

Estratégias para o modelo de saúde brasileiro

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE

Se a crise atual do sistema de saúde no Brasil tem sua causa em razões de ordem estrutural, é preciso enfrentá-la neste plano ao invés de dissipar os recursos em uma estrutura organizacional e um modelo de gestão que se revelaram inadequados. A ciência da administração evoluiu e modernizou-se muito, especialmente com o grande desenvolvimento da tecnologia da comunicação e da informação, fazendo necessárias à especialização e à profissionalização dos administradores de saúde.

A primeira linha mestra para este enfrentamento seria a descentralização das ações, repassando para estados e municípios os recursos federais, a responsabilidade, o poder de decisão, de execução e de controle no que lhes concerne, e reservando ao Ministério da Saúde a supervisão e o controle gerais.

A excessiva concentração de poderes e recursos no MS tem tido, como consequências mais graves, o crescimento da burocratização e uma deformante e injusta uniformização de procedimentos para todo o país, além da vulnerabilidade às pressões políticas, à gestão sem responsabilidade definida, às investidas de corrupção e a um absurdo distanciamento entre quem toma a decisão e quem presta o serviço. Este conjunto de distorções é o principal responsável pela

ineficiência dos serviços, pelos desperdícios da escassez, pela imprecisão e indefinição das responsabilidades e pela iniquidade do sistema.

Seguindo esta orientação, foi instalado um programa de descentralização sem precedentes na área da saúde. Com o Piso de Atenção Básica (PAB), através do qual o Governo federal repassa recursos aos estados e municípios, tendo como critério a base populacional, iniciou-se também a correção das distorções e injustiças criadas pelo sistema tradicional de pagamento por ressarcimento de serviços prestados, que discriminava de maneira perversa as comunidades mais pobres. O PAB atual, em verdade, constitui-se numa descentralização dentro da descentralização, já que, além dos recursos destinados às atividades assistenciais, fixados em função da base populacional, inclui uma parte variável, destinada a financiar outros programas (farmácia básica, combate às carências nutricionais etc.).

A segunda linha mestra seria a modificação do fluxo na busca da assistência governamental à saúde, que se caracteriza por uma relação direta entre a residência da população e o setor de emergência dos hospitais. Este fluxo direto, que se materializa sob o signo da urgência/emergência e da ansiedade, confunde todo o sistema, é refratário a qualquer planejamento, sobrecarrega os setores de emergência, estimula a prática de des-

locamento de pacientes em ambulâncias na busca de um hospital e acarreta um atendimento tenso e, em consequência, muitas vezes inadequado. Os setores de emergência acabam exercendo, além de suas funções próprias, as de urgência, ambulatorio, centro de triagem e área de acumulação de casos de pré-internação.

A solução é criar algumas unidades de saúde funcionando 24 horas, integradas à rede de postos convencionais e a hospitais, para ocupar o espaço entre a residência e a emergência. Estas solucionariam a grande maioria dos problemas e funcionariam como centros de triagem, encaminhando o paciente, quando necessário, para uma emergência, internação em um dos hospitais da rede, internação domiciliar ou tratamento em hospital dia/noite.

Outra medida para a racionalização do fluxo e dos recursos é a realização de consórcios intermunicipais de saúde, com setores de emergência e hospitais regionais de referência, desafiando a demanda sobre os hospitais de capitais e cidades maiores.

A terceira linha mestra abrangeria as ações de promoção e prevenção exigidas no mundo moderno, fazendo com que o Ministério da Saúde deixasse de ser o Ministério da Doença em que se transfor-

mou ao longo do tempo. O conceito de prevenção possui uma latitude que extrapola os limites da área da saúde em sentido estrito. Abrange providências como o combate às carências nutricionais e o saneamento básico, assim como um rigoroso e continuado programa educacional para crianças (na escola) e adultos. Já estão em vigência os principais instrumentos para implementar estas ações: programas de vacinação, saúde

da família, agentes comunitários, campanhas informativas (que precisam ser mais bem planejadas, de acordo com os perfis epidemiológicos regionais, quanto à sua seqüência e continuidade), saúde na escola (na TV Escola do MEC) e outros.

O MS deve, como quarta linha mestra, coordenar nacionalmente as ações de vigilância ambiental e epidemiológica, criando órgãos

como uma Agência Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, nos moldes do CDC, e outra na área de Vigilância Sanitária, a exemplo do FDA, ambos com estudos desde 1997, apoiados pelos dois organismos americanos. Além disso, cabe a ele formular a Política Nacional de Saúde, tanto governamental quanto privada.

A quinta linha seria a reestruturação gerencial e administrativa do ministério,

das secretarias estaduais e municipais de Saúde, além da regulamentação dos planos e seguros privados de saúde e sua relação com o seguro governamental (lei recente).

Em síntese, o MS necessita ter suas ações mais dirigidas para promoção, estímulo e supervisão do que para a execução, que deve ser predominantemente descentralizada. O corporativismo, a burocratização, a diluição de responsabilidades, o desperdício, a lentidão operacional do sistema e a rígida unificação nacional da normatização precisam ser substituídos por uma estrutura organizacional moderna, flexível, ágil e criativa, capaz de assegurar que todo recurso público aplicado atinja seu destino e, em conjunto com o setor privado, produza os resultados previstos.

A definição de fontes permanentes de financiamento e a responsabilidade de cada nível de governo neste financiamento completam as linhas mestras, que provocariam a grande revolução, tirando, a médio prazo, o setor de uma crise crônica e imbatível. Com exceção do financiamento, esta verdadeira e profunda reforma não necessita de alterações constitucionais e nem mesmo de leis. Está pronta, bastam a compreensão da população, o apoio da mídia e a decisão política.

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE é ex-ministro da Saúde.

A primeira linha mestra (...) seria a descentralização das ações
