

ALGUNS PROBLEMAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA PROPOSTA DE SERVIÇOS  
BÁSICOS DE SAÚDE (\*)

Sergio F. Piola (\*\*)

I - INTRODUÇÃO

Propositadamente, nesta nossa exposição, não abordaremos as diferentes estratégias para expansão de serviços básicos de saúde (entre as quais se enquadra a metodologia do enfoque de risco).

Procuraremos, isto sim, abordar algumas dificuldades para a implementação dos referidos serviços.

Com isto se pretende fornecer alguns elementos que possibilitem a posterior avaliação da potencialidade da denominada metodologia do enfoque de risco no equacionamento daqueles que julgamos ser os problemas centrais para a organização da rede de serviços básicos de saúde.

II - ANTECEDENTES

A proposta de extensão de cobertura dos serviços de saúde mediante a utilização de Unidades Locais operadas com o concurso de pessoal auxiliar não é nova no Brasil. Já em 1963, na III Conferência Nacional de Saúde, a alternativa foi aceita, não havendo contudo condições políticas para sua implementação.

Somente 12 anos mais tarde a proposta ressurge, já sob a forma de um programa de governo - o PIASS - que foi, sem sombra de dúvida, a iniciativa de maior porte para a extensão de serviços básicos de saúde e saneamento.

A escolha da área em que o PIASS deveria ser inicialmente implantado - o Nordeste - não foi aleatória, já que:

- se tratava de área de reconhecida prioridade por sua carência social e econômica;

---

(\*) Anotações feitas à propósito do Painel "A estratégia do enfoque de risco e a necessidade de respostas alternativas na implementação dos Serviços Básicos de Saúde, promovido pela SNPES/MS, em 19/07/81.

(\*\*) Médico Sanitarista do CNRH/IPEA - OBS.: As idéias emitidas neste documento são de responsabilidade exclusiva do painalista.

- área ainda de escasso interesse para a iniciativa privada que, como é sabido, tende a se instalar onde haja maior concentração de renda.

Em 1979, portanto já dentro da atual administração do Ministério da Saúde, o PIASS foi expandido para todo o território Nacional e surgiram condições conjunturais para se propor um programa mais abrangente, como é o caso do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde-PREVSAÚDE.

Como se vê, a necessidade de se dar prioridade à expansão de serviços básicos de saúde e o reconhecimento da responsabilidade do setor público em sua prestação, foi gradativamente reincorporada ao discurso oficial.

Contribuíram para este posicionamento os seguintes fatores:

- o reconhecimento de que os gastos crescentes em assistência médica não conduziram a melhoria proporcional no nível de saúde e nem contribuíram significativamente para a redução das doenças transmissíveis;

- os altos custos sociais da expansão desorganizada de serviços médico-hospitalares, alguns de alta sofisticação, e todos de caráter fundamentalmente curativo;

- a proximidade de exaustão dos recursos provenientes da Previdência Social destinados à assistência médica;

o apoio técnico e político recebido pela experiência do PIASS.

Não obstante se possa delimitar, pelos motivos expostos, um quadro que tecnicamente justifique a necessidade de redirecionamento do atual sistema nacional de saúde, persistem dificuldades de ordem mais geral - que exigem re-orientações da política de saúde - e que não são contornáveis por soluções de caráter estritamente técnico.

### III. PRINCIPAIS DIFICULDADES

Entre as principais dificuldades que antevemos para a expansão da rede de serviços de saúde, situaríamos as

seguintes:

1) Limitação de recursos financeiros: os recursos financeiros destinados à proteção/recuperação da saúde (provenientes do MS e MPAS), embora crescentes são limitados.

É inegável que houve na década 1970/1980 um significativo aumento nos gastos previdenciários globais e per-capita com saúde. A preços de 1980, os dispêndios totais do INAMPS mais do que triplicaram no período (cerca de Cr\$ 61,1 bilhões em 1970 para Cr\$ 186,7 bilhões em 1980). Já os gastos per-capita passaram de Cr\$ 663,00 em 1970, para Cr\$ 1.563,00 em 1980 (a preços deste último ano).

Os recursos aplicados pelo MS também cresceram a preços constantes (Cr\$ 7,3 bilhões em 1970, para Cr\$ 16,5 bilhões em 1980), apesar de serem em seu montante global insuficientes, se relacionados com as necessidades reais e com a prioridade que sua área de atuação deveria merecer.

Em relação à prestação de serviços, "sob uma ótica exclusivamente quantitativa, a assistência médica se revelou, nos últimos 10 anos, pelo menos satisfatória: o percentual da população beneficiada pela assistência hospitalar entre 1971 e 1980, passou de 3% para quase 10%: no campo da atenção ambulatorial a produção de serviços também vem sendo ampliada. O índice de consultas por habitante foi de 0,5 em 1971 e atingiu 1,5 em 1980\*.

Este aumento da oferta de serviços médico-assistenciais se deu, basicamente, às custas da expansão do setor privado de serviços - o que bem demonstra sua agilidade em responder às políticas e incentivos (FAS) oficiais.

