



*1ª Conferência
Nacional de
Saúde*

17 A 21 DE MARÇO DE 1986.

**RELATÓRIO
FINAL**

Ministro da Saúde
Roberto Figueira Santos

Ministro da Previdência e Assistência Social
Raphael de Almeida Magalhães

Secretário Geral do Ministério da Saúde
José Alberto Hermógenes

COMISSÃO ORGANIZADORA DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

PRESIDENTE

Professor Antonio Sérgio da Silva Arouca

VICE-PRESIDENTE

Doutor Francisco Xavier Beduschi

RELATOR GERAL

Professor Guilherme Rodrigues da Silva

RELATORES

Doutor Solon Magalhães Viana

Doutor Roberto Passos Nogueira

COMITÊ EXECUTIVO

SECRETÁRIO

Doutor Otávio Clementino de Albuquerque

SECRETÁRIO-ADJUNTO

Doutor Edmilson Francisco dos Reis Duarte

TESOUREIRO

Doutora Maria Salete de Lima

MEMBROS

Senador Lourival Baptista

Deputado Carneiro Arnaud

Doutor Ronei Edmar Ribeiro

Professor Hésio de Albuquerque Cordeiro

Doutor José Saraiva Felipe

Doutor Francisco Eduardo de Campos

Doutor Cid Roberto Bertozzo Pimentel

COMITÊ ASSESSOR DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

COORDENADOR

Eric Jenner Rosas

MEMBROS

Alina Maria de Almeida Souza

Ana Maria Costa

Arlindo Fabio Gomez de Sousa

Ary Carvalho de Miranda

Celio de Castro

Cristina Possas

David Capistrano da Costa Filho

Eurivaldo Sampaio de Almeida

Gilvan Rocha

Joaquim Benedito Barbosa Gomes

José Lopes das Neves

José Maria Borges

Luis Carlos Austragésilo Barbosa

Maria Alice Lipparelli Tironi

Maria Angélica Gomes

Maria da Graça Ohana Pinto

Mário Grassi Filho

Paulo Marchiori Buss

Roberto Luiz Brant Campos

Sandra Cattan Naslausky

Telma Ruth Siqueira

Theresa Christina de Aguiar Tavares

COMISSÃO

COMUNICAÇÃO SOCIAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

COORDENADOR

Armando Sampaio Lacerda

ASSESSORES

Theresa Christina de Aguiar Tavares

Laura Maria Coutinho

MEMBROS

Ana Maria Meirelles Palma

Manoel Caetano Mayrink

Iacy Nunes

Flávio Luís Bonugli de Moraes

D E L E G A D O S

RELAÇÃO DOS RELADORES

Adolfo Horácio Chorny
Adriano Cavalcante Sampaio
Albertina Duarte
Ana Maria Costa
Anna Rita Pederneiras
Antonio Henrique Pedrosa Neto
Armando de Negri Filho
Carolina Sampaio Barreto
Cornelis Johannes Van Stralen
Darli Antonio Soares
Deborah Cardoso Duarte
Flavio A. Goulart
Francisco Braga
Geraldo Luiz Moreira Guedes
Herval Pina Ribeiro
Iêda Maria Cabral da Costa
Jaime Antonio Araujo Oliveira
João Batista de Lima Filho
Jonice Maria Ledra
Jorge Adriano Moreira Feitoza Sotero
José Airamir Padilha de Castor
José Augusto Cabral de Barros
José Otávio Penido Fonseca
José Raimundo da Silva Arias
Lia Fanuki
Luis Fernando Nicz
Luis Carlos Raya
Luiz Carlos Romero
Madel Luz
Marcio Vieira Angelo
Marco Giostri
Marcos Pacheco de Toledo Ferraz

