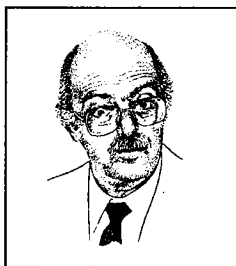


Fechando os ralos do SUS



Acabou o saco sem fundo. O controle tem parâmetros nos tetos físicos e financeiros

Os argumentos manejados na imprensa, até por profissionais da saúde, que teriam obrigação de esclarecer, e não de confundir, parecem desconhecer, propositadamente, o que vem sendo feito para racionalizar os gastos e otimizar os recursos.

Desde que o Inamps foi extinto, em 1993, se processa no País um enorme esforço, não só do ministério, mas dos secretários estaduais e municipais, seja diretamente ou por meio dos seus Conselhos Nacionais, para dar racionalidade ao atendimento.

O que se vem buscando é estabelecer, tanto para o atendimento ambulatorial quanto para a internação hospitalar, aquilo que seja considerado razoável diante de nossa realidade. Isso inclui, evidentemente, os modernos métodos de diagnóstico, tratamento e prevenção.

Inicialmente trabalhamos com as internações, porque temos um instrumento de avaliação, por meio das AIHs. Devo assinalar que todas as denúncias de irregularidades só foram possíveis porque possuíamos esse instrumento. Foi por meio dele que descobrimos, já em fevereiro de 1995, cerca de 1,2 milhão de internações com tempo de permanência menor de dois dias e que não encontravam justificativa quando confrontadas com o diagnóstico. Esse fato levou à redução do número de internações do equivalente a 10% da população para 9%.

Por outro lado, havia uma grande desigualdade no percentual de população internada em municípios nos quais não havia justificativa aceitável. Também o valor médio das internações era diferente, conforme o nível de complexidade dos atendimentos e o nível dos recursos de diagnóstico e tratamento disponíveis. O número de leitos variava muito, havendo municípios com número excessivo e outros com deficiência.

Todos esses dados estão disponíveis para quem quiser acessá-los.

Embora desde 1953 se fale em regionalização e hierarquização, nunca tinha sido feito esforço sério nesse sentido.

O esforço que vinha sendo feito, a partir de 1993, constituindo-se as comissões intergestores bipartite e

tripartite, foi fortemente incrementado em 1995. A comissão bipartite é constituída, em cada Estado, por representantes da secretaria estadual e das secretarias municipais que estudaram e discutiram a situação de cada município, considerando sua capacidade de atendimento e os deslocamentos da população em busca de atenção mais diferenciada. Identificaram as cidades-pólo, calcularam, com base

nos 9% da população, as reduções para municípios com menor capacidade de atendimento e ampliação do número de AIHs para os que recebessem os doentes encaminhados. Com base no custo médio, estabeleceram quanto se devia gastar em cada município e, em consequência, no Estado.

Ficou estabelecida uma programação integrada com tetos físicos e financeiros por município e por Estado — 19 Estados já concluíram esse estudo.

Todas essas programações foram consolidadas nas reuniões das comissões tripartites realizadas mensalmente entre os representantes das três esferas de governo.

Esses dados estão obrigando os secretários estaduais a redistribuir as AIHs por município e por hospital, obedecendo ao que está estabelecido na Constituição, ou seja: prioridade para o hospital público, onde existir, seguido dos filantrópicos e, se houver necessidade, os privados.

Isso causou reduções drásticas das AIHs para muitos hospitais privados, alguns dos quais deixa-

ram de atender o SUS ou simplesmente fecharam.

Uma cidade, por exemplo, com 30 mil habitantes e com 10 leitos por mil habitantes, não poderá jamais preenchê-los dentro desta nova sistemática. É por isso que muitos reclamam dos secretários ou do ministro dizendo que estão reduzindo o atendimento.

Na verdade, não estão. Estão é racionalizando e regionalizando, para que a hierarquização seja possível. E mais: estão diagnosticando os excessos e faltas e procurando corrigi-los.

O resultado desse trabalho é o estímulo à associação ou a consórcios de municípios, otimizando os recursos e compartilhando equipamentos e instalações.

Essa é, no nosso entender, a maneira mais eficiente de combater fraudes, ralos e corrupção.

Mesmo porque, com todas essas premissas colocadas, serão proximamente divulgadas à população de cada município por meio dos conselhos municipais e das Câmaras Municipais. Isso permitirá o acompanhamento do que está acontecendo no setor e como estão se processando o atendimento ambulatorial e as internações. Da mesma forma, os pacientes que puderem ser atendidos no seu município não devem ser encaminhados a municípios vizinhos, com desestímulo dos profissionais de suas cidades.

Onde se organizarem consórcios, os recursos de diagnóstico, só existentes nos grandes centros, poderão ser colocados de forma racional e dentro da capacidade de atendimento para a população, somada, dos municípios do consórcio, interiorizando os avanços da moderna medicina.

Isso tudo já começa a mostrar resultados e tem evidentemente custo político, cobrado pelos que

se utilizavam da ausência dos controles para se beneficiar. E o controle tem agora parâmetros nos tetos físicos e financeiros.

Se, por acaso, um município quiser aumentar o seu teto financeiro, o aumento terá de sair da redistribuição do teto do Estado. A consequência é que nenhum novo hospital será construído para atender à clientela do SUS sem se avaliar como a redistribuição do teto estadual torna viável o seu funcionamento.

A distribuição das AIHs deixa de ser arma política geradora de fraudes e passa a ser feita racionalmente, com a vigilância de todos os interessados, inclusive da população, por meio de seus conselhos.

O mesmo se diga em relação aos Estados. Quando um deles pleitear aumento de teto, e como o valor global é fixo, ele só poderá ser concedido com a redução do teto de outros Estados. Todos passam a se interessar em conhecer e controlar o que cada um está fazendo, e as mudanças da programação integrada e pactuada só se farão com a participação dos interessados.

Estão sendo fechadas as torneiras e os ralos, os gastos estão sendo controlados nos três níveis. Quem quiser aumentar o seu teto tem de justificar, não para o ministro, mas para as comissões bi e tripartite, em que todos estão representados.

Se associarmos estas medidas com a reformulação em curso da auditoria nacional nos três níveis, com as "críticas" colocadas no sistema de processamento, posso afirmar com segurança que as restrições ao SUS, feitas hoje, são baseadas na sistemática do passado já ultrapassado e o esforço na mudança da gestão, feito nestes três últimos anos, começa a mostrar seus efeitos.

As deficiências ainda existentes, os hospitais públicos sucateados, os profissionais mal pagos e desmotivados, as emergências superlotadas representam rescaldo que será certamente corrigido quando a vontade política, já demonstrada pelo presidente, de prioridade à saúde, conseguir mobilizar os recursos necessários para que se possa oferecer à população o que ela espera e merece.

Acabou o saco sem fundo. Os tetos físicos e financeiros são fixados e controlados, estão disponíveis para conhecimento de todos e podem ser acompanhados, garantindo aplicação correta dos recursos.

