

**HÉSIO
CORDEIRO**

O roteiro dos desafios de Jatene

Retirar a Saúde das páginas policiais e levá-la para as páginas das políticas sociais é relevante, mas é muito pouco frente à gravidade da situação de saúde do país. A representatividade do governo que assume depois da vitória com 34 milhões de votos implica em enfrentar de forma decisiva as mazelas e os descaminhos do Sistema Único de Saúde.

O país não pode continuar mantendo taxas tão elevadas de mortalidade infantil que superam as dos países mais pobres que o Brasil na América Latina e Caribe ou no Sudeste da Ásia, como o Ceilão, por exemplo. A complexidade da situação brasileira se caracteriza por combinar padrões de mortalidade por câncer, doenças cardiovasculares e acidentes, com as mortes por doenças associadas à desnutrição, à falta de saneamento básico ou decorrentes da baixa cobertura vacinal da população. Os pobres adoecem mais das doenças infecciosas e parasitárias quanto de diabetes, câncer ou hipertensão. Também na saúde o Brasil é um país injusto.

■ **Reforma sanitária** — Para superar este quadro é preciso retomar os conceitos primordiais da Reforma Sanitária explicitados na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) quando se concebeu a saúde como consequência de políticas sociais como as relativas ao meio ambiente, ao abastecimento de água potável, ao estado nutricional, ao emprego e distribuição de renda, às condições de trabalho e inúmeras outras variáveis sociais, econômicas e políticas. Em síntese, é necessário implementar um conjunto articulado e integrado de ações de governo e da sociedade para reduzir riscos e agravos à saúde e mobilizar os

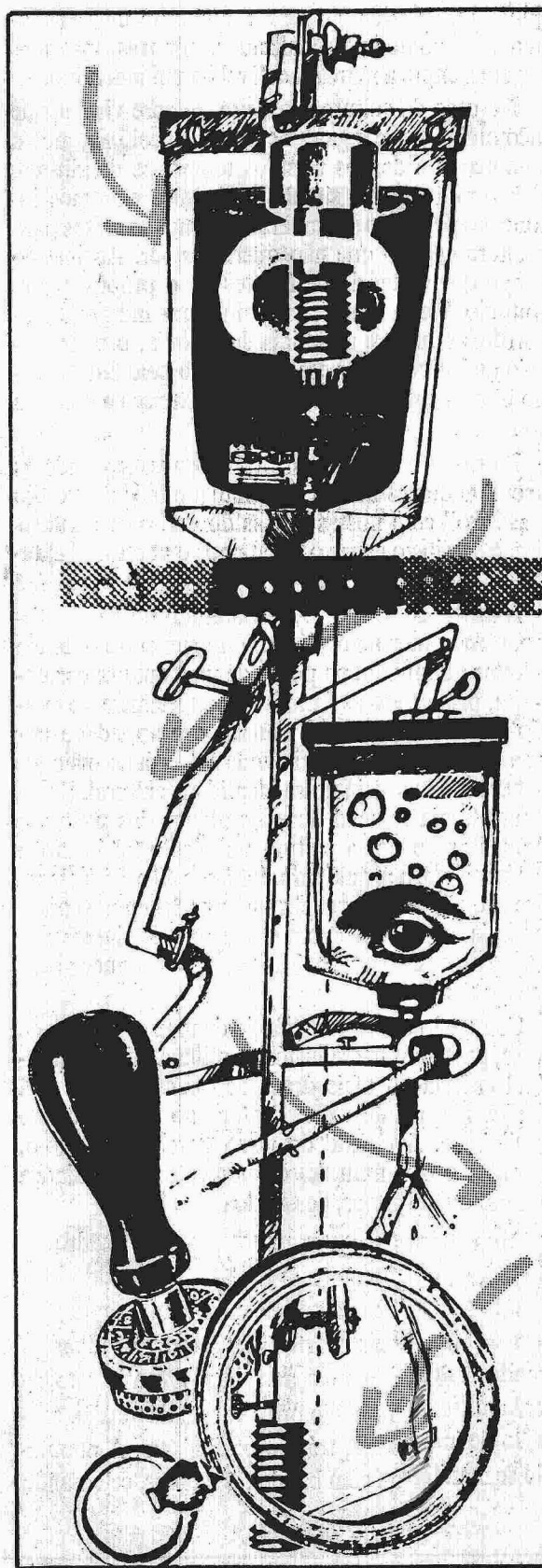
recursos disponíveis para seu uso eficaz na promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação das doenças. Em consequência, é lícito afirmar-se que o desafio colocado para o governo de Fernando Henrique é ter a capacidade de articular ações entre os diversos ministérios das áreas social e econômica e entre as várias instâncias do governo — federal, estadual e municipal — para reordenar o sistema de saúde. A tradicional competição por fatias de poder nestas diferentes instâncias tem a extraordinária capacidade de criar situações de não-decisão que paralisam a ação do Estado e fragmentam as políticas públicas, segmentando as estratégias que deveriam estar destinadas a enfrentar de forma globalizante os problemas prioritários da população.