Maria Ceci Misoczky de Oliveira
Maria Elizabeth Diniz Barros
Mario Roberto Dal Poz
Maurício Roberto Campelo Macêdo
Mauro César Luisi Barroso
Otávio Mercadante
Oviromar Flores
Paulo Gutierrez
Paulo Marchiori Buss
Pedro Chequer
Regina Maria Aquino Xavier
Ricardo Lafetá
Ricardo Oliva
Ronaldo Bordin
Rosana Chigres Kuschnir
Sarah Escorel
Silvia Disitzer
Ubiratan Moreira de Souza
Vandejacson Bezerra Andrade
Waldir Bertúlio
Ziadir Coutinho

PARTICIPANTES

COMISSÃO DOS RELATORES

Conceição Ferreira Fagundes

Francisco das Chagas Dias Monteiro

Gladston José de Paula Santos

Lenilda de Assis

Maria Verônica da Pas

Paulo Benedito de Andrade

RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

O presente relatório final reflete um processo de discussão, que iniciado nas pré-conferências preparatórias estaduais e municipais, culminou com a participação, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), de mais de 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados. Este processo materializou-se nos textos, debates, mesas-redondas, trabalhos de grupos e seus relatórios, resultando neste documento aprovado na plenária final da Conferência.

As plenárias da 8ª CNS contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos.

O documento apresentado para aprovação em plenária era o relato consolidado das discussões havidas durante três dias, nos 135 grupos de trabalho (38 de delegados e 97 de participantes), onde foram discutidos os temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial.

Estabeleceram-se, portanto, dois níveis de discussão: um que ocorreu durante os trabalhos de grupo, subsidiados pelas apresentações e mesas-redondas sobre os temas e outro que se concretizou na assembléia final. O processo altamente participativo, democrático e representativo que permeou todo o debate na 8ª CNS permitiu um alto grau de consenso, caracterizando uma unidade quanto ao encaminhamento das grandes questões, apesar da diversidade de proposta quanto às formas de implementação.

A comissão relatora cumpriu rigorosamente o regulamento, incorporando todas as modificações aprovadas pela assembléia de delegados e assinalando apenas as contradições mais evidentes.

Para efeito de fidelidade ao rico processo de debate que ocorreu na Conferência, faz-se necessário destacar alguns pontos que, numa simples leitura das conclusões referentes aos três temas, não se revelam com a necessária ênfase:

- 1 - Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionando chamar a Reforma Sanitária.

- 2 - A questão que talvez mais tenha mobilizado os participantes e delegados foi a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público. Em qualquer situação, porém, ficou claro que a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público "concedido" e o contrato regido sob as normas do Direito Público. Em relação a esse tema, é impressão da comissão de redação que a proposição "estatização da indústria farmacêutica", aprovada na Assembléia Final, conflita com esse posicionamento geral, por não ter sido objeto de uma discussão mais aprofundada.

- 3 - Outro tema bastante polêmico foi aquele relativo à separação da "Saúde" da "Previdência". O entendimento majoritário foi o de que a Previdência Social se deveria encarregar das ações próprias de "seguro social" (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde estaria entregue, em nível federal, a um único órgão com características novas. O setor seria financiado por várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Até que se formasse esse orçamento próprio da saúde, a Previdência Social deveria destinar os recursos, que ora gasta com o INAMPS, para o novo órgão e ir retraindo-se na medida do crescimento das novas fontes.
- 4 - No tema financiamento houve alto grau de consenso sobre alguns princípios importantes que devem orientar a política de financiamento setorial. O relatório parece mais indicativo do que conclusivo, revelando que esta discussão exige um maior aprofundamento.

A Comissão relatora observa que este relatório espelha fielmente o momento político materializado na 8ª CNS, sendo, mais que nada, o resultado coerente desse momento e devendo constituir-se em objeto de reflexão, visando, sobre tudo, à continuidade do processo de reformulação setorial.

TEMA I - SAÚDE COMO DIREITO

- 1 - Em seu sentido mais abrangente, 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. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- 2 - A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
- 3 - Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.
- 4 - Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.
- 5 - Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito

como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- moradia higiênica e digna;
- educação e informação plenas;
- qualidade adequada do meio-ambiente;
- transporte seguro e acessível;
- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

6 - As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural.