O aumento da oferta via setor privado encontra correspondência na alocação de recursos. Assim, em 1980 o INAMPS, que responde pela quase totalidade dos recursos aplicados em saúde à nível federal, aplicou cerca de Cr\$ 186,7 bilhões em assistência médica, sendo aproximadamente 63,1% destes recursos destinados à compra de serviços junto à iniciativa privada, 25% destinados para seus serviços próprios e 6,7% para convenios com o setor público.

Ainda com relação à oferta de serviços inúmeros são os indicadores de sua inadequação em termos de super-produção, ou de excesso de sofisticação.

---

\* In. MAGALHÃES VIANNA, Solo e GOMES PINTO, Vitor - A Assistência Médica da Previdência Social - mimeo s/d.

Citaremos apenas alguns:

- em 1980, em cada 100 consultas médicas realizadas, houve 89 exames ou serviços complementares - mais de 3 vezes o recomendado pela OMS;
- em 1977, a taxa de cesárea foi de 25,5% - mais de 2,5 vezes o aceitável segundo a OMS;
- entre 1975 e 1970 foram importados 45 tomógrafos, dos quais 21, no último ano referido. Enquanto a França adota por norma a disponibilidade de 1 tomógrafo para cada 5 milhões de habitantes, no Brasil essa relação é de apenas 1 para 2,6 milhões de habitantes, chegando a 1 para 1,6 milhões na Região Sudeste, onde estão localizados 70% destes aparelhos\*.

Logo, se partimos de um quadro de limitação de recursos e de um diagnóstico de que há um privilegiamento de serviços sofisticados e super-produção de procedimentos desnecessários, faz-se imperativo um remanejamento intra-setorial na alocação de recursos. Porém este remanejamento para a área de serviços básicos encontrará, sem dúvida, resistências de vulto devido aos compromissos existentes com a empresa médica e profissionais credenciados.

Prova dessa dificuldade é que apesar do aparente aumento de recursos para a rede de serviços básicos estatal (somente para o PIASS, está previsto no orçamento do INAMPS para 1981 mais de Cr\$ 4,3 bilhões) - o setor público como um todo vem mantendo quase o mesmo percentual dentro dos gastos do INAMPS em assistência médica - logo o remanejamento vem se dando muito timidamente.

Efetivamente, em 1979, as despesas do INAMPS via setor público, responderam por 6,4% dos gastos totais, em 1980 cerca de 6% e em 1981 a previsão é de cerca de 7% dos gastos. Parodiando, pode-se dizer que é como a evolução da distribuição de renda, geralmente demonstra-se que todos melhoram, mas alguns continuam melhorando muito mais.

2) Necessidade de redefinição da política de saúde. Assumindo o risco da simplificação pode-se dizer que o setor saúde no Brasil é formado por dois grandes sub-setores com objetivos dis

---

\* In. MAGALHÃES VIANNA, Solon e GOMES PINTO, Vitor - A Assistência Médica da Previdência Social - mimeo. s/d.

tintos:

Um sub-setor público, tradicionalmente com grandes problemas administrativos e gerenciais, voltado basicamente para a atenção da clientela mais carente, e para os problemas de saúde pública, formado por um conglomerado de instituições, cujos objetivos institucionais são frequentemente concorrentes, quando não conflitantes.

Um sub-setor privado, sobretudo o que está empresarialmente organizado, que tem como objetivo básico o lucro e que faz da prestação de serviços de saúde o meio para sua realização.

Neste sub-setor, tanto os serviços contratados como os conveniados (convênio empresa) apesar de se pautarem pela mesma lógica empresarial, obedecem a racionalidades diferentes.

Nos serviços contratados a rentabilidade é garantida através de uma oferta indiscriminada de serviços estimulada pelo pagamento em função da quantidade e complexidade de cada procedimento.

Nos serviços conveniados (particularmente o convênio empresa), a lucratividade é garantida por medidas como: exclusão pelo exame pré-admissional de pessoas portadoras de condições que representam demanda potencial, transferência para a Previdência Social dos casos de tratamento prolongado, menor qualidade dos serviços etc.

Ainda sobre a participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde deve ser dito que, num país com elevada e bem distribuída renda per-capita, a população poderia ter recursos suficientes para comprar seus serviços de saúde, assim como compra outros bens de consumo (alimentos, roupas, etc).

Porém, dado os custos crescentes da assistência médico-hospitalar, mesmo em tais países, formas de pré-pagamento ou reembolso de despesas são utilizadas para cobrir situações emergenciais de custo inacessível a grande maioria dos consumidores.

Além disso, e o que é mais importante, é o fato de que o serviço de saúde é uma mercadoria especial, diferente. Em sua aquisição o consumidor tem pouca ou nenhuma autonomia. Não é ele quem decide, mas o prestador de serviços quem determina a qualidade

de e quantidade dos serviços necessitados pelo consumidor. Acrescente-se que, por ser muitas vezes imprescindível, seu consumo não é determinado pelo seu custo.

Estas características da prestação dos Serviços de Saúde, faz com que se deixados ao livre arbítrio das regras do mercado, alimentem a oferta e o consumo de procedimentos desnecessários, levando ