, freqüentemente, sem atendimento e têm que recorrer à área pública que, salvo raras exceções, está abandonada, com filas enormes para consultas, cirurgias ou mesmo internações. Essa fraude é maior que a do faturamento, significando a "fraude humana" que rouba vidas e cria sofrimentos quase insuportáveis.

Quanto aos *medicamentos*, podemos afirmar que não existe uma política no país. O não-cumprimento do Decreto nº 793 (dos genéricos), assinado em abril de 1993, por contrariar os interesses dos laboratórios multinacionais, é um bom exemplo. Se fossem denominados por seus agentes ativos ou sais básicos, e assim receitados, não só teríamos uma prescrição mais exata como o seu custo seria sensivelmente reduzido e sua aquisição mais acessível. Nesse caso, lamentamos a atuação da Central de Medicamentos (CEME) que, ao invés de elaborar e implementar uma política de medicamentos, se transformou em uma simples e ineficiente compradora e distribuidora de medicamentos. Em geral, compra (quando poderia produzi-los nos laboratórios públicos), gastando recursos de grande monta (como foi publicado nos jornais recentemente), realiza a sua distribuição com atraso e, muitas vezes, com o prazo de validade quase vencido.

Para agravar essa situação, os laboratórios públicos que existem em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pernambuco e outros estados _ que poderiam estar produzindo medicamentos para atender a 90% das necessidades da população mais carente, a preços quase de custo e revendê-los aos serviços públicos e filantrópicos _ estão desativados ou sendo usados "comercialmente", como efetivamente ocorreu na Fundação Universidade de Ribeirão Preto (FURP), em São Paulo, quando da compra de medicamentos de alto custo, totalmente em desacordo com os objetivos iniciais e sociais da instituição.

Para explicar a "neopolítica" de medicamentos adotada em nosso país e a perversidade do processo, cito a Lei das Patentes _ uma das obrigações assumidas pelo Brasil com os Estados Unidos que, se aprovada (o que é quase certo), acabará definitivamente com a indústria nacional de medicamentos, criando novos empregos no exterior e desempregos no país, dando continuidade à ausência total de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico na nossa área de fármacos. Só com a real possibilidade de sua aprovação, 36 laboratórios farmacêuticos encerraram a produção e deixaram o Brasil.

É difícil quantificar os recursos que se esvaecem pelo *uso parasitário que os planos de saúde e a medicina liberal fazem do serviço público e do SUS*. Informações provenientes de vários hospitais públicos, particularmente os universitários, revelam que um percentual significativo de doentes aí atendidos gratuitamente têm algum tipo de plano privado de saúde. O paciente paga o seu plano de saúde e este o encaminha, direta ou indiretamente, ao sistema público gratuito para a realização de exames e cirurgias de alta complexidade e custo.

É difícil calcular o montante desse rombo mas, seguramente, alcança alguns milhões de reais/ano. No Hospital das Clínicas de São Paulo (HC/SP), onde são gastos mais de um milhão de dólares por dia, calcula-se que percentagem significativa desses recursos vai para essa vala comum. Se imaginarmos que os 2.000 leitos do HC/SP correspondem a pequena percentagem dos leitos públicos do estado, teremos só aí um rombo do serviço público difícil de calcular, mas certamente muito oneroso para os cofres públicos.

Um outro *parasitismo* é o que advém do uso que alguns médicos fazem dos serviços públicos de saúde, exercendo aí sua "atividade liberal" e cobrando por ela. Em alguns hospitais públicos internam-se doentes particulares e cobram-se honorários para o médico que os atende. Gasta-se dinheiro público, utiliza-se recursos humanos contratados e pagos pelo poder público para satisfazer o apetite econômico de alguns poucos médicos.

A conseqüência não é apenas mais um rombo no orçamento da saúde, mas principalmente o afastamento de doentes necessitados dos hospitais, os quais deveriam ser referência para os mesmos. Por estas e outras razões _ entre as quais as exclusões das doenças de tratamento mais caro, o descumprimento das cláusulas contratuais, os prazos de carência, os custos elevados e a rescisão unilateral dos contratos _ faz-se urgente a necessidade de uma regulamentação para os planos e seguros de saúde, em todas as suas modalidades.

A saúde é questão especial. Jamais poderá ser deixada ao arbítrio da oferta e da procura. A sociedade brasileira não mais pode ficar submetida aos questionáveis interesses, vontades e ações dos empresários. É responsabilidade do Ministério da Saúde e do Congresso Nacional estabelecer as regras deste jogo, hoje iníquo, antiético e desumano.

O pagamento "por fora", cobrança indevida e fraudulenta, é outra fresta pela qual escoia significativa parcela do dinheiro do usuário. Esta, no entanto, é mais perversa, pois se trata de uma cobrança indevida e fraudulenta. Na atual situação caótica e absurda em que se encontra o sistema de saúde, o cidadão doente, salvo exceções, acaba sendo obrigado a pagar "por fora" para ser atendido na rede privada contratada e, eventualmente, em alguns serviços da rede pública. Em recente pesquisa desenvolvida pela Universidade de Campinas (Unicamp) (Cemicamp/Banco Mundial) foi detectado que 80% das mulheres que ligaram suas trompas na rede contratada e mesmo pública pagaram "por fora" para obter esse procedimento. Um grande hospital filantrópico de São Paulo mostrou que esse procedimento antiético era prática generalizada no seio da instituição.