7 - A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada.

8 - A evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu

quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico.

9 - Na área de saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população.

10 - Este quadro decorre basicamente do seguinte:

- Não prioridade pelos governos anteriores do setor social, neste incluída a saúde, privilegiando outros setores, como por exemplo o da energia, que contribuiu para a atual dívida externa;
- vigência de uma política de saúde implícita que se efetiva ao sabor de interesses em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde;
- debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde;
- modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor;
- falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribuiu para o seu uso dispersivo, sem atender às reais necessidades da população;
- inadequada formação de recursos humanos tanto em nível

técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho;

- controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais;
- privilégio na aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica, como também em programas de saneamento e habitação;
- interferência clientelística no que se refere à contratação de pessoal;
- excessiva centralização das decisões e dos recursos em nível federal.

11 - O Estado tem como responsabilidades básicas quanto ao direito à saúde:

- a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo, para os segmentos mais carentes da população;
- definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário;
- operação descentralizada de serviços de saúde;
- normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados.

12 - Para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível:

- garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva;
- assegurar na Constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso a emprego, educação, alimentação, remuneração justa e propriedade da terra aos que nela traba-

- lham, assim como o direito à organização e o direito de greve;
- suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa e submeter à decisão da nação, via Assembleia Nacional Constituinte, a proposta de não pagamento da dívida externa;
 - implantar uma reforma agrária que responda às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais e que seja realizada sob o controle destes;
 - estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado;
 - fortalecer os Estados e Municípios, através de uma ampla reforma fiscal e tributária;
 - estabelecer compromissos orçamentários ao nível da União, estados e municípios para o adequado financiamento das ações de Saúde.
- 13 - É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com este objetivo a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscrevam na futura Constituição:
- a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais;
 - a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional;

- a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais.

TEMA 2 - REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

- 1 - A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária.
- 2 - No nível federal, este novo sistema deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para esse fim. Com este objetivo o Poder Executivo deve encaminhar, a curto prazo, mensagem ao Congresso, garantindo-se, entretanto, que a reformulação proposta seja prévia e amplamente debatida por todos os setores da sociedade civil. A unicidade de comando deve ser reproduzida nos níveis estadual e municipal.
- 3 - O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:
 - a) referente à organização dos serviços
 - descentralização na gestão dos serviços;
 - integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;
 - unidade na condução das políticas setoriais;
 - regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
 - participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;
 - fortalecimento do papel do Município;
 - introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitan-

do ao usuário o direito democrático de escolher a te
rapêutica preferida.

b) atinentes às condições de acesso e qualidade

- universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desa
sistidas;
- eqüidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção;
- atendimento oportuno segundo as necessidades;
- respeito à dignidade dos usuários por parte dos ser
vidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública;
- atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos dispo
níveis;
- direito de acompanhamento a doentes internados, espe
cialmente crianças;
- direito à assistência psicológica sem a discrimina
ção que existe atualmente.

c) relacionados com a política de recursos humanos

- remuneração condigna e isonomia salarial entre as
mesmas categorias profissionais nos níveis federal ,
estadual e municipal, e estabelecimento urgente e i-
mediato de plano de cargos e salários;
- capacitação e reciclagem permanentes;
- admissão através de concurso público;
- estabilidade no emprego;
- composição multiprofissional das equipes, consideran
do as necessidades da demanda de atendimento de cada
região e em consonância com os critérios estabeleci-
dos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;

- compromissos dos servidores com os usuários;
 - cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva;
 - direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde;
 - formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado;
 - inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas;
 - incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários.
- 4 - O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público.
- 5 - As atribuições básicas de cada nível do Governo devem ter por fundamento o caráter federativo da nossa República, de tal modo a romper com a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

deve reforçar, neste sentido, o poder político, administrativo e financeiro dos Estados e Municípios.

