Uma agenda para salvar o SUS

Sistema Unificado de Saúde desorganizou-se graças à retração, em 50% dos gastos com saúde provocado pelo desrepeito à Constituição, desperdício de recursos e descontinuidade administrativa

HESIO CORDEIRO

A crise da saúde agora é retratada pelas divergências públicas entre o ministro da Saúde e as autoridades da área econômica do governo federal. Não é necessária a câmara indiscreta para captar tais discordâncias. O bate-boca interministerial é o resultado esperado dos descaminhos do Sistema Único de Saúde. O descarrilhamento já ocorrera desde o governo Collor e completou-se com as medidas de corte dos gastos públicos do atual governo. A indefinição do Orçamento da União tornou-se o melhor mecanismo de contenção das despesas do governo. Nada pior para o estado de saúde da população. Pior ficou por se ter desmantelado o orçamento da Seguridade Social definido pela Constituição de 1988. Reduziram-se os recursos destinados à saúde oriundo das contribuições previdenciárias de 37% (1987-8) para 18% (1992) e nada em 1993-4. Nenhum país retrai em 50% seu gasto em saúde sem provocar a completa desorganização do sistema.

O desperdício de recursos, mau gerenciamento dos hospitais e da rede de serviços, descontinuidade administrativa, aliados aos custos crescentes e ao uso irracional das tecnologias médico-hospitalares agravaram a situação. Impõem-se medidas urgentes para a correção dos rumos do SUS, a partir de uma agenda que deverá:

1 — Redefinir as fontes de recursos para a saúde assegurando-se decisão governamental de cumprir-se a Constituição no que se refere ao conceito e ao orçamento da Seguridade Social. Deverá ser operacionalizada a diversificação das fontes de finan-

ciamento da Seguridade e serão necessárias emendas constitucionais para garantir a viabilidade do sistema, tais como existência da previdência social básica até 10 salários mínimos, criação da previdência complementar voluntária (pública e privada), eliminação de certas aposentadorias especiais não vinculadas à riscos ocupacionais (como a de parlamentares e magistrados), a aposentadoria por idade e a aposentadoria do pessoal estatutário que deverá passar a contribuir para o sistema.

Combinando recursos da Seguridade com os recursos fiscais da União, Estados e municípios será possível ampliar os gastos públicos em saúde dos atuais 3,2% (sendo 1% do governo e 1,2% dos Estados e municípios) para pelo menos 6% do PIB. Com a manutenção do gasto privado nos 1,68% do PIB, atingiremos patamares mais satisfatórios em curto prazo;

2 — Evitar o desperdício e conter os custos dos atos médicos, odontológicos e das ações de saúde em ge-

ral, aos mesmo tempo e que se amplie e consolida a descentralização para Estados e municípios. Estas medidas envolvem decisões relativas à transferência automática e regular de recursos para estas duas instâncias da administração pública, com acompanhamento e fiscalização nos níveis federal, estadual e municipal. Para conter custos sem prejuízo da qualidade é necessário criar uma política de incentivos e de regulação dos setores públicos e privado baseados na resolubilidade, desempenho e incorporação de tecnologias.

**É PRECISO
DIVERSIFICAR
AS FONTES
QUE
FINANCIAM A
PREVIDÊNCIA
SOCIAL**

3 — Mudar o modelo de atendimento à saúde que, atualmente, está centrado no hospital e na chamada "medicina curativa". O novo modelo deverá basear-se na promoção da saúde, prevenção e recuperação das doenças de forma integrada e realizadas nos distritos sanitários, com base territorial e populacional bem definida. Será assegurada a

continuidade da relação médico-cliente através da disseminação do médico de família. O distrito sanitário terá autonomia de gestão, inclusive orçamentária-financeira e disporá de recursos que garantam a resolubilidade, integralidade, continuidade e qualidade dos cuidados até certo nível de complexidade.

Os atendimentos especializados, de alto custo e que envolvam tecnologias complexas serão referidos à hospitais complexos, de caráter regional, também com autonomia de gestão e vinculados à consórcios de municípios ou às secretarias estaduais de saúde. A rede de serviços incluirá hospitais universitários como hospitais quaternários de referência. O modelo descentralizado será coordenado, nos Estados, pelas secretarias estaduais, respeitadas as competências dos diversos níveis e órgãos, tendo tarefas de capacitação e atualização dos recursos humanos, provimento de tecnologias mais complexas, avaliação do nível de saúde entre regiões, gerenciamento do sistema de informações, produção de medicamentos essenciais, entre outras atribuições.

Atendidos estes três quesitos fundamentais para a correção do SUS será possível tornar realidade o direito universal de acesso aos serviços de saúde bem como será recuperado o verdadeiro sentido da reforma sanitária que é o da implementação de políticas públicas dirigidas à equidade, à qualidade de vida e à saúde em sentido amplo.

■ *Hesio Cordeiro é reitor da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*