

Economia da Saúde - Fome de dinheiro

2005. Ano 2 . Edição 7 - 1/2/2005

A melhoria do atendimento aos doentes brasileiros requer mais recursos. Conheça os projetos para solucionar o problema.

Por Maysa Provedello, de Brasília



Fila de pacientes à espera de atendimento no pronto-socorro do hospital João 23, em Belo Horizonte, Minas Gerais

O Brasil tem um dos mais abrangentes e democráticos sistemas de saúde do mundo: garante a qualquer cidadão todos os tipos de tratamento em qualquer parte do país. O grau de participação da sociedade na definição de suas políticas e principais diretrizes é alto, realizado por meio de milhares de conselhos de saúde. Mas, na prática, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição de 1988, quando a saúde passou a ser um direito básico universal e não somente daqueles que estivessem ligados ao sistema de previdência ou pagassem convênios ou tratamentos particulares, está muito distante do almejado.

"O sistema de saúde brasileiro propicia o que há de mais avançado, como é o caso de transplantes e outros tratamentos de alta complexidade, mas fracassa na oferta de uma atenção básica de boa qualidade", afirma Sérgio Piola, diretor adjunto da Diretoria de Estudos Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Os problemas não se restringem às famosas cenas de hospitais lotados e filas para atendimento. Envolvem um conjunto de serviços previstos no guarda-chuva do SUS, que vão desde a prevenção de doenças, a distribuição de medicamentos, até os sofisticados transplantes de órgãos. O Brasil é referência mundial no controle da epidemia da aids, mas ostenta outras marcas constrangedoras, como o alto índice de mortalidade de crianças antes dos 5 anos de idade.

Uma parcela dos problemas no Brasil está relacionada à participação dos setores público e privado no financiamento. O gasto total (público e privado), como proporção do Produto Interno Bruto (PIB), não é baixo - atinge 7,6%, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2002 -, mas o investimento público (de União, estados e municípios) é de apenas 3,54% do PIB, percentual insuficiente para fornecer todos os serviços de saúde de que a população necessita. E é inferior ao registrado em países como Argentina, Cuba, Estados Unidos, Inglaterra, Alemanha e França. O gasto per capita do SUS em 2002 foi de 305 reais, enquanto dois anos antes, em 2000, os planos privados de saúde despenderam 687 reais por associado.

Dinheiro Muito há de ser feito em várias frentes para que o Brasil alcance padrões aceitáveis internacionalmente em termos de atendimento à saúde de sua população. E investimento é um fator fundamental. Se, por um lado, o modelo de saúde para todos, com qualidade, é democrático, por outro exige um elevado volume de recursos - questão complicada dado o nó orçamentário nascido na época da criação do SUS. Ao transformar o antigo modelo, que era de acesso restrito, em outro, de atenção integral e universal, os constituintes acabaram aprovando um vasto conjunto de novas obrigações para estados, municípios e União, que geraram pressões sobre os gastos públicos.

Falta dinheiro para cumprir a determinação constitucional. A própria Carta tentou garantir uma parte do orçamento da seguridade social (composta de previdência, saúde e assistência social) para a saúde. Porém, diante do aumento das obrigações previdenciárias, os recursos deixaram de ser repassados a partir de 1993. Na busca de outros meios de financiamento foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), que arrecada 0,38% de todas as transações bancárias e vincula parte do montante às ações de saúde financiadas pela União.

Essa situação levou a uma mobilização política e social que culminou, em 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC 29) que vincula um percentual dos orçamentos da União, estados e municípios à saúde. Hoje está no Congresso Nacional uma proposta que prevê recursos adicionais para o Ministério da Saúde, da ordem de aproximadamente 8 bilhões de reais ao ano, que seriam somados aos cerca de 36 bilhões investidos no último ano.

A exemplo do que aconteceu em 2000, quando foi aprovada a EC 29, existe uma intensa campanha multi partidária, da qual também fazem parte organizações da sociedade civil em geral e específicas da saúde, para aprovar o projeto de lei complementar, que regulamenta a referida Emenda. Ela está em tramitação na Comissão de Constituição e Justiça da Câmara. Depois irá ao plenário da Casa e posteriormente ao Senado. O dinheiro viria de uma mudança na forma de cálculo do montante fixo do orçamento federal destinado à saúde.