- 6 - No SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, o nível federal terá como atribuições principais:
 - formulação e condução da política nacional de saúde ; regulamentação das normas de relacionamento entre o setor público e o setor privado; formulação de normas e o acompanhamento e avaliação das ações de cobertura assistencial; condução e execução de programas emergenciais que escapem às possibilidades de intervenção das Unidades Federativas; definição das políticas setoriais de tecnologia, saneamento, recursos humanos, insumos básicos, financiamento e informações; determinação de padrões de qualidade homogêneos para os setores público e privado.
- 7 - Permanecerão no âmbito da competência do novo órgão federal os serviços de referência nacional e os serviços e atividades considerados estratégicos para o desenvolvimento do sistema de saúde, tais como: órgãos de pesquisa, de produção de imunobiológicos, de medicamentos e de equipamentos. As linhas de pesquisa desenvolvidas nas áreas de saúde devem ser amplamente discutidas entre as instituições de pesquisa de serviços e universidades visando a um direcionamento mais produtivo e relevante na resolução dos problemas de saúde do país.
- 8 - Todos os serviços federais de caráter local que tenham relação direta com o atendimento à população, com exceção dos mencionados anteriormente, serão transferidos com os respectivos recursos humanos, materiais e financeiros aos Estados e Municípios, segundo planos e programas a serem elaborados conjuntamente pelas instituições participantes e as representações da sociedade organizada e que considerem a viabilidade política e a factibili

dade técnico-financeira da transferência.

9 - No Nível Estadual, destacam-se as seguintes funções:

- gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação da política nacional de saúde na Unidade Federativa (UF); responsabilidade pela elaboração do plano diretor de saúde da UF que deverá orientar a integração das atividades do subsistema estadual de saúde, incluindo as atividades do setor privado; prestação de serviços de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica e outros de responsabilidade do sistema, em coordenação com os sistemas municipais; gerência do sistema estadual de informação de saúde; compatibilização das normas e diretrizes federais com o quadro jurídico-legal da UF e as peculiaridades dos sistemas de saúde estaduais e regionais; responsabilidade pelos serviços de abrangência estadual e regional, especialmente os de caráter secundário e terciário, e por aqueles outros programas, projetos ou atividades que não possam, por seu custo, especialização ou grau de complexidade, serem executados pelos Municípios.

10 - O Nível Municipal terá seu papel definido de acordo com as características e peculiaridades de cada caso, exercendo esse papel em estreita coordenação com o nível estadual. Como diretriz básica, o Município terá a seu cargo, como responsabilidade mínima, a gestão dos serviços básicos de saúde.

11 - Os municípios de grande porte terão a seu cargo a gestão integral do Sistema Municipal de Saúde. Naqueles Municípios em que não haja condições imediatas para assumir a gestão do sistema municipal, esta será realizada conjuntamente pelo Município e Secretaria Estadual de Saúde da Unidade Federada.

- 12 - Os hospitais universitários e das Forças Armadas devem estar totalmente integrados ao SISTEMA ÚNICO de SAÚDE , sem prejuízo das funções de ensino, pesquisa e prestação de serviços dos primeiros. (*)
- 13 - O relacionamento do poder público com a rede privada prestadora de serviços deve fundamentar-se no controle e efetivo sobre essa rede.
- 14 - A implantação imediata de um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado deverá ser implementada nos seguintes moldes:
- para os estabelecimentos privados que já se relacionam com o INAMPS, estabelecer um novo contrato-padrão regido pelos princípios do DIREITO PÚBLICO, passando o serviço privado a ser concessionário do Serviço Público;
 - esses contratos devem ser reavaliados sob critérios de adequação ao perfil epidemiológico da população a ser coberta e de parâmetros de desempenho e qualidade;
 - não devem ser celebrados novos contratos/credenciamentos a partir de 30 de março;
 - as novas relações devem possibilitar a intervenção governamental, que pode chegar à expropriação, sempre que caracterizada a existência de fraude ou conduta dolosa. Trata-se, por conseguinte, de aplicar no campo da saúde instrumentos de proteção da sociedade similares àqueles já adotados nas relações do governo com outros setores;
 - os incentivos concedidos à chamada medicina de grupo deverão ser revistos.