A questão é antiga. Por combatê-la, já fui até processado. Ela foi "redescoberta" agora e colocada _ possivelmente para ser aceita e oficializada _ como um dilema sem solução: "Os médicos ganham tão pouco que não é possível operar sem cobrar por fora". Junto com raciocínios como esse, foi ressuscitado no Congresso Nacional um projeto de decreto legislativo (445/94) que institucionaliza o pagamento "por fora".

Continuar nesse caminho significa legalizar a desonestidade e descriminar o estelionato. Tudo isso acontece com o maior cinismo e sem qualquer pudor, inserido em um processo de ruptura dos valores sociais e ênfase no consumismo, onde se conhece o preço de tudo, mas não se conhece o valor de nada, e no qual a saúde vem sendo cada vez mais considerada como uma mercadoria e cada vez menos um direito. É verdade que o SUS paga muito mal (R\$ 2,00 por uma consulta e R\$ 190,90 por uma cesariana), mas não é justo nem ético fazer com que recaia sobre o paciente a responsabilidade de corrigir essa distorção.

Não tenho dúvida que os hospitais contratados devem reclamar pelo mau pagamento e reivindicar melhores tabelas; que os médicos devem lutar por uma melhor remuneração; que as associações de classe devem colaborar com isso e que o Estado deve ser pressionado, de todas as formas, pelos médicos e hospitais prejudicados, a realizar um pagamento mais justo. Entretanto, usar o caminho mais fácil (mais covarde seria o termo correto), ou seja, pressionar o usuário pobre, fragilizado pela doença, em um momento de grande tensão emocional, e dele exigir um pagamento por fora, sem o qual a cirurgia ou o tratamento não será feito, é o cúmulo da perversidade, da imoralidade e também da ilegalidade. Para aqueles que não sabem, o usuário já pagou por isso nos descontos do seu salário, que vão para a Seguridade Social. E o hospital e seus médicos, por sua parte, têm um contrato com o Ministério da Saúde aceitando essas tabelas.

Além do mais, esse não é, de longe, o único ga-nho do médico e tampouco o único ganho do hospital. Os hospitais privados contratados que servem aos doentes do SUS não vivem só disso. Vendem planos de saúde, têm doentes privados internados, têm importantes vantagens fiscais; por sua vez, os médicos também têm outros ganhos nesses mesmos hospitais e fora deles.

Além da perversidade com o paciente, o pagamento "por fora" serve também aos interesses daqueles que desejam a continuidade dessa situação absurda, onde os recursos recolhidos para a Seguridade Social são desviados dela e da saúde, e o Ministério da Saúde fecha os olhos para a degradação moral da cobrança indevida permitindo que a conta recaia novamente para os pacientes, que já pagaram previamente e que agora pagam de novo e indevidamente.

Tudo isso é produto da terceirização que, além de tudo, causou tragédias como as de Caruaru e da Clínica de Repouso Santa Genoveva. Essa mesma terceirização é que consome inutilmente vários bilhões de recursos do Ministério da Saúde, todos os anos. É preciso diminuí-la significativamente, fazendo com que os hospitais públicos atendam a população com eficiência e dignidade, dando fim a uma ociosidade de até 70% de sua capacidade plena.

Temos, na maior parte do país, hospitais suficientemente equipados, com médicos contratados e competentes, para atender 80% dos casos que estão sendo desnecessariamente terceirizados. Evidentemente, é preciso pagar dignamente aos médicos e trabalhadores da saúde e administrar melhor os hospitais. Entretanto, o enorme recurso que está sendo jogado fora para terceirizar o atendimento é mais do que suficiente para acabar com a ociosidade do sistema público e atender bem todas as pessoas, sem que haja necessidade de institucionalizar o pagamento "por fora". Apesar de todas as tentativas, cada vez mais cínicas e despudoradas, de inverter esse princípio, repito: "saúde é um direito" (artigo 192 da Constituição) e não uma mercadoria. Para preservar esse direito, é preciso garantir o caráter público não-hegemônico do sistema de saúde, valorizar os profissionais e respeitar o usuário. É tudo o que não está sendo feito.

A redução dos recursos públicos destinados ao sistema teve como objetivo o crescimento das empresas de planos privados. O fato de a sociedade estar contribuindo, pela segunda vez, para obter sua assistência médica e a intensa propaganda do supérfluo patrocinada pelas empresas privadas fizeram crescer a exigência de condições "especiais" de atendimento. Essas condições nem sempre são de qualidade _ difícil de ser identificada pelo usuário -, mas sim de conforto. Os helicópteros, o carpete e o vaso de flor passaram a impressionar o comprador desse atendimento, como efeito colateral do neoliberalismo inconseqüente aplicado na saúde.

A *segunda porta nos hospitais*, que hoje é incentivada pelos planos privados, caminha para ser institucionalizada em todos os serviços, inclusive nos públicos municipais e estaduais que, para aumentarem os recursos escassos, estão sendo autorizados a destinar parte da sua capacidade para atendimentos remunerados. No estado de São Paulo, o limite sugerido é 30%. Sem dúvida alguma, as tabelas das empresas privadas _ muito mais atrativas que as do SUS _ elevarão esse percentual para 40%, 50% com muita rapidez, verificando-se que o paciente de "convênio" é atendido no mesmo dia, enquanto o do SUS deve aguardar por longos períodos.