Hoje, ele toma por base em um percentual do PIB e, caso o projeto de lei seja aprovado como está, passará a ser vinculado a 10% das receitas correntes brutas da União. Parece muito, mas vale lembrar que esse montante foi praticamente alcançado em 1995, quando os desembolsos ficaram em 9,6% das receitas. "Em 85 e 87, os investimentos superaram essa meta", recorda Gilson Carvalho, médico sanitário.

Vínculos "O projeto de lei é um novo começo para tentar reverter a situação atual, na qual o Estado investe menos em saúde do que o setor privado", explica Elias Jorge, diretor do departamento de Economia da Saúde, do Ministério da Saúde. Ele lembra que as disposições transitórias, em vigor no primeiro ano após a Constituinte, previam que os gastos deveriam ser de no mínimo 30% de toda a previsão orçamentária da seguridade social, o que hoje seria algo em torno de 70 bilhões de reais provenientes da esfera federal.

"Nossas necessidades são de grandes dimensões e para cumprir os serviços previstos no SUS temos de pensar em quantias dessa ordem", diz. "É muito dinheiro, mas temos de mudar os termos em que pensamos, prover saúde não é gasto, mas investimento em uma população capaz de sustentar um processo de desenvolvimento de longo prazo." A afirmação reflete uma dicotomia entre o ministério e a área econômica do governo federal, que não esconde o descontentamento com o alto nível de vinculação dos recursos do orçamento em

rubricas como educação e saúde, algo considerado bastante limitador de investimentos em outras áreas sociais.

O deputado federal Guilherme Menezes (PT-CE), relator do projeto na Comissão de Seguridade da Câmara, está confiante em relação às chances de tramitação em 2005, para a entrada em vigor das novas regras, pelo menos em regime de transição, ainda em 2006. "A frente parlamentar trabalha nesse sentido e já iniciou conversas na Casa Civil e com técnicos da área econômica para expor a relevância e a urgência do tema", diz. Mas entre os especialistas em saúde pública a esperança não é tão grande.

"Uma iniciativa de valores tão significativos não terá um apoio fácil no governo e no Congresso", avalia Solon Magalhães Vianna, consultor do Ipea. Para Piola, a não aprovação da lei complementar também significa a manutenção dos problemas de interpretação da Emenda 29 da Constituição, que colocam em risco a aplicação dos valores mínimos previstos para as três esferas de governo. Depois de aprovado na Comissão, o projeto irá para o plenário da Câmara e só então iniciará uma nova tramitação no Senado.

O projeto de lei abre outra porta de fundamental importância para a elevação dos recursos do SUS. É preciso conceituar o que são serviços de saúde no âmbito da emenda. Parece uma preocupação irrelevante, mas os entes públicos não raro tendem a incluir dispêndios como atividades de educação, nutrição, coleta de lixo e obras de saneamento como se fossem serviços de saúde. Pelo projeto de lei a ser votado, elas são consideradas apenas como determinantes das condições de vida das pessoas e não poderão ser bancadas com recursos específicos do SUS.

"Só com a adoção de critérios bem claros vamos poder saber com exatidão se os estados e municípios cumprem a exigência de vinculação orçamentária", esclarece Gilson Cantarino O'Dwyer, secretário de Saúde do estado do Rio de Janeiro e presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass). Ele se refere a um impasse: poucos estados informam ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) os valores anuais de execução orçamentária, o que gera especulações sobre a possibilidade de estarem arcando com o custeio de ações indiretas de saúde, em vez de se restringirem aos serviços propriamente ditos.

Eqüidade Mesmo ainda insuficientes, os recursos novos provenientes da aprovação do projeto de lei também propiciariam tempo para colocar em prática a chamada eqüidade distributiva. Ela nada mais é do que a alocação de recursos públicos para as regiões com mais necessidades e menos condições de prover saúde do que outras. "Atualmente, existem dezenas modalidades de repasses, obedecendo a critérios variados. Nesse caminho, maior eqüidade na alocação de recursos só acontecerá por obra do acaso", afirma Piola.

Em resumo, é preciso buscar uma fórmula de aplicação financeira capaz de espelhar as necessidades e as capacidades econômicas de cada estado ou município. Já existem estudos nesse sentido. Sílvia Porto, professora da Escola Nacional de Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro, desenvolveu em 2002 um extenso projeto com o objetivo de criar um indicador de necessidade, que seria simplesmente um fator numérico a ser aplicado quando da distribuição dos recursos. "Partimos de experiências que já existem, como a da Inglaterra, mas o Brasil é mais desigual e por isso mais complexo", explica.

