

# O Brasil profundo e o sistema público de saúde

Brazil in-depth and the public health system

Wilson Luiz Sanvito<sup>1</sup>

O jornalista americano H.L. Mencken certa vez disse “para cada problema complexo existe uma solução clara, simples e equivocada”. Bingo.

A saúde pública representa um desafio para os governos do mundo inteiro. Diz-se que governar é decidir o que fazer e depois fazer o que se decidiu. Entretanto, o diabo está nos detalhes. Num exercício de macroanálise vou equacionar o que um sistema público de saúde (SPS) deve contemplar para servir bem aos seus usuários. Segundo a OMS, oito componentes são essenciais na atenção primária à saúde: 1) educação nos métodos de prevenção; 2) promoção de boas condições alimentares e nutricionais; 3) abastecimento de água e saneamento básico; 4) proteção materno-infantil e planejamento familiar; 5) vacinação contra as principais doenças infecciosas; 6) prevenção e controle de endemias locais; 7) tratamento prioritário das afecções mais frequentes; 8) fornecimento de medicamentos essenciais. A estes postulados, elaborados na reunião de Alma-Ata (Rússia) em 1978, pode-se acrescentar, nos dias de hoje, a prevenção e o combate às DST (particularmente a Aids), a luta contra o alcoolismo e às drogas ilícitas, a assistência ao idoso, programas de saúde mental, além do empenho na segurança do trabalho.

O fenômeno mais notável nos últimos 40 anos, em todos os países desenvolvidos, é o crescimento das despesas com a saúde. Algumas determinantes são apontadas para justificar a explosão dos custos médicos: a utilização, cada vez mais frequente, de procedimentos técnicos de média e alta complexidade, realizados em hospitais ou clínicas especializadas. É o caso da diálise, colocação de próteses artificiais, transplantes de órgãos, radioterapia, quimioterapia, disseminação das UTIs, radiologia diagnóstica e intervencionista, o superdimensionamento na utilização de exames laboratoriais... enfim, a prática de uma medicina tecnocêntrica e superespecializada que virou rotina.

É complicado comparar sistemas de saúde dos diferentes países, isto porque as condições sanitárias são diversas, bem como outras variáveis (estrutura econômica, educação do povo, aspectos culturais...). No mundo contemporâneo há um descompasso entre os avanços da medicina e a qualidade da assistência médica. Um sistema de saúde deve dispor de recursos materiais e ser eficiente. Lamentavelmente não é o que ocorre com o SPS na maioria dos países. Embora os recursos financeiros sejam necessários, eles não garantem um bom sistema. É praticamente impossível estender ao conjunto da população uma medicina de alto requinte tecnológico e extremamente onerosa (e nem é necessária, como será exposto adiante). E o exemplo vem de um “peso pesado”: os Estados Unidos da América contemplavam [até 2002] a área da saúde com 13,6% do seu PIB, o que representava algo em torno de 1,5 trilhões de dólares/ano. O modelo americano, de alto custo, destinava mais de U\$4.000 *per capita* e nem por isso o sistema era eficiente. O sistema praticamente quebrou e o problema caiu no colo do presidente Obama que, a duras penas, vem promovendo uma reforma no sistema de saúde americano.

O sistema inglês, proporcionado pelo NHS (*National Health Service*) é de natureza pública e garante aos usuários o acesso gratuito aos serviços de saúde. O *General Practitioner (GP)* é o elemento nuclear do sistema. Os GP agem nos serviços ambulatoriais e são uma espécie de porta de entrada do sistema (*gatekeepers*). Cada GP tem cadastrado um certo número de famílias. Na era Thatcher algumas pequenas modificações foram introduzidas, mas, na sua essência, o sistema continua o mesmo. Também lá o sistema tem sido julgado de menor eficiência quando comparado ao sistema privado (Veja Tanaka, OU & Oliveira, VE - Reforma(s) e estruturação do sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. Saúde soc. Vol. 16, 1, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, apresenta algumas semelhanças com o sistema inglês. O SUS contempla três objetivos básicos: universalidade, integralidade e equidade. Universalidade significa que todos os cidadãos podem ter acesso ao sistema; integralidade (abrangência) afirma que a saúde do cidadão é o resultado de múltiplas variáveis, incluindo o emprego, renda, acesso à terra, serviços de saneamento básico,

1. Professor Titular da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Clínica Médica. Assistant Étranger da Faculdade de Medicina de Paris.