A nossa proposta tem sido a de limitar o atendimento nos serviços públicos apenas para os pacientes não-pagantes. Se, por alguma razão, pacientes beneficiários de algum plano privado desejarem fazer uso dos mesmos, isso deve ser permitido, porém não lhe serão oferecidas condições especiais e muito menos ambientes próprios ou entrada diferenciada. Por outro lado, os planos de saúde deverão ser obrigados a ressarcir os hospitais públicos dos serviços prestados aos seus beneficiários. Os pagamentos recebidos dessa forma deverão ser recolhidos em caixa único e utilizados pela instituição na promoção de melhoria nas condições de atendimento ou de remuneração da equipe de saúde como um todo, e nunca para aqueles que atenderam especificamente os casos pagos.

A *ociosidade do hospital público* tem várias causas, já discutidas neste trabalho. Essa ociosidade, além de ocasionar o não-atendimento da demanda, gera também um custo excessivo. Em 1987, os centros de saúde de São Paulo apresentavam um índice de 70% de ociosidade, e o custo médio de um atendimento se equiparava ao de uma consulta particular nos serviços mais sofisticados da cidade. Por isso, eles estão vazios. Não porque não exista demanda, mas porque o cidadão sabe que lá ele não será atendido. Isso volta a ocorrer agora, tornando os serviços públicos de saúde excessivamente caros, além de inoperantes.

Entretanto, eles continuam a ser fontes importantes de despesas. Os médicos não comparecem mas são pagos; os funcionários ficam sem poder trabalhar ou faltam e o dinheiro público é gasto sem resultado concreto. Assim, boa parte dos recursos aplicados na saúde pública também é desperdiçada e, dessa forma, mais alguns milhões de reais escoam pelos ralos da incompetência administrativa.

A terceirização caótica acaba por priorizar erroneamente o complexo sobre o simples, o curativo sobre o preventivo, o caro sobre o barato, pois as ações privilegiadas são as lucrativas, redundando em uma enorme despesa adicional, com pouco impacto sobre a saúde e inviabilizando a *integralidade das ações*. Alguns anos atrás a UNICAMP publicou um trabalho sobre economia e saúde, demonstrando que o custo do diagnóstico precoce e tratamento de um caso de câncer do colo uterino inicial era nove vezes mais barato que o tratamento do mesmo em estágio avançado, com a diferença de que ainda se obtinha a cura em 100% dos casos e, no diagnóstico tardio, em cerca de 20 a 30% deles.

Mas por que fazer prevenção? Por que é mais barato? E se fosse mais caro? Prevenir é atuar no sentido de melhoria da qualidade de vida e, sobretudo por isto, deve ser uma prioridade dos serviços de saúde e uma preocupação fundamental dos seus profissionais.

Não se pode entender, entretanto, a questão da saúde e do desenvolvimento da qualidade de vida apenas sob o prisma da contabilidade. O sentido último da ciência não pode ser outro senão o de amenizar o sofrimento da existência humana; por isso ela precisa sempre de raízes humanísticas. Caso contrário, o progresso da humanidade perde o sentido.

Por essas razões, minorar o sofrimento e atender aos doentes será sempre a primeira missão dos serviços de saúde, mas isso deve ser feito segundo o princípio da integralidade das ações, de forma eficiente e eficaz, articulando o conjunto de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Apesar do melhor resultado econômico e sanitário das ações de prevenção, elas só se revestem de um significado ético quando oferecidas de maneira integrada às demais ações de saúde.

Na verdade, ousaria dizer, frente ao senso comum, que historicamente as ações de promoção e de prevenção da saúde populacional tendem a aumentar a longo prazo os custos dos serviços de saúde, porque atuam na melhoria da qualidade de vida e no seu prolongamento. O crescimento desses fatores, por sua vez, tende a aumentar a esperança de vida e alongar o perfil da distribuição populacional, ampliando faixas etárias que, por uma limitação biológica, necessitam de maiores cuidados de saúde, geralmente mais complexos e caros. Estima-se, por exemplo, que 40% dos gastos com saúde realizados pelos indivíduos ocorrem no último ano de vida. Em vista de seu interesse comercial, planos privados de saúde afastam, por essa razão, as faixas populacionais mais avançadas. Os anos de vida perdidos em um determinado ponto histórico, que podem ser recuperados pela ação integral dos serviços de saúde, tendem a transformar-se em custos maiores no momento seguinte.

Essa é uma das razões do aparente paradoxo mediante o qual quanto melhores as condições e os indicadores de saúde, em alguns países, mais se gasta em termos *per capita*, e esses países com melhores condições são os

mais pressionados para maiores inversões futuras na área. Para se chegar a um gasto *per capita* ideal em saúde há também, dentro desta conceituação, que se compare a esperança de vida em diferentes países _ abstração da realidade científico-tecnológica e da organização dos serviços de cada formação social dos diferentes países, que definem patamares distintos de necessidades, segundo a situação histórica.

Enquanto a humanidade não encontrar o seu paraíso, o instinto da busca da sobrevivência e do prolongamento da existência sempre resultará em pressões de custos nas ações de saúde. As medidas de prevenção e promoção não podem oferecer o paraíso perdido à saúde das pessoas mas, em um determinado ponto histórico, sua real prática no conjunto das ações pode resultar em uma melhor combinação dos gastos em saúde, resultando em melhor relação custo/benefício dentro de um embasamento ético-humanístico correto.

No terreno prático, entretanto, o diagnóstico precoce e a prevenção são estratégias viáveis que não saem da intenção de algumas campanhas de propaganda na televisão se as unidades de saúde não funcionarem e se não ocorrer a regionalização, a hierarquização e, especialmente, a integração de ações. Por todas as razões expostas, podemos afirmar que não existem duas trincheiras de luta contra a doença: uma na área da cura e outra na de prevenção. São atos contínuos.

