

DOSSIÊ SAÚDE PÚBLICA

AS AMPULHETAS DO SUS

A CORRETA OPÇÃO POLÍTICA BRASILEIRA POR UM SISTEMA UNIVERSAL PRECISA SER TRADUZIDA NA PRÁTICA POR UM MODELO ASSISTENCIAL COM SERVIÇOS BEM ORGANIZADOS E RESOLUTIVOS

FRANCISCO EDUARDO DE CAMPOS

Minha reflexão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) não pode ser apartada de minha trajetória pessoal. Particpei ativamente da formulação e da implementação desta política nos últimos 40 anos, de forma que o leitor não espere deste médico a neutralidade de alguém que observa de fora. Formado em 1974, fui um dos autores do meu discurso de formatura. Nesse discurso, criticavam-se a desigualdade social, as más condições de saúde da população, as doenças da pobreza, além da enorme fila do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Tal crítica, porém, ainda não ia ao âmago da questão, que era a fragmentação das estruturas de prestação de serviços à saúde. Naquele momento, mesmo para segmentos progressistas da sociedade, como éramos nós, era dada como natural a fragmentação do sistema de saúde, constituído numa espécie de triângulo: em um vértice, havia aqueles que podiam pagar diretamente por serviços particulares. Outra ponta reunia uma parcela crescente incorporada ao mercado formal de trabalho, coberta pelo Inamps. Por último, na terceira ponta, estava uma grande massa de cidadãos tratados como indigentes – alvos dos programas verticais de saúde pública dirigidos às endemias e epidemias, e de uma assistência depauperada.

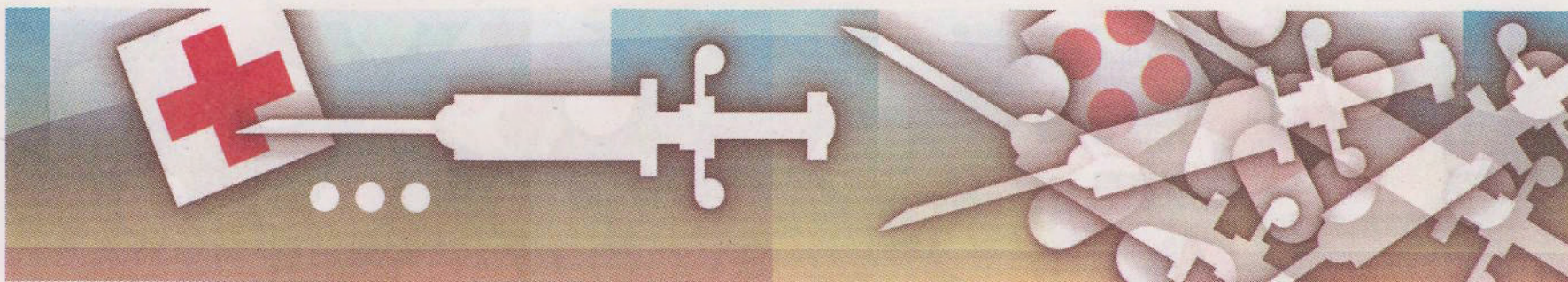


BETO MAGALHÃES/EM/D.A PRESS

Em algumas áreas, como a pediatria, a oferta de serviços do SUS não garante o atendimento da população

PENSARBRASIL

ESTADO DE MINAS • SÁBADO, 14 DE MAIO DE 2011



Naturalmente que, dentro deste contexto, não era de bom tom atuar no setor público. O ideário incutido em nossas cabeças era o de ter um consultório particular e ser um médico generoso, prestador esporádico de serviços em instituições filantrópicas. Trabalhar no Inamps era motivo de vergonha. Pude ver a força desse pensamento materializada ainda na graduação, num episódio emblemático: um notável professor de medicina dava uma aula sobre a entrevista (anamnese). Um colega de turma, desavisadamente, fez, então, de chofre, uma pergunta singela: "Professor, pela sua proposta, essa anamnese já teria levado meia hora e eu nem teria entrado ainda no exame físico, no diagnóstico e na prescrição. Como farei isso no Inamps, em que terei menos de meia hora para cada paciente? O professor ficou lívido. Pensou, pensou e respondeu, sob o olhar admirado de todos os demais: "Eu não trabalho no Inamps". Meridianamente clara, a resposta.

Sendo este o ambiente acadêmico em que éramos formados, que fatores teriam levado o Brasil, entre os anos 1970 e 1980, a desenvolver um projeto político diferenciado para a saúde? Por que não ocorreu o mesmo, com igual velocidade e intensidade, em outros setores sociais, como a educação e a assistência social? Certamente, tal coesão e mobilização em torno do setor saúde se devem ao combate político à ditadura, que agregou operários, estudantes e até médicos; e à própria conjuntura econômica do final do milagre econômico, no fim dos anos 1970, com consequente crise previdenciária. O que está escrito entre os artigos 196 e 200 da Constituição, assim, é não apenas uma meticulosa construção, mas o fruto de uma tecelagem política que juntou do centro à esquerda. No dizer do mais importante dos líderes da construção do SUS, Sérgio Arouca, mais que um processo técnico, o SUS é um projeto civilizatório. Idealizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, consagrado na Constituição, regulamentado pelas Leis 8080 e 8142 é, indubitavelmente, o maior processo de inclusão social que ocorre neste país.

O Brasil fez, desde então, uma opção política muito clara para o setor, mas muito difícil: incluir a todos como beneficiários sem oferecer apenas uma cesta básica de serviços. Caminho diverso, cabe ressaltar, daquele que seguiu um grande número de países, induzidos pelas agências financeiras internacionais. Estas apregoavam tanto a focalização das ações, quanto a política do "pacote mínimo". Hoje, muitos anos de-

"O BRASIL FEZ UMA OPÇÃO POLÍTICA MUITO CLARA PARA O SETOR, MAS MUITO DIFÍCIL: INCLUIR A TODOS COMO BENEFICIÁRIOS SEM OFERECER APENAS UMA CESTA BÁSICA DE SERVIÇOS"

pois do Brasil, o mundo se curva à ideia da garantia ampla e universal à saúde. Exemplo disso veio recentemente da própria Organização Mundial de Saúde (OMS). Em seu informe mundial, publicado em novembro passado, a entidade afirmou que uma das mais principais causas da ruína e da desintegração das famílias no mundo são os gastos catastróficos com a saúde, pagos diretamente de orçamentos individuais ou domésticos.

Ora, se nos contentássemos com o pacote básico de serviços de saúde, estaria tudo aparentemente resolvido. Seguindo a cartilha das referidas agências internacionais, com menos de US\$ 50 (por habitante/ano) pode-se dar uma cesta de vacinas, alguns de serviços, e os medicamentos mais essenciais. O Brasil não quis se limitar a isso. Desenvolve simultaneamente um dos mais sólidos programas de imunização do mundo, um programa exemplar de HIV/AIDS e, ao mesmo tempo, proporciona serviços de alta complexidade a quem deles necessita.

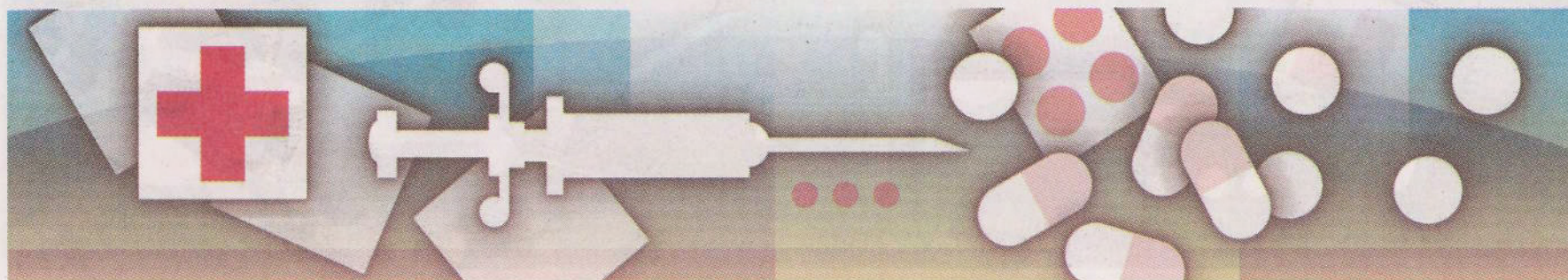
ESTRANGULAMENTO O desenvolvimento do SUS, porém, pode ser comparado à representação gráfica de uma ampulheta. A base do sistema – na qual estão o Programa Nacional de Imunizações e a atenção primária abrangente, atendendo a um grande número de localidades – está razoavelmente solucionada. No outro

"SERVIÇOS DE SAÚDE SÃO PRODUZIDOS POR GENTE E, CERTAMENTE, SEM REFORMAS NAS ESCOLAS, SEM REFORMAS NAS ESCOLAS, SEM REFORMAS NAS ESCOLAS DE ESPECIALISTAS, TORNARÃO VÃS TODAS AS DEMAIS REFORMAS"

extremo, no topo, os serviços de alta complexidade também operam a contento: medicamentos excepcionais de alto custo são entregues, e os transplantes de órgãos só não ocorrem em maior monta pela ausência de doadores. O estrangulamento está justamente no centro, tal e qual na ampulheta. Conseguir acesso a consultas especializadas e outros procedimentos de média complexidade tem sido penoso para os usuários, o que faz com que a principal prioridade do governo federal seja o "acesso com qualidade".

Não pretendo ser ufanista, acredito que correções sejam necessárias. Há ainda partes importantes da população que passam por pobreza severa e privações, às quais há que se destinar ações focadas. Se não qualificarmos e aumentarmos a resolutividade da atenção primária, milhares de pessoas procurarão desnecessariamente os pronto atendimentos ou hospitais. Aí continuará a se evidenciar pela mídia a ausência de especialistas, a superlotação dos hospitais gerais. Esta é a mãe de todas as batalhas. Este é um ciclo vicioso que, não enfrentado, ferirá de morte o SUS. Qualificar a atenção primária para seja resolutiva e encaminhe apenas os que necessitam incrementar a formação de especialistas em áreas críticas e implementar redes de cuidado que garantam referência e contra-referência são os maiores desafios. Lembrando-se, sobretudo, que serviços de saúde, mais que qualquer outro serviço, são produzidos por gente e, certamente, sem reformas nas escolas profissionais e na qualificação de especialistas, tornarão vãs todas as demais reformas.

Equilibrar eficiência e custos é outro desafio a ser enfrentado não só pelo SUS, mas por sistemas do mundo inteiro. É consenso mundial, hoje, que os custos com saúde são explosivos, representando 15% do PIB de muitos países. No Brasil, tais gastos já batem na casa de 10%, o que tem facetas negativas e positivas. Um dos responsáveis pela elevação das cifras da saúde é o desenvolvimento tecnológico que, não se pode negar, traz benefícios a toda a humanidade. Mas apenas a racionalização de seu uso pode fazer com que não se gaste tudo o que se tem exclusivamente com saúde. Nos EUA, por exemplo, onde se tem um dos mais iníquos sistemas existentes, o gasto com saúde dos habitantes é similar à renda per capita brasileira. Seguindo a mesma receita, não teríamos recurso adicional para nada mais. Imagine-se como não ficaria a situação das nações com as menores rendas per capita do mundo.



No Brasil, o modelo de assistência tem apostado na atenção primária em saúde, logo aperfeiçoado no Programa de Saúde da Família. Ensina a experiência internacional que profissionais generalistas podem resolver 85% dos casos, referindo apenas 15% para os especialistas e hospitais. Fora desta fórmula, não há salvação. Apenas o conhecimento, o vínculo do profissional, a conversa franca, o olho no olho podem fazer com que modalidades de sofrimento intangível, muitas vezes não traduzível num diagnóstico e numa prescrição possam ter adequadas compreensão e encaminhamento. Não é, portanto, apenas uma afirmação irresponsável de médicos que cabulam plantões a de que mais da metade das pessoas que comparecem à noite aos serviços de urgência poderia ter seus problemas adequadamente resolvidos por um profissional de sua confiança, no conforto do seu domicílio. Mas há resistências a esse modelo de atenção, embora mais ideológicas que operacionais. Muitos profissionais se envergonham de dizer que são médicos generalistas, criou-se o fetichismo da especialidade e da dependência tecnológica. Quem de nós não acha lindo o escaneamento tridimensional e a cores de partes do organismo? Isso fez com que se perdesse a visão holística.

Mas o maior risco aos SUS talvez esteja caracterizado do ponto de vista dos usuários. À medida que dezenas de milhões de brasileiros ascendem à classe média, uma de suas principais aspirações passa a ser adesão à medicina suplementar. Assim, a melhoria das condições sociais, ao invés de implicar uma melhor qualificação do SUS, pode representar seu abandono, relegando o sistema à sua antiga configuração: a de atenção à saúde pública e à indigência. Gratuidade concedida pelo governo e não algo pelo qual se pagou, serviço a que se tem direito. Fazer o SUS funcionar e ganhar confiabilidade, diminuir filas e ampliar o acesso são, portanto, tarefa inexorável para a sociedade brasileira.

Há também uma discussão velada, hoje, que contrapõe o financiamento e a gestão do SUS. Ou seja, para alguns, os nós da saúde se resolveriam com a aplicação mais verbas enquanto que, para outros, as mazelas do sistema se devem exclusivamente à má gestão dos recursos. Defendo que os dois problemas são fortemente intrincados, e que não há como se resolver um sem que o outro seja tomado em conta. Por mais que joguem financiamentos adicionais, mantido o modelo centrado no hospital e no atendimento de urgência e emergência, não haverá solu-

“POR MAIS QUE JOGUEM FINANCIAMENTOS ADICIONAIS, MANTIDO O MODELO CENTRADO NO HOSPITAL E NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, NÃO HAVERÁ SOLUÇÃO”

ção. Poder-se ia colocar o dobro, o triplo, 10 vezes mais verbas. Por outra parte, não há como, por mais avanços que se façam na gestão, resolver os problemas sem recursos adicionais.

Há, portanto, uma segunda ampulheta, em seu sentido funcional. O SUS tem que funcionar melhor

e isso não pode tardar mais. Se seus usuários não estiverem convencidos de sua utilidade e capacidade de resolver os problemas de saúde da gente comum e corrente, poderão se perguntar por que alocar recursos em algo de retorno duvidoso. Mas estou certo de que não chegaremos a esse ponto. Tenho certeza de que temos tudo para fazer com que prevaleça a civilização e a solidariedade sobre o que seria, no campo da saúde, a barbárie do "salve-se quem puder" ou do "cada um resolve o seu".

FRANCISCO EDUARDO DE CAMPOS é professor titular da Faculdade de Medicina da UFMG, coordenador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon-UFMG) e secretário-executivo da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS).

BRENO FORTES/CB/D.A PRESS



O Programa de Saúde da Família é uma das apostas para mudança do modelo de assistência em atenção primária