Endereço para correspondência: Wilson Luiz Sanvito. Rua São Vicente de Paulo, 501 – 710 – Santa Cecília – 01229-010 - São Paulo – SP – Brasil. E-mail: wsanvito@uol.com.br

acesso e qualidade dos serviços de saúde, educação...; equidade afirma que as políticas de saúde devem estar orientadas para redução das desigualdades entre os indivíduos e grupos populacionais... Entretanto, as palavras não são mágicas e os simples enunciados de princípios, teoricamente corretos, não garantem a efetivação desses propósitos na prática. O médico e político Sérgio Arouca (não mais entre nós) costumava retratar a saúde pública no Brasil de modo pessimista (ou seria realista?): “no verão tem dengue, no inverno tem meningite, se há enchentes tem leptospirose, de vez em quando tem cólera e o ano inteiro tem hanseníase, mal de Chagas, leishmaniose, esquistossomose, malária... e fraudes”. Reconheço que implementar políticas públicas de saúde num país da extensão territorial do Brasil não é tarefa fácil. O nosso país é um mosaico de estruturas geoeconômicas e com desníveis de IDH imensos em suas diversas regiões. Mas é preciso que o poder público incorpore o Brasil profundo, dos grotões, das populações ribeirinhas, das caatingas, do cerrado... na esfera da saúde. O governo municipal, mesmo com todas as suas deficiências é o único que chega, de modo precário, ao Brasil profundo e aos grotões. E para isso é preciso um choque de gestão no SUS. O sistema não privilegia a atenção primária à saúde, que bem gerenciada, pode ter uma capacidade resolutive de mais de 80% dos problemas de saúde da população. O modelo apresenta sérias distorções ao privilegiar o atendimento hospitalocêntrico e os atos médicos de média e alta complexidades. As unidades básicas de saúde (UBS), que deveriam ser a porta de entrada do sistema, padecem de vícios estruturais e funcionais (os profissionais são mal formados, os salários são baixos, as condições de trabalho são precárias, a regionalização do atendimento nos grandes centros não funciona...). O sistema é um caos e continuam as filas e humilhações aos usuários. Às vezes, as situações são dramáticas e um exemplo eloquente disso ocorre na área de oncologia, que exige diagnóstico precoce e tratamento rápido. Não é o que acontece em muitos casos: ou o paciente morre na fila de espera (o agen-

damento de uma consulta com um oncologista pode demorar muitos meses ou mais de um ano) ou, por ocasião do atendimento, o câncer já está numa fase avançada e o tratamento pode ser ineficaz. A demora para a realização de um procedimento ortopédico, por exemplo, pode demorar anos. O sistema, além de ineficiente, é perverso.

O governo recém-findo foi um desastre na área da saúde e o atual tinha [antes da posse] o hospital Sírio-Libanês como caixa de ressonância do SUS. Nada contra o hospital, que é de excelência para atos médicos de média e alta complexidade.

O financiamento da saúde no sistema inglês advém do setor público, principalmente dos impostos, com uma pequena contribuição do sistema de seguridade social. O SUS conta com fontes semelhantes. Entretanto no Brasil uma parcela importante dos trabalhadores vive na informalidade e, portanto, não contribui para a Seguridade Social. Existe também a Emenda 29 da Constituição que deve prover recursos para a saúde, mas que, por enquanto, dorme nas gavetas do Congresso. A sua regulamentação é indispensável para que os Estados e municípios cumpram os percentuais de 12 e 15 %, respectivamente. Há problemas graves no financiamento e na fiscalização e conflitos de competência entre a União, os estados e os municípios. Acho que a CPMF não deve ser ressuscitada, porque a nossa carga tributária já é muito pesada. O dispêndio com a saúde representa 7,5 a 8% do PIB, menos que média mundial de 8,7%.

Além da falência material do sistema público-assistencial, a prática médica tornou-se fria, mecânica e perdeu aquele toque humano. É preciso resgatar a medicina da pessoa. Enquanto o usuário dos serviços de saúde não souber o nome do seu médico é porque o sistema é de baixa qualidade. Se bons sentimentos não bastam para fazer uma boa medicina, não há medicina sem bons sentimentos. Alguém aí é contra?

---

Trabalho recebido: 02/03/2011

Trabalho aprovado: 31/03/2011