O SUS pretendeu, dentre outros objetivos, implementar atribuições distintas para as diferentes esferas de governo (federal, estadual e municipal), visando evitar a *duplicação de ações e gastos para finalidades idênticas*. Dessa forma, através da Lei nº 8.080, a responsabilidade pela execução das ações de saúde seria dos governos municipais. Os estados elaborariam seus planos específicos e participariam do estabelecimento da regionalização do sistema, enquanto a esfera federal definiria as prioridades e os programas nacionais, além de fiscalizar seu cumprimento. A pressão dos interesses da burocracia do ex-INAMPS e a estratégia de manter a centralização têm impedido sua desativação definitiva; quantias significativas de recursos ainda são gastas nos estados para manter um número enorme de funcionários, prédios, etc. _ gastos estes que poderiam ser aplicados nas atividades-fins do sistema.

Essas estruturas já deveriam ter sido agregadas aos estados e municípios, possibilitando o aproveitamento da experiência de um grande número de servidores que se encontram ociosos ou ocupados em atividades não-prioritárias (que inclusive dificultam a implementação definitiva do SUS no país). Essa é, sem dúvida, mais uma perda importante que se definitivamente sanada traria benefícios ao sistema como um todo, principalmente liberando recursos financeiros e humanos, tão escassos no momento atual. A solução para essa distorção deve ser buscada na atual Constituição e nas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90.

3. Uma proposta de solução

A organização do sistema público dentro dos princípios da Constituição de 1988 deverá ser orientada, primordialmente, para o usuário mais pobre (70% da população), que, no momento, está sendo excluído do sistema pelos descaminhos da contra-reforma sanitária em curso, a qual pode ser institucionalizada pela Reforma Administrativa, se for mal utilizada na área da saúde. Os recursos existentes, se bem aplicados, somados àqueles dos estados e municípios e às novas fontes de financiamento - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) _ serão suficientes para retomarmos a implantação do SUS, de modo a oferecer aos cidadãos uma assistência digna, universal, humana e eficiente. A comparação com outros países, em termos de gastos e resultados, mostra claramente que o problema de saúde no Brasil é, primordialmente, de estrutura e gestão. Temos vários países na América Latina que gastam menos e possuem melhores resultados.

Quando comparamos nossos gastos *per capita* com Cuba, por exemplo, verificamos que são iguais (aproximadamente 100 dólares por habitante/ano, e no Brasil talvez maiores, porque aqui somam-se aqueles provenientes de estados e municípios). Entretanto, nossa mortalidade infantil (56/1.000 nascidos vivos) é aproximadamente 5 vezes maior que a de Cuba (11/1.000). É óbvio que se trata de uma questão de gestão. Há também uma questão de vontade política, pois os gastos com saúde no Brasil representam 2,2 % do PIB; enquanto os de Cuba, 8%.

As intenções atuais do Governo _ que não significam sempre as do presidente _ são medidas pelas suas propostas. *A proposta contida na Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 32-A* apontava no sentido contrário aos interesses de saúde do país, ou seja, para a direção da institucionalização do sistema de saúde como ele se encontra, sem qualquer possibilidade de correção de suas atuais mazelas. Felizmente, essa proposta não prosperou.

A Reforma Administrativa _ que nem sempre reflete as intenções do ministro _ aponta para a limitação da universalização da saúde, traçando a linha divisória em lugar incorreto, porque ocorre dentro do setor público. Aqui, ignora duplamente a realidade: por um lado, uma parcela crescente da população é excluída totalmente do sistema de saúde. Alguns cálculos apontam 10 e, outros, 20 milhões de brasileiros que não têm acesso ao sistema por

razões diversas. Por outro lado, a saúde já está flexibilizada. Convivem no país a medicina liberal, a saúde pública e as diferentes formas de planos privados de saúde (cooperativas médicas, medicinas de grupo e outras), ocupando espaços definidos com limites variáveis, de acordo com o momento e as circunstâncias. Aí é que se deve traçar a linha divisória da universalidade. É preciso aprimorar essa convivência, que existe e é permitida pela Constituição de 1988 _ evitando, entretanto, parasitismos nocivos ao sistema público, dentro de um ambiente sério e de constante aprimoramento e vigilância da relação ética dos diferentes sistemas entre si e, especialmente, com os pacientes, garantindo dentro dessa conjuntura a universalidade e não a destruindo com a privatização das unidades públicas. Essa é uma discussão para adaptação da Reforma Administrativa ao setor saúde.

É preciso avançar para a modernidade (no seu correto entendimento) dentro da integridade constitucional e do SUS, e não retroagir para o arcaico, desfigurando a Constituição e suas propostas de descentralização, unificação, universalidade e equidade na saúde. Se pudessemos generalizar, diríamos, como a catalã Victória Campos, que precisamos passar do paternalista Estado de bem-estar social para a responsável sociedade de bem-estar social. Nesse sentido, a mudança absolutamente necessária e urgente na saúde não é a flexibilização, que já existe, ou a privatização ou as modificações organizacionais pouco digeridas, mas sim a descentralização gerencial e financeira do sistema de saúde, prevista na Constituição e detalhada nas leis ordinárias que já legislam.

Senão, vejamos. Num momento em que os recursos são insuficientes e os problemas graves e assimétricos, a solução só existirá se o gerenciamento e a execução forem descentralizados para os sistemas locais, articulando e integrando um sistema de controle, avaliação e normatização com os níveis centrais. Essa talvez seja a estratégia mais relevante de administrar a escassez mantendo e até aprimorando prioridades. A descentralização, que economiza recursos, aprimora e humaniza as ações, deve ser, entretanto, entendida e praticada como parceria e não como simples delegação, e a maior parte dos recursos (materiais, financeiros e humanos) deve estar nas mãos dos gerentes locais. Com isso, o sistema será mais eficiente, porque estará próximo do responsável, e o controle social se estabelecerá naturalmente a partir dos cidadãos, fazendo valer seus direitos de usuários.

Com essa simples e profunda mudança estrutural gastar-se-á menos e se produzirá mais e melhor, como já está provado com experiências nacionais e internacionais. Ademais, outras modificações necessárias serão facilitadas pela descentralização. A assistência à saúde precisa ser também regionalizada e hierarquizada por níveis de complexidade, o que acontecerá naturalmente de baixo para cima, com a implantação da descentralização. Políticas corretas de valorização dos recursos humanos, de insumos (particularmente remédios) e de gestão de hospitais e unidades de saúde devem e podem ser implementadas concomitantemente com a mudança de estrutura e com a busca de mais recursos. Isto permitirá também a implementação dos programas prioritários definidos por critérios epidemiológicos. Na nova estrutura, eles podem ser normatizados e avaliados pelo nível central e gerenciados de forma descentralizada. O objetivo final é obter ações de saúde que sejam humanas, eficientes e universais, dentro de critérios definidos e integrados, associando o atendimento da demanda sentida com as intervenções epidemiológicas.

Isto poderá ser obtido mediante a parceria próxima e eficiente da Federação com os estados, e destes com os municípios. Esta configuração está prevista na Constituição de 1988 e nas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90; com algumas modificações, poder-se-á adaptar a Reforma Administrativa a esses princípios. O jornal "Folha de São Paulo", de 19/1/97, publica um artigo assinado pelo ministro Bresser Pereira mostrando que essa é a sua intenção. Não podemos esquecer, entretanto, que ele se insere em um Governo cujo conteúdo liberal é predominante. A universalidade deve ser mantida. Cumpra desmitificá-la para não assustar aqueles liberais entusiastas de última hora e insensíveis, que não se importam com a exclusão social; neste momento de dificuldades de recursos, será necessário mantê-la, porém de forma justa e realista, traçando uma linha definida entre a medicina liberal, os planos privados de saúde e a saúde pública.

Essa flexibilização não exclui a necessidade dos recursos públicos serem prioritariamente usados no sistema público de saúde. É necessário garantir, no entanto, que sob o conceito correto da universalidade não se estabeleçam, como vem ocorrendo, mecanismos que acabem por excluir aqueles que dependem exclusivamente do SUS. Evitar o parasitismo crescente que a medicina liberal e as empresas de planos de saúde realizam sobre o sistema, impedir a segunda porta e a cobrança "por fora" colocam-se, hoje, como importantes batalhas pela garantia dos princípios da universalidade e equidade do SUS.

Percebe-se claramente que melhorar a saúde do brasileiro significa muito mais a aplicação correta da Constituição e a regulamentação precisa de sua legislação do que a ruptura da Carta Magna para legislar novamente, não se sabe quando nem como, em um momento de conflitos ideológicos ainda não resolvidos. O que necessitamos a partir de agora, ao invés de retroagir, é avançar através de um *código de saúde* que especifique ainda mais os objetivos da Constituição e das Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 e que exija do sistema um funcionamento orgânico, correto e viável, voltado para os interesses do cidadão.

Uma reflexão mais profunda sobre a saúde vai demonstrando que, ao contrário do que ocorre em outras áreas necessitadas de modernização e flexibilidade _ e onde a Constituição as pode estar impedindo por eventual

"engessamento" –, a Saúde, na Constituição de 1988 é ao mesmo tempo moderna e socialmente justa, não necessitando de mudanças, mas sim de implementação imediata e plena.

Na saúde, a necessidade de uso dos serviços não surge simplesmente da vontade de consumir, mas como resultado do processo saúde-doença. Por essa razão, deve haver oferta adequada de serviços, atendendo à demanda existente de forma independente da situação financeira do usuário. A Constituição de 1988 soube estabelecer essa conquista ao caracterizar e distinguir a saúde de outras mercadorias, qualificando-a como um direito de todos os cidadãos e, portanto, uma obrigação do Estado. Um exemplo que dignifica o desenvolvimento da humanidade, no sentido da solidariedade entre os indivíduos, não pode ser perdido aprovando-se uma emenda que, subrepticiamente, o retira da Constituição e o remete para a legislação ordinária ou complementar.

Assim, o que necessitamos no momento, além de manter a integridade constitucional, é de avançar no entendimento e na legislação do setor saúde da Constituição, para ocupar um vazio legislativo que permitiu a prática da contra-reforma da saúde a partir de 1990, contrariando a própria Constituição.

Para melhor compreensão, faremos aqui uma decomposição analítica do sistema em aspectos relevantes da sua estrutura orgânica e, para cada um deles, teceremos considerações prático-conceituais com vistas à implementação de sua necessária modernização, permitida, orientada e solicitada pela Constituição de 1988, e que demanda urgentemente, por parte do Legislativo, a discussão e aprovação de um "Código da Saúde".