Para ela, o melhor momento para realizar uma mudança de critério é quando surgem recursos novos, porque, se fosse feita uma mudança agora, seria preciso

tirar dinheiro de algum lugar para colocar em outro. "Além disso, também é necessária uma política paralela de investimentos e estrutura de prestação de serviços, tanto ambulatorial quanto preventiva, nos lugares hoje sem condições de atendimento", completa.

Dessa forma, não haveria risco de os estados e municípios mais necessitados receber mais dinheiro e não ter como gastá-lo por não possuírem médicos, hospitais e outros técnicos especializados. O Ministério da Saúde reiniciou as tratativas para implantar uma forma equânime de alocação de verbas para o Piso de Assistência Básica (PAB), destinado pela União para estados e municípios realizarem ações de atendimento primário, em postos de saúde, por exemplo.

O estado de Minas Gerais desenvolveu um índice de necessidade local para distribuir a verba da saúde aos municípios. Composto de indicadores demográficos, epidemiológicos e sócio-econômicos, ele busca tratar desigualmente os desiguais. "Se tratarmos todos igualmente, as localidades com melhores condições sociais e econômicas receberão mais do que aquelas mais necessitadas", explica Eugênio Vilaça Mendes, consultor em Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde de Minas Gerais.

Em escala nacional, uma alteração como essa exigiria um amplo pacto nacional, não só no âmbito da saúde, mas também das finanças locais, uma vez que alguns estados e municípios teriam de abrir mão do direito a recursos públicos. "Por isso é ideal que o país já se prepare para poder aplicar um fator de distribuição equitativa se for aprovado o projeto de lei, com recursos novos, aí não será preciso tirar dinheiro de ninguém, apenas alocar mais justamente o que for adicional." Para Piola, além da questão da equidade, a utilização de um índice para transferir recursos também favorece a descentralização, "pois confere transparência, regularidade, evita o clientelismo de parte da esfera transferidora e garante segurança à parte que recebe".

Problemas práticos Verônica de Figueiredo Barbosa é médica, clínica geral, e atende três vezes por semana no Hospital de Base de Brasília, um dos maiores e mais bem equipados hospitais públicos do Distrito Federal. Todas as vezes que coloca os pés nos corredores do ambulatório para começar a atender dezenas de pessoas, ela depara com a realidade do que muito se discute no plano político.

"Temos problemas de falta de medicamentos, de manutenção da estrutura, às vezes não temos nem roupa de cama", diz. A falta de profissionais aumenta o sufoco dos médicos e enfermeiros, que precisam dar conta de milhares de pacientes vindos de cidades próximas e até de outros estados. A médica geralmente pergunta a razão que leva o doente a percorrer tanta distância e sempre ouve a mesma resposta, com poucas variações: "Onde eu moro não tem um hospital bom assim".

Depois de 22 anos de carreira no atendimento em emergência ambulatorial em hospitais públicos, Barbosa arrisca alguns palpites para melhorar a vida de todos, médicos e pacientes. "Hospitais de qualidade em todas as regiões do país e uma política de gestão profissional das unidades, com pessoas treinadas para isso, já seria um bom começo", diz. "Além disso, a falta de um bom atendimento primário, aquele que pode resolver o problema de uma pessoa com uma gripe ou simples intoxicação alimentar, sobrecarrega os corredores dos hospitais."

Ela destaca que é crescente o número de pessoas que não têm mais como arcar com o custo dos planos de saúde e por isso procuram o SUS. A percepção da médica corresponde à realidade. Segundo a Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS), aproximadamente 2 milhões de pessoas deixaram os planos particulares entre 2000 e 2002. Piola, do Ipea, esclarece que o SUS, por ser constitucionalmente de acesso universal, precisa estar pronto para receber esses novos pacientes, como todo e qualquer cidadão brasileiro.

"Assim, vemos mais um indício de que não se pode pensar em cortar investimentos para a saúde. É necessário aumentá-los", diz. Por fim, o deputado Guilherme Menezes resume, de maneira idealizada, o que deveria ser um sistema de saúde integral, para todos: "Eu quero que o SUS seja o grande plano de saúde com o qual todos os brasileiros possam contar, e que faça muito mais do que os planos convencionais, cuidando também de prevenir doenças, diminuindo o peso do atendimento ambulatorial em suas contas".

Saiba mais:

Projeto de lei complementar 001/2003 <http://www.camara.gov.br>

Sistema Único de Saúde portal.saude.gov.br

Escola Nacional de Saúde Pública <http://www.ensp.fiocruz.br/>