■ Estrutura do Sistema de Saúde —

No âmbito do formato institucional do Sistema Único de Saúde é necessário recuperar os princípios de descentralização presentes na concepção do sistema em seus passos iniciais, demarcados pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) no período 1983-1986 e pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1986-1988. Os órgãos do Ministério da Saúde devem ter caráter normativo e de definição de macropolíticas de saúde, além de coordenar ações destinadas a reduzir desigualdades entre regiões e estados do país. Os órgãos das secretarias estaduais de Saúde devem exercer ações de planejamento e de coordenação, bem como ações destinadas a reduzir as desigualdades entre áreas ou regiões de um mesmo estado, capacitar recursos humanos, exercer controle e fiscalizar o cumprimento de metas estaduais e regionais. Aos municípios deve caber o papel mais importante na execução das ações de saúde, dependendo da capacidade gerencial de cada município. Dentro desta perspectiva, a atual estratégia de municipalização dos serviços de saúde deverá prosseguir, cuidando, entretanto, para que não se estabeleça uma pulverização dos serviços de saúde com risco de gerar desperdícios.

■ **Financiamento** — O novo governo deverá rever os mecanismos de financiamento do Sistema Único de Saúde. Será necessário fazer uma opção clara e definitiva entre manter os critérios estabelecidos na Constituição de 1988 que criou o orçamento da seguridade social ou desvincular a saúde dos

“Não podemos manter taxas de mortalidade infantil maiores que as de países mais pobres”



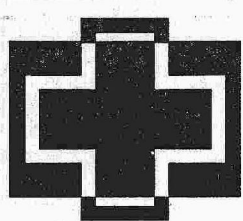
recursos oriundos das contribuições previdenciárias. A preponderância política do Ministério da Previdência Social sobre as demais, na área de seguridade social resultou em diminuição dos recursos para a Saúde que voltou a um patamar de 40 reais *per capita* contra 80 reais dos anos 1988-9 em decorrência do corte das verbas previstas no orçamento da Seguridade Social. A participação das contribuições sociais era de 37% nos gastos em saúde em 1987-8, depois atingiu 17% em 1991-2 até serem excluídas totalmente em 1993-4. Será preciso ter a definição das fontes de recursos e do montante de participação da União, dos Estados e dos Municípios, das empresas e dos

trabalhadores e das formas privadas de prestação de serviços de saúde incluindo a regulação dos seguros saúde e de outras modalidades complementares de assistência médico-hospitalar. Cerca de 71% a 78% dos recursos públicos para a Saúde são oriundos do Governo Federal, o que evidencia que as diretrizes para a descentralização tornam-se de difícil operacionalização em decorrência da cen-

“O novo ministro deverá propor formas de incentivo à qualidade e de redução de custos”

tralização dos mecanismos de financiamento. Será necessário assegurar maior participação de Estados e Municípios tanto no gasto em saúde como na gestão do sistema de saúde. Não poderá ocorrer, portanto, retração da participação no orçamento da saúde das instâncias estaduais e municipais. Por sinal, em vários estados e municípios onde o SUS se consolidou e já apresenta resultados favoráveis é, também, onde ampliou-se a participação destes níveis de governo no gasto em saúde.

■ **Controle de gastos e qualidade de atendimento** — O novo ministro da Saúde deverá reunir não só argumentos poderosos para ampliar o gasto público em saúde, como também deverá propor instrumentos capazes de convencer a área econômica do governo que os recursos serão bem utilizados. Os desperdícios, os resultados pouco convincentes de gastos da ordem de 9 a 12 bilhões de dólares anuais tem sido motivo de acirrados debates pela imprensa entre autoridades de governo, deixando como seqüela a imagem de um setor mal gerenciado, ineficiente e vulnerável às fraudes. Por tal razão, o novo ministro deverá propor formas ousadas de



Saúde

publico

Continuação da página 12

incentivo à qualidade e de redução de custos das ações de saúde, especialmente aquelas de assistência médico-hospitalar.