(*) No Relatório Final submetido à discussão plenária havia a seguinte redação deste item:

"Os hospitais universitários e das Forças Armadas devem estar funcionalmente integrados ao Sistema Único de Saúde, sem prejuízo das funções de ensino, pesquisa e prestação de serviços dos primeiros".

- 15 - Para as regiões onde for necessário ampliar a cobertura assistencial, e houver escassez de oferta de serviços por parte do setor público, dever-se-á proceder:
- o redirecionamento dos fundos públicos, tais como FAS/Caixa Econômica Federal e FINSOCIAL/Banco Nacional de Desenvolvimento Econômicos e Social, para financiamento exclusivo da rede do setor público estadual e municipal;
 - a suspensão imediata de financiamento, por parte desses fundos (FAS/CEF e FINSOCIAL/BNDES), para ampliação, reforma e construção de estabelecimentos privados ou para compra de equipamentos.
- 16 - A maior participação do setor público como prestador de serviços é viável, justa e socialmente desejável. Para isso é necessário o aprimoramento de seus procedimentos gerenciais, de forma que possa operar com maior eficiência e aumente seu grau de resolubilidade, de modo a satisfazer as necessidades da população.
- 17 - Com relação ao aparelho setorial produtor de bens, propõe-se:
- fortalecimentos dos laboratórios e das indústrias de equipamentos de saúde estatais;
 - estatização de setores estratégicos na área de produção de imunobiológicos e na de produção e comercialização de sangue e hemoderivados;
 - estatização da indústria farmacêutica.
- 18 - Proibir a propaganda comercial de medicamentos e produtos nocivos à saúde.
- 19 - É necessária a formulação de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, contemplando

particularmente a produção de insumos, equipamentos, me
dicamentos e materiais biomédicos, segundo as priorida
des a serem estabelecidas na Política Nacional de Saúde.

- 20 - Neste sentido, é necessário ampliar o espaço de atuação e de investimento público nesses setores estratégicos , especialmente no referente à pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas e soros para uso humano, assim como aprofundar o conhecimento e utilização de formas alterna
tivas de atenção à saúde.
- 21 - Para garantir este processo é preciso uma ampla revisão das formas de relacionamento entre o setor público e as empresas nacionais e internacionais, de maneira que as relações contratuais preservem a soberania nacional e protejam as inovações geradas internamente.
- 22 - Controlar e fiscalizar rigorosamente a qualidade dos in
sumos de uso setorial e a comercialização dos medicamen
tos e alimentos, através de uma adequada vigilância sani
tária.
- 23 - As Ações Integradas de Saúde deverão ser reformuladas de imediato possibilitando o amplo e eficaz controle da so
ci
edade organizada em suas atuais instâncias de coordena
ção (CIS, CRIS, CLIS e/ou CIMS). Em nenhum momento a e
xist
ência das AIS deverá ser utilizada como justificati
va para protelar a implantação do Sistema Único de Saú
de.
- 24 - Será constituído um novo Conselho Nacional de Saúde, com posto por representantes dos Ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades ci
vis de caráter nacional, como partidos políticos, cen
trais sindicais e movimentos populares, cujo papel prin
cipal será o de orientar o desenvolvimento e avaliar o

desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamento e ações.

- 25 - Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida.
- 26 - É indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços, assegurando, a partir da constituição de um Sistema Nacional de Informação a:
- maior transparência às atividades desenvolvidas pelo setor;
 - adoção de políticas de saúde que respondem efetivamente à complexidade do perfil sócio-sanitário da população brasileira.
- 27 - A efetivação das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a continuidade do processo de discussão sobre a questão da saúde devem ser asseguradas através do aprofundamento das teses debatidas e do estudo dos Temas Específicos, como forma de subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte e criar as bases para uma Reforma Sanitária Nacional. Os participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde propõem, com esta finalidade, a criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada, de forma paritária. Cabe ao Ministério da Saúde a convocação e constituição do referido Grupo, segundo os critérios aqui propostos.

