

Descentralização gestonária e saúde pública hoje

O último Inquérito Nacional de Saúde (1996) mostrou que 2 500 000 portuguesas e portuguesas com mais de 15 anos consideram que a sua saúde é «má» ou «muito má» e que este facto se deve, em grande parte, a um número elevado de pessoas que, nesse grupo, vê a sua saúde seriamente afectada por doenças e incapacidades prolongadas.

Se esse sofrimento e perda da qualidade de vida se deve, em parte, ao facto de não possuímos ainda conhecimentos suficientes sobre causas e factores de risco que permitam uma intervenção preventiva eficaz, a verdade é que estamos ainda longe de aplicar o que sabemos quanto a medidas e métodos de intervenção destinados a *prevenir* recaídas da doença ou a *promover* oportunidades para que as pessoas afectadas desenvolvam capacidades, potencialidades e funções directa ou indirectamente deterioradas pela doença.

Há aqui um vasto espaço para a promoção da saúde e a prevenção da doença, ou seja, para a intervenção da saúde pública. Mas uma intervenção preventiva e de promoção em pessoas afectadas por doença e incapacidade e não apenas e prioritariamente em pessoas saudáveis ou em risco.

Para que esta intervenção seja eficaz e ao alcance da totalidade das pessoas afectadas por este tipo de doenças e incapacidades deverá ser prestada a nível da pessoa, família/rede social e da comunidade, uma vez que envolve múltiplos apoios de natureza médica, social, residencial (muitas vezes), ocupacional, relacional, de reabilitação, etc.

Exige, pois, contrariamente a muitas das intervenções centralizadas *preventivas* ou de *promoção* da saúde dirigidas à população saudável ou a grupos que se sabe estarem em risco, uma intervenção descentralizada de dimensão local, capaz de possuir a flexibilidade suficiente para se ajustar às diferenças, quer individuais, quer dos recursos familiares, sociais, institucionais e comunitários existentes, caso a caso.

Daí que esta vertente da saúde pública seja incompatível com a centralização gestonária dos serviços e dos programas de promoção e prevenção dirigidos à população afectada por doenças e incapacidades prolongadas.

Mas atenção, pois este risco de centralização existe na realidade. Cito como exemplo a tendência recente que se tem verificado entre nós no sector das doenças mentais, muitas delas graves e de natureza prolongada e onde, em vez de se assistir

a uma progressiva descentralização e integração local condizente com a moderna legislação do sector (Lei n.º 36/98, Decreto-Lei n.º 35/99, Despacho conjunto n.º 407/98), se tem assistido a uma tendência centralizadora e concentradora da gestão de vários dos seus serviços (Despacho n.º 4389/99 e Portaria n.º 782/99), reduzindo-lhes, assim, a iniciativa e capacidade interventora local flexível que este tipo de cuidados de saúde pública tanto exige.

Tem-se recorrido a argumentos de escassez e racionalização económica para justificar este esforço centralizador e concentrador, esquecendo-se que há estratégias modernas de administração que permitem descentralizar sem que a responsabilidade e eficácia dessa mesma gestão se percam.

É neste encontro de uma gestão própria do dealbar do novo milénio, responsável e participativa, com a necessidade de desenvolver um sistema de cuidados descentralizados, flexíveis e integrados na comunidade, que reside a esperança de sucesso de uma intervenção organizada de saúde pública no domínio dos cuidados a pessoas com doenças e incapacidades prolongadas.

Se de facto se quiser trazer para o primeiro plano da saúde pública de hoje esta preocupação, há que reflectir sobre o problema da centralização/descentralização das responsabilidades gestionárias dos serviços e programas que a essas pessoas se dirigem.

E o problema não é de somenos importância, se o objectivo for o de contribuir para uma diminuição significativa do número de portugueses e portuguesas que respondam no próximo Inquérito Nacional de Saúde (ano 2005) que a sua saúde é «má» ou «muito má»!

16 Sampaio Feia