Um desses aspectos refere-se à *unificação do sistema*. Os órgãos dirigentes do sistema devem ser únicos em cada esfera de governo, bem como responsáveis pela integralidade das ações de saúde nos seus aspectos preventivos, curativos e de reabilitação. O gerenciamento único permite a congregação dos recursos e a sua utilização plena em termos de maior amplitude de ações e resultados.

Os pacientes entrarão no sistema através de uma atenção primária eficiente e próxima da sua casa ou do seu trabalho, que deverá solucionar 80% dos problemas de saúde – aqueles que demandam ações de menor complexidade – na área de promoção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. Os demais devem ser referenciados e atendidos de acordo com a complexidade das ações e dentro dos critérios de regionalização definidos pelos próprios municípios.

Outro aspecto, já mencionado, refere-se à *descentralização, controle social e gerenciamento do sistema*. Muitas instituições internacionais de saúde, há mais de duas décadas, vêm preconizando a criação dos sistemas locais de saúde como forma de aperfeiçoar a organização do setor e melhor cumprir seus objetivos. A instância gerencial dos serviços de saúde deve estar o mais próximo possível da localização dos mesmos, para que seus problemas administrativos, técnicos e operacionais sejam equacionados de forma desburocratizada, permitindo-lhes maior eficiência e eficácia. A administração também é mais eficiente quando está próxima do local onde se desenvolve a ação de saúde.

Com esta característica, fica possível à população exercer o poder que lhe cabe, de participar e reivindicar um sistema justo, que atenda às suas necessidades. Os Conselhos de Saúde deverão ser, em todos os níveis, as verdadeiras instâncias do controle social, sem qualquer prejuízo do controle direto advindo do maior poder do usuário, conferido pela descentralização do gerenciamento.

A normatização, o controle e a avaliação devem ficar sob a responsabilidade dos níveis estaduais e federal, de forma escalonada e integrados com os níveis locais. Essas instâncias técnicas dos governos federal e estaduais devem se fundir e estar também descentralizadas dentro da burocracia estatal e próximas dos sistemas locais, com quem estabelecerão relação de parceria. Os serviços públicos de saúde devem se integrar de forma desburocratizada e procurar ativamente as comunidades, através da participação dos seus agentes.

Os *hospitais e serviços de emergência* deverão contar com agilidade administrativa compatível com suas necessidades operacionais, não ficando submetidos à burocracia pública. As diferentes experiências, bem sucedidas, de administração flexível e ágil em hospitais e serviços públicos e estaduais deverão ser referência para essa reforma. Não nos parece oportuno construir novas fórmulas, se temos bons modelos a multiplicar. As formas flexíveis de gestão devem preservar integralmente o princípio da universalidade e equidade, não sendo admissível criar alternativas diferenciadas para os pacientes do SUS e os associados a planos privados de saúde.

Outro aspecto importante da administração da escassez refere-se à *programação e orçamentação integradas*. Essa estratégia permite que a descentralização não resulte em uma caótica fragmentação e pulverização do sistema. A partir do número de habitantes e de realidades epidemiológicas loco-regionais pode-se edificar o sistema de modo que corresponda às necessidades sentidas, articulando recursos e conhecimentos para satisfazê-las. Através desse princípio todos os recursos existentes para o oferecimento de ações e serviços de saúde devem estar somados e administrados, sem qualquer limitação ou restrição, no nível de governo responsável

pelo seu gerenciamento. Isso é fundamento básico para permitir que a administração se faça com eficiência e que seja ágil e adequada em termos de custo, evitando fraudes e outras distorções e desperdícios no uso dos recursos.

Questão primordial é a do *financiamento*. Deve-se buscar uma solução de caráter permanente para o financiamento da saúde. Para tanto, defendem-se recursos próprios e exclusivos para a saúde em nível federal. Nesse sentido, existem três propostas de PEC dos deputados Eduardo Jorge, Carlos Mosconi e minha. Esta última, dirigida para garantir percentual mínimo do Produto Interno Bruto no orçamento federal destinado à saúde, que gradativamente deverá atingir 5%. Nos níveis estadual e municipal, os orçamentos nunca serão inferiores a 10% do total de receitas recebidas. Os serviços privados serão contratados de forma complementar, mediante processo licitatório, onde não houver possibilidade de atendimento pelos serviços públicos. O pagamento por serviços prestados aos hospitais deverá privilegiar àqueles públicos na plenitude, e os filantrópicos selecionados por suas características de real filantropia municipal; esses pagamentos devem ser descentralizados e feitos pelos órgãos responsáveis pelo controle e avaliação do nível local. Os hospitais privados contratados deverão ser pagos através de tabela que cubra os custos dos procedimentos, e a fiscalização e o controle dos serviços prestados deverão ser feitos pela comunidade e pelas autoridades locais de saúde, com complementação das esferas estaduais e federal. Aos recursos do SUS devem ser somados os valores referentes ao ressarcimento pelas empresas de planos privados, conseqüente ao atendimento dos seus associados pelos serviços públicos de saúde.

Para dar maior racionalidade ao sistema precisamos *definir com clareza os limites de atuação dos subsistemas da medicina liberal, dos planos privados de saúde e da saúde pública*. Esta última deve ser priorizada pelo Governo, estar organizada e dirigida para a população mais carente, impedindo o uso predatório que as empresas de planos privados e outras formas de atuação têm feito sobre o sistema público, acentuando a exclusão social.

