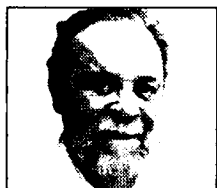


1996

MARCIO MOREIRA ALVES



de Brasília

A reforma da saúde

• O rabinho do porco é que custa a esfolar, dizia a sábia Luíza, cozinheira da casa de minha mãe. O ministro Jatene deve ter ouvido o mesmo conselho e não baixou a guarda. Empenha-se com ardor igual ao do primeiro turno pela aprovação da CPMF em um segundo turno de votação na Câmara. Enquanto isso, os adversários da contribuição, que se encontram na equipe econômica, nos bancos e nas indústrias, buscam alternativas.

Alternativas para impedir a falência das Santas Casas, dos outros hospitais filantrópicos e dos privados, que prestam serviços ao Ministério da Saúde, se existem, ainda não foram propostas. Fala-se, vagamente, na unificação das contribuições sociais, talvez para quando a reforma tributária for aprovada. É uma hipótese remota porque, pelos conflitos de interesses que provoca, a reforma tributária parece ter ficado para o Dia de São Nunca.

Os gestores da economia não tinham pensado no assunto, por considerarem quase impossível a aprovação da CPMF na Câmara. Em matéria de saúde, preocupam-se com a dos bancos, para a qual abrem créditos sem limites. A das pessoas não lhes interessa muito. Afinal, para alguns, o povo continua a ser um detalhe, como dizia o Chico Any-sio, no tempo de Collor.

Um dos obstáculos que o ministro Jatene teve de enfrentar na sua pregação aos deputados foi a cobrança por melhores controles dos gastos de seu ministério.

O trunfo que Jatene tem na manga é a aprovação, em agosto, da nova Norma Operacional Básica (NOB), que passará às prefeituras a responsabilidade pela gestão da saúde. Para custear esta responsabilidade, cada município receberá um tanto por habitante, quantia que será igual para todos os brasileiros.

Antes de contar os novos projetos do Ministério da Saúde

sob os seus cuidados, que atende no que for possível, sem preocupar-se com as causas sociais que produziram o doente.

Os sanitaristas, pelo seu lado, não prestam assistência individual aos doentes. Só empreende ações que alcancem o coletivo e, portanto, defendem apenas a atenção básica à saúde. Para os religiosos, a quem está confiada grande parte da rede hospitalar, a morte não é um mal terrível e definitivo, de vez que leva o indivíduo desta vida, onde sofre, para outra, melhor. Logo, também eles tendem a priorizar o atendimento básico.

Diante dessas posições, torna-se difícil criar um sistema de atendimento universal e integral, que é caro, não admite temporizações, do tipo vamos fazer o que dá e deixar o resto para o futuro, e tem poucos defensores realmente convencidos da sua viabilidade.

A experiência adquirida ao longo dos anos com o funcionamento do SUS levou o Ministério da Saúde a defender uma clara definição das responsabilidades de atendimento à saúde entre os poderes federal, estaduais e municipais. Haveria uma radicalização da municipalização do atendimento direto, responsabilidade das prefeituras. A gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços não precisa ser do município, ou mesmo pública, mas a gestão de todo subsistema é municipal. Os estados terão, como principal responsabilidade, mediar a re-

de é preciso assinalar o que os seus gestores chamam de "paradoxo de Caruaru". Há alguns anos não existiam aparelhos de hemodiálise pelo interior do país. O barateamento dos equipamentos, a presença de nefrologistas em cidades de porte médio e o aumento de investimentos no setor permitiram que crescesse o número de diagnósticos de doenças renais e surgissem as máquinas capazes de atendê-los.

Em consequência, cresceu também o risco de descaso criminoso e de má utilização dos equipamentos, como ocorreu em Pernambuco. Os doentes que morriam em silêncio, sem sequer saber o que tinham, morrem hoje com notícias de primeira página.

A Constituição de 1988 estabelece como dever do Estado oferecer à população um atendimento universal e integral à saúde. O SUS foi criado para cumprir esta missão constitucional.

José Carlos Seixas, secretário-executivo do Ministério, acha que há uma grande conspiração contra a observância da Constituição.

Em primeiro lugar, está a cultura médica individualista, que faz com que cada um se responsabilize apenas pelo doente que está diretamente

lação entre os sistemas municipais de saúde, através de fóruns de negociação, as Comissões Intergestores Bipartite, e o Governo federal a de mediar as negociações entre os sistemas estaduais, nas Comissões Tripartites. Essas comissões é que aprovarão as programações municipais e estaduais e os tetos financeiros possíveis.

Os pagamentos por procedimento, que facilitam a fraude e o desperdício, continuarão até 1998 e os pagamentos básicos, por habitante, serão aumentados até lá.

Segundo Seixas, o sistema de entregar o dinheiro diretamente ao prefeito e à sua comissão de saúde possibilitará, por exemplo, que os 2.400 municípios de mais de 12 mil habitantes que hoje não têm laboratórios de análises clínicas ou um aparelho de radiografia simples, possam vir a tê-los.

O Ministério da Saúde acha que a viabilidade da proposta está hoje comprovada nos 113 municípios que hoje estão em gestão semiplena dos recursos repassados pelo SUS.

No futuro, caberia ao Governo federal apenas a regulamentação da saúde e a organização de trabalhos de âmbito nacional, como as campanhas de vacinação e o controle de epidemias.