A adoção de sistemas de avaliação e controle de qualidade do sistema de saúde é uma tendência atual em todo o mundo. O Brasil não dispõe de instrumentos permanentes e confiáveis para medir resultados das ações de saúde de forma a conhecer a eficácia — resultados para um dado indivíduo, doente e ou sadio — ou para medir a efetividade — resultados para uma população ou grupo de pessoas. Tampouco dispõe de instrumentos para avaliação das tecnologias que dão melhores resultados a custos menores. O Ministério da Saúde deverá estimular a criação de um sistema independente de avaliação de qualidade e de custos que envolva entidades profissionais, entidades de grupos de pacientes, universidades e sociedades científicas com representantes das diversas especialidades para o desenvolvimento e implantação destes instrumentos, daí resultando uma política de acreditação de hospitais e serviços. Igualmente deverá promover esforços para a organização de um sistema de educação continuada para os profissionais de saúde, valendo-se de recursos de educação à distância, tele-educação e de informática.

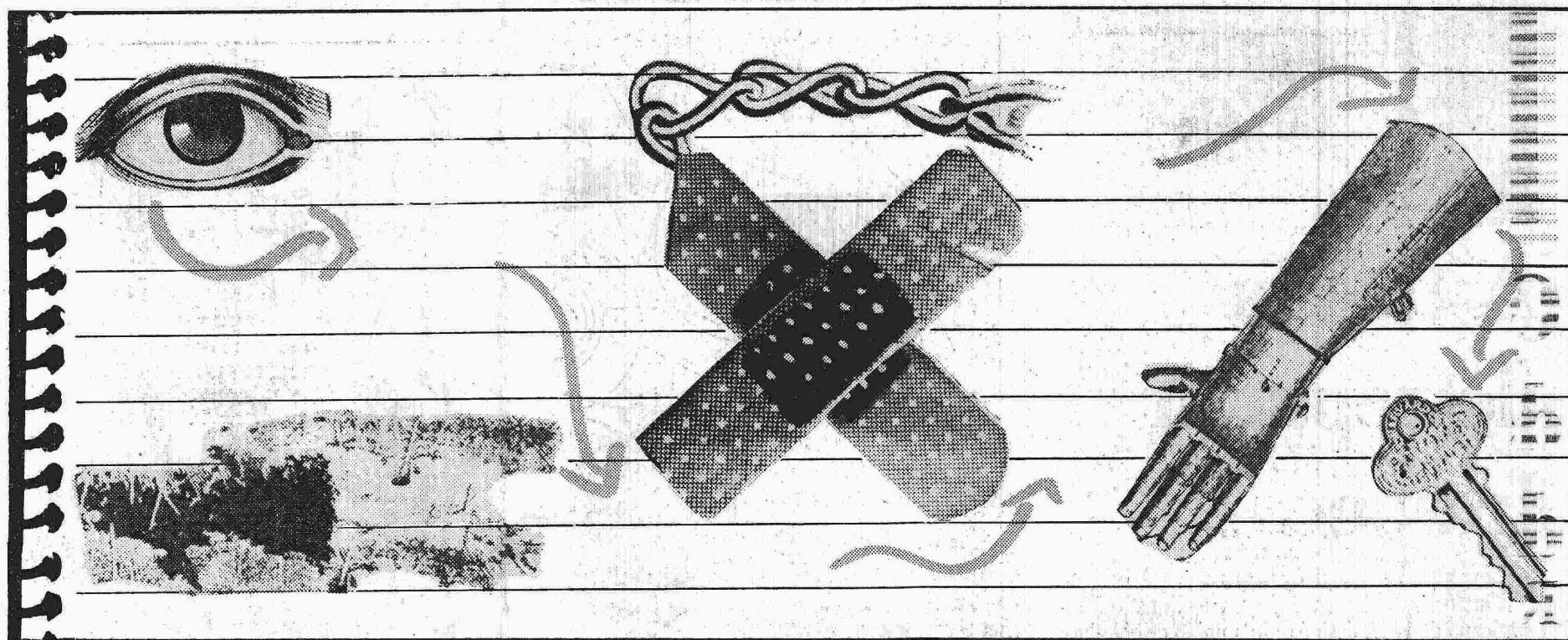
■ **Incentivos à eficiência** — Adib Jatene poderá estabelecer formas modernas de regulação do sistema de saúde visando definir normas para os diferentes prestadores de serviços de saúde, incluindo as modalidades privadas, cooperativadas e filantrópicas de assistência médico-hospitalar. A nova regulamentação do SUS deverá estabelecer mecanismos mais ágeis de gestão para as unidades hospitalares complexas do setor público como a autonomia relativa na administração de pessoal, dos insumos materiais e dos recursos financeiros. Um certo grau de competitividade deve ser estimulado entre os hospitais complexos, tanto em relação à qualidade quanto ao cumprimento de metas de cobertura, de prestação de serviços e de redução de custos. Os procedimentos mais complexos e caros, por envolver tecnologias sofisticadas, deverão fazer parte de sistemas integrados em nível nacional, tal como o que foi organizado sob a coordenação do próprio Adib Jatene e por Fulvio Pilegi, no Incor, referente às doenças cardiovasculares.