Sabemos, hoje, que cerca de 30 a 35% dos brasileiros são associados a essas empresas ou usam a medicina liberal. Portanto, 65 a 70% da população se valem do SUS. Cálculos recentes demonstram que cerca de 15% da população está totalmente excluída do sistema de saúde. É evidente que, se evitarmos parasitismos, os recursos do SUS poderão ter um incremento significativo em termos de gastos por habitante/ano; e se forem controladas as fraudes e a ociosidade dos hospitais públicos os resultados serão nitidamente superiores.

As empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico ou outras que atuam sob a forma de prestação ou intermediação de serviços médico-hospitalares e odontológicos deverão ser regulamentadas na forma da lei, estabelecendo-se os limites da utilização e das restrições de uso (exclusões, carências, limites quantitativos por procedimentos, etc.), a fim de que o associado seja protegido. Essa legislação deverá prever formas de ressarcimento dessas empresas ao SUS, acordes com a utilização dos serviços públicos por seus associados.

É preciso priorizar o atendimento nos serviços públicos para os pacientes não-pagantes. Se, por alguma razão, pacientes de planos privados desejarem fazer uso dos mesmos, não lhes poderão ser oferecidas condições especiais e muito menos ambientes próprios ou entrada diferenciada.

Quanto ao aspecto primordial dos *recursos humanos e da integração docente-assistencial*, o aumento de recursos financeiros, e particularmente sua otimização, permitirá pagar dignamente os profissionais de saúde, oferecendo-lhes boas condições de trabalho e participação cognitiva e emocional nos programas e projetos de saúde. O treinamento dos profissionais deve ser contínuo, feito na própria rede e com a colaboração das universidades, que deverão se integrar ao SUS.

Deverão ser implantados, ainda, sistemas de remuneração baseados na produção dos serviços. Entretanto, em hipótese alguma profissionais receberão honorários diferenciados por características de vínculo de clientela. Os pagamentos de adicionais por desempenho e produtividade devem se destinar a todos os trabalhadores envolvidos na assistência ao paciente, sendo seu objetivo a qualidade do serviço prestado, não devendo ser utilizados para substituir os salários. Deverão ser introduzidas, também, no sistema de prestação de serviços de saúde, atividades acadêmicas (graduação e pós-graduação nas diferentes áreas de interesse), através de integração do aparelho formador de recursos humanos com os serviços. O resultado será o oferecimento de ações com melhores qualidades, ética e humana. Onde essa interação ocorreu, os resultados comprovaram as expectativas.

Outro importante problema relaciona-se aos *equipamentos e medicamentos*. Os equipamentos deverão ser comprados e alugados dentro de critérios de tecnologia apropriada, com distribuição correta, plena utilização e manutenção correspondente. Deve ser incentivado o desenvolvimento da ciência e da tecnologia nacional na diferenciação e construção de equipamentos propedêuticos e terapêuticos para a saúde. Para isso, devemos nos valer dos núcleos de Engenharia Biomédica de algumas universidades brasileiras e incentivar sua criação, onde não houver.

Os medicamentos devem ter uma política apropriada, que permita a todos ter acesso ao que necessitam. A

indústria farmacêutica deve estar localizada no Brasil, os laboratórios públicos devem ser priorizados e a lei dos genéricos implantada. Os preços praticados deverão ser controlados pelo Governo. A lei das patentes deve ser rediscutida, privilegiando o país com as facilidades do Grupo de Acordo Tarifário - Aduaneiro e Comercial (GATT), e por enquanto defendida a sua não-aplicação aos laboratórios públicos. Com isso poderemos oferecer a baixo custo, ou até gratuitamente, a "cesta básica" de medicamentos para a população carente, através do SUS.

É inegável a complexidade da implementação dessas medidas, para aqueles que não têm longa militância na área, daí a necessidade do *Código de Saúde*, que deve ser o próximo passo. Sua viabilidade é real, e se as questões forem tratadas com seriedade as soluções tornam-se simples e possíveis. Isso ocorreu em alguns estados brasileiros, enquanto foram aplicados os conceitos constitucionais de unificação e descentralização do sistema, e será possível para o Brasil, se houver competência e vontade política.

O modelo teórico do SUS foi o resultado da reflexão dos pensadores nacionais e internacionais de saúde ao longo das últimas décadas. Não se pode, até por uma questão de patriotismo, permitir sua completa destruição, com retroação ainda maior da saúde no país.

A solução resume-se em implantar corretamente a descentralização com parceria e reformular as políticas de insumos, recursos humanos e equipamentos de saúde, de forma racional e moderna, inserindo-se no novo sistema onde as fraudes e outras mazelas terão correção amplamente facilitada pelo gerenciamento próximo e controle social interno e externo, advindo da mudança da estrutura. Haverá necessidade de compreensão do modelo por parte do Governo como um todo, e não só do Ministério da Saúde, para que exista vontade política e coragem suficientes para contrariar interesses vinculados ao atual sistema, com suas distorções.

A saúde no contexto político carece de melhor análise e de valorização. Estamos certos de que, somente dessa forma _ avançando na implementação do SUS e não retroagindo _ teremos uma política de saúde estável que, ao longo do tempo, possa oferecer democraticamente esse direito para toda a população brasileira e contribuir efetivamente para o processo de desenvolvimento.

4. Considerações finais

Se formos inserir esta proposta no contexto político-conjuntural do Brasil, diria que ela tende a combinar o ajuste econômico que estamos tendo com a integração social necessária, idéias aparentemente contraditórias. Em outras palavras, a proposta pode inaugurar, de acordo com Alain Touraine, o início do "pós-liberalismo" ou, de acordo com o presidente Fernando Henrique Cardoso, o início do "neo-social", ou, de acordo com Victória Campos, "a sociedade de bem-estar". Enfim, todos dizem a mesma coisa: falam da necessidade de implementação da mudança social através de uma predominância da política sobre a economia, de cima para baixo, no momento em que as exigências sociais perderam expressão autônoma.

A proposta de desconstitucionalizar o direito à saúde e de privatizá-la é uma proposta do individual sobre o geral, do particular sobre o holístico, do historicismo sobre o iluminismo, uma proposta da tecnocracia sobre o humanismo; portanto, ela é totalmente inaceitável, pois além de desfigurar a Constituição de 1988 não a modifica, não a aprimora, não a reforma.

A modernidade, metafísica da subjetividade, proposta por Heidegger e mesmo por Nietzsche, não é apenas teórica e especulativa; ela está associada a um projeto prático, mobilizando a vontade mais do que a razão, principalmente aquela definida por Kant.

É preciso apontar, entretanto, que no horizonte dessa modernidade (falsa) e como consequência da onipotência da técnica está o totalitarismo, pois só um regime totalitário, através da supervisão de todas as esferas do real, da concentração de todo o poder decisório e da organização racional e burocrática de todas as atividades sociais, poderá satisfazer as exigências de um universo inteiramente tecnificado.

Como diria Rouanet, no seu magnífico ensaio sobre a questão, "atrás do Estado totalitário está a técnica, e atrás da técnica está a metafísica do sujeito". Vale dizer, atrás da violência, da destruição da natureza, do totalitarismo e da guerra está o homem.

De um ponto de vista prático, frente à conjuntura nacional e de forma sumária, sugerimos os seguintes pontos para equilibrar a escassez com uma política de saúde correta:

a) a implementação imediata, em todo o território nacional, da Lei nº 8.080, de 19/9/90, restabelecendo-se os seus vetos, notadamente o art. 51, §§ 1º e 2º, que fixavam o gradativo alcance de um gasto de 8% do PIB com a saúde; e da Lei nº 8.142, de 28/12/90;

b) que o orçamento de 1997 seja emendado imediatamente, a fim de se adaptar à Constituição e às leis acima citadas, aplicando-se a forma desburocratizada de repasses dos recursos aos municípios e estados pelo critério populacional, ao invés de transferência através de convênios;

c) o apoio e o esforço do Congresso para a aprovação da PEC 169/93, já aprovada na sua Comissão Especial, e da PEC 170/93, que representam a solução para o eterno e fundamental problema do financiamento, ao definir suas fontes, resguardando o setor saúde das inconstâncias orçamentárias e garantindo gradativamente um gasto percentual mínimo de 5% do PIB;

d) que se inicie de imediato a discussão do Código de Saúde do SUS;

e) que uma lei que regulamente a ação dos planos e seguros de saúde tramite em regime de prioridade no Congresso Nacional, e que ela permita ao SUS os instrumentos necessários para a cobrança dos serviços prestados pela rede pública aos pacientes conveniados com planos e seguros de saúde.

Abstract - *Priority x Shortage in Health - a Political View*

Health in Brazil finds itself in a moment of serious crisis, but which represents also an opportunity for correction and improvement.

Despite the relevant advancements of the 80's, such as the 8th National Health Conference, the 1988 Constitution and some successful experiences in the implementation of SUS (Unified Health System) - the 90's began with a centralizing counter-reform which destructured the system and made it vulnerable to all sorts of distortions: health care provided to private paying patients in public and university hospitals, often times unnecessary outsourcing, the idleness of public hospitals and health clinics, the charging for free services "on the side", fraud in the declared income of contracted hospitals, besides the distortion of certain agencies in the Ministry of Health such as CEME, and the official laboratories. The results are dramatic and were felt not only in episodes such as those of Caruaru and Santa Genoveva, but also in other matters less in the limelight but equally as serious, such as the loss of 7000 women each year due to ovarian cancer, an illness which can be avoided, because it is sexually transmissible and can be easily diagnosed early on at a low cost.

Nothing can function in a system which stopped being a system a long time ago.

Not even the injection of more money can solve the problem. Proof of this is that in 1994 R\$ 68.00 were invested per inhabitant a year and in 1996 this value was increased to 102 reais. And no one, in their right mind, can claim that health care improved during this period. It is within this more ample focus that the author discusses the shortage of resources and priorities in health.

The problem is primordially managerial and with two or three conveniently executed structural changes _ especially decentralization and the end of inactivity of the public sector _, this scenario could be reverted and measurable and satisfactory results could be obtained.

The new structure would allow also for a review and betterment of various policies within the context of the Ministry, among which is included the pharmaceutical area, with the total reorganization of CEME, which would begin functioning as the country's formulator of policies in the medication area, instead of being a buyer and distributor of medicines. The Official Laboratories should become producers of a basic package of medications (Rename) with the purpose of reducing the costs (they can be manufactured for four to ten times less) in order to offer them to the needy population for free, within the regulatory norms.

All these measures together, plus a gradual and sustainable increase in resources, would allow for an enormous qualitative leap in the health area, guiding the country towards human development, with reflexes on all the other areas of the life in this country and the national economy.

Endereço para correspondência:

*Anexo IV - Gabinete 303
Câmara dos Deputados
70160-900 Brasília - DF*