

Dr. Eugênio Vilaça Mendes¹

O SUS está completando 25 anos de existência. É tempo de celebrar e de refletir.

Há muito o que celebrar. O SUS constitui a política pública mais inclusiva realizada no Brasil porque instituiu a cidadania em saúde e acabou com a figura odiosa dos indigentes sanitários, vigente antes de 1988. Além disso, tem ações e programas que são referências internacionais, como o Sistema Nacional de Imunizações, o programa de controle de HIV/AIDS, o programa nacional de transplantes de órgãos e, especialmente, a Estratégia da Saúde da Família.

Mas é tempo de refletir sobre os caminhos do SUS, seus problemas e suas tendências. Há quatro grandes problemas estruturantes: dois no plano macroeconômico, que são o subfinanciamento e a segmentação; e dois outros, no plano microeconômico, que são a fragmentação e o modelo de atenção à saúde praticado.

O problema fundante é o subfinanciamento. A generosidade dos constituintes na instituição de um sistema público universal não foi acompanhada pela criação de uma base material que garantisse a saúde como direito de todos e dever do Estado. A retirada dos recursos da Previdência Social foi a pá de cal que sepultou o ideal da cobertura universal em saúde em nosso país. Em consequência, o gasto público em saúde no Brasil atinge apenas 47% do gasto total em saúde, e o gasto per capita é de 466 dólares, valor abaixo dos praticados em países como Argentina, Costa Rica, Cuba e Uruguai. Sem um incremento significativo dos gastos públicos em saúde, os demais problemas não têm solução.

Como decorrência dos baixos investimentos públicos em saúde, o sonho da universalização vem se transformando gradativamente no pesadelo da segmentação. A concepção do SUS como um sistema público universal de inspiração beveridgeana não pode se concretizar porque as evidências internacionais mostram que isso foi alcançado em países que despenderam mais de 70% de gastos públicos em saúde como porcentual do gasto total em saúde. Em realidade, o SUS foi se transformando num subsistema público que convive, num modelo segmentado, com dois subsistemas privados: o subsistema da saúde suplementar, que cobre 48 milhões de brasileiros, e

¹ Consultor em Saúde Pública. E-mail: eugenio.bhz@terra.com.br.

o subsistema de desembolso direto, ao qual recorrem todos os brasileiros, principalmente na compra direta de medicamentos. Prospectivamente, o SUS tende a se transformar num sistema de assistência médica para os pobres e num resseguro para os procedimentos mais custosos para as classes médias e para os ricos. O sistema segmentado brasileiro é fonte de iniquidade porque o baixo gasto público leva a um incremento dos gastos diretos das pessoas, o que penaliza os mais pobres. Mantida essa tendência pode-se afirmar que o SUS será amanhã, à moda brasileira, o que são hoje os Estados Unidos.

No plano microeconômico, a fragmentação do SUS leva à ineficiências sistêmicas e não permite uma coordenação eficaz da atenção à saúde, o que leva a um consumo desregrado de tecnologias de maior densidade que pressionam os custos e determinam as complicações potencialmente evitáveis da assistência sanitária. Nesse patamar de análise, combinam-se a ausência de uma APS capaz de coordenar a assistência, a falta de comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a visão ideológica da medicina flexneriana e os mecanismos de gestão com base na oferta. Estes elementos compõem uma situação de fragmentação que tem sido articulada, internacionalmente, como geradora de ineficiências, de ineficácia e de baixa qualidade da atenção. Essa fragmentação deve ser superada pela implantação de redes de atenção à saúde coordenadas pela APS.

Por fim, no plano micro da clínica, há uma situação de crise que se expressa na ruptura do postulado da coerência entre a situação de saúde e as respostas sociais que devem evocar por parte dos sistemas de atenção à saúde. O Brasil passa por várias transições coetâneas na sua situação de saúde. A transição demográfica aumenta relativamente o número de pessoas idosas e leva a mais condições crônicas no futuro. A transição nutricional aponta na mesma direção: um em cada dois brasileiros adultos apresentam sobrepeso ou obesidade. A transição epidemiológica indica que quase 70% da carga de doenças no país é composta por doenças crônicas. A rapidez com que essas transições se processam não tem sido acompanhada por mudanças adaptativas que, nos sistemas de atenção à saúde, são muito lentas. O resultado é que temos hoje uma situação de saúde do século XXI sendo respondida socialmente por uma clínica da primeira metade do século passado, quando a presença das condições agudas era muito prevalente. A transposição da clínica das condições agudas para o manejo das condições crônicas tem sido um fracasso sanitário e econômico em todos os países. Isso levou à proposição de modelos de atenção às condições crônicas, com base no Modelo de Atenção Crônica desenvolvido nos Estados Unidos, que têm

sido aplicados, com adaptações, em muitos países, com excelentes resultados. Esses modelos operam numa lógica clínica diferente do modelo de atenção às condições agudas e exigem mudanças profundas. Essas mudanças envolvem um conjunto de movimentos concomitantes na clínica: da atenção centrada na doença para a atenção centrada na pessoa; da atenção centrada em indivíduos para a atenção centrada na família e nas redes de apoio social; da atenção centrada nas ações curativas e reabilitadoras para a atenção integral de promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação e palição; da atenção uniprofissional centrada no médico para a atenção interprofissional; da atenção centrada no encontro clínico presencial face-a-face entre profissional e pessoa usuária para a incorporação de novas formas de atenção compartilhada entre grupos de profissionais, de pares e de coletivos de pessoas usuárias; do modelo da referência e contrarreferência entre APS e a atenção ambulatorial especializada para o modelo do trabalho conjunto entre especialistas e generalistas; da atenção centrada nas prescrições de profissionais para os planos de cuidados acordados com as pessoas usuárias e suas famílias; da atenção centrada no cuidado profissional para a atenção centrada no autocuidado apoiado; da gestão centrada na oferta para a gestão de base populacional; e da gestão de meios para a gestão dos fins, a gestão da clínica.

Essas mudanças no plano da clínica terão impactos consideráveis em todas as profissões de saúde. Não será diferente com a enfermagem, que deverá repensar, à luz dos modelos de atenção crônica, a formação dos seus profissionais e as suas práticas assistenciais.