■ **Descentralização e municipalização** — A descentralização do sistema único de saúde deve completar-se de forma planejada e bem

gerenciada, para atingir ao propósito de municipalização das ações e serviços compatíveis com a capacidade gerencial de um dado município, estimulando-se, também, a formação de consórcios entre municípios, buscando racionalizar o uso de recursos mais caros e especializados. No plano local, onde a esfera federal se faz presente apenas pela elaboração e implementação de normas, o Ministério da Saúde pode criar incentivos, inclusive financeiros, para a implantação dos distritos sanitários, onde se prestam os serviços básicos, os atendimentos ambulatoriais especializados e assistência hospitalar de menor complexidade. Nos distritos sanitários podem ser estimulados os conselhos comunitários para controle social, fiscalização dos gastos e acompanhamento pelo consumidor da qualidade do serviço prestado. É, também, nos distritos sanitários onde deve ser estimulada a prática do médico de família, pois entre 80 e 85% dos problemas de saúde podem ser resolvidos por este tipo de atendimento.

Esta é uma agenda desafiadora para o ministro Jatene e para o governador Fernando Henrique Cardoso levarem adiante, enfrentando as resistências corporativas e ideológicas que poderão se antepor para impedir a efetiva implantação do SUS.

Hésio Cordeiro, ex-presidente do Inamps, é reitor da UERJ



SÚMULA ► Fabrício Marques

Diz-se que a raiz dos problemas da saúde está nos sucessivos cortes de verbas, mas a penúria do setor apenas evidenciou vícios que há décadas minam a eficiência do sistema. O pecado original talvez seja o desprezo com a prevenção de doenças. Os especialistas apelidaram o sistema brasileiro de *hospitalocêntrico*, porque foi montado e destina a maior fatia das verbas para internar as pessoas.

Como 75% dos leitos são de hospitais particulares, o governo tem de apelar à iniciativa privada. Dessa matriz deriva a guerra sem fim que os donos de hospitais travam com o governo. Nos anos 80, a inflação crônica passou a corroer os valores repassados pelo governo. Muitos apelaram à fraude para sobreviver. O Ministério da Saúde detectou que 25% dos formulários de internação são preenchidos com irregularidades pelos hospitais conveniados.

De mal-estruturado, o sistema tornou-se injusto. O dinheiro não chega aos postos de saúde das favelas, mas há desperdícios no tratamento de doenças típicas de países ricos. O número de consultas (por habitante, ao ano) com ginecologistas é 34,4% menor do que a recomendação da Organização Mundial de Saúde. Já o número de consultas com cancerologistas é 55,9% maior que a mesma recomendação. O governo

paga por uma consulta pediátrica apenas 5% de seu custo real. Mas um tratamento de hemodíalise, a custosa filtragem do sangue que as pessoas que perderam os rins têm de se submeter, é pago a preço de mercado. Os portadores de insuficiência renal crônica aprenderam a lutar por seus direitos. As crianças, ainda não.

A Constituição de 1988 criou uma utopia: comprometeu-se a dar saúde gratuita a todos os seus cidadãos. Nenhum país do mundo faz isso. A regra é cobrar de quem pode pagar e dar saúde gratuita aos excluídos. Cerca de 35 milhões de brasileiros têm planos de saúde privados, que movimentam por ano US\$ 6 bilhões. Os demais cidadãos (cerca de 115 milhões de pessoas) dependem de hospitais públicos, que gastaram no ano passado US\$ 9,5 bilhões.

Todos estes pecados do sistema se agravaram com os cortes das verbas nos últimos anos. Em 1989, o Ministério da Saúde gastou US\$ 12 bilhões. Em 1992, 6,5 bilhões. O governo até que tem se esforçado em aumentar os recursos. Foram US\$ 9,5 bilhões em 1994, contra US\$ 8,3 bilhões em 1993. O desafio do novo governo será gastar com eficiência.

Fabrício Marques é repórter da Sucursal de São Paulo