TEMA 3 - FINANCIAMENTO DO SETOR

- 1 - Deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga.
- 2 - Os Fundos de Saúde, nos diferentes níveis, serão geridos conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada.
- 3 - Os recursos destinados à saúde serão determinados através da pré-fixação de percentual mínimo sobre as receitas públicas. (*)
- 4 - O financiamento do sistema de saúde será responsabilidade do Estado a quem cabe levar uma política de descentralização, articulando a participação efetiva dos Estados e Municípios com uma ampla e profunda reforma tributária.

(*) As seguintes redações substitutivas ao item 2 foram aprovadas em plenária mas são contraditórias entre si:

1. "De imediato, a proposta de percentual mínimo do orçamento da União para a saúde deverá ser elaborada por Comissão constituída nesta Conferência para Debater no Parlamento e Sociedade Civil, antes mesmo da eleição da Assembléia Nacional Constituinte, de forma a influir já no orçamento de 1987".
2. "... através da pré-fixação de um percentual mínimo de 15% sobre as receitas públicas".

- 5 - Os recursos da Previdência serão gradativamente retirados do financiamento das ações de saúde, devendo ser substituídos por fonte(s) alternativa(s), permitindo melhorar as prestações pecuniárias (aposentadorias, pensões, etc). Os recursos financeiros da Previdência Social devem destinar-se exclusivamente para custear um seguro-social justo aos trabalhadores da cidade e do campo. Desta forma, o orçamento da Previdência deve ser administrado pelos trabalhadores e utilizado somente para a concessão de benefícios e aposentadorias igualitárias para trabalhadores rurais e urbanos.
- 6 - Os recursos oriundos das contribuições compulsórias da Previdência Social das empresas, devem deixar de incidir sobre a folha de salários, passando a ser calculados sobre os ganhos do capital. Isto implicará em maior estabilidade das receitas previdenciárias e impedirá o repasse para o consumidor. Por outro lado, tal forma de cálculo de contribuição à Previdência deixará de penalizar as empresas intensivas em mão-de-obra.
- 7 - O percentual de desconto do salário dos trabalhadores deverá ser reduzido, adequando-se à nova realidade. O desconto dos aposentados deverá ser suprimido.
- 8 - A distribuição de recursos financeiros não deve levar em consideração apenas o contingente populacional de cada região e sua arrecadação fiscal. Deve também considerar as condições de vida e de saúde da região, promovendo assim uma distribuição mais justa dos recursos.
- 9 - A descentralização, um dos princípios propostos para a reorganização do sistema de saúde, só se concretizará mediante uma reforma tributária que:
 - elimine a atual regressividade das formas de financiamento da política de saúde;

- estabeleça fontes estáveis de receita para que os programas de atenção à saúde não fiquem comprometidos nas conjunturas recessivas;
- garanta maiores recursos aos Estados e Municípios para que estes desenvolvam seus programas;
- assegure ao Governo Federal a capacidade de reduzir as desigualdades regionais;
- elimine as deduções do imposto de renda das pessoas jurídicas relativas ao gasto com assistência à saúde e à alimentação;
- reveja critérios de dedução do imposto de renda das pessoas físicas com o pagamento dos serviços de saúde;
- crie instrumentos de taxação de bens de consumo nocivos à saúde como fonte adicional de receita para o setor;
- acrescente como fontes adicionais a taxação de indústrias poluentes, empresas de desmatamento e jogos de azar;
- elimine a isenção de tributação sobre os ganhos totais de categorias "privilegiadas" (militares, magistrado e parlamentares);
- destine obrigatoriamente para os Fundos de Saúde um percentual fixo sobre os seguros obrigatórios de veículos;
- tripute as empresas proporcionalmente ao número de acidentes de trabalho, como mecanismo financeiro coercitivo de estímulo à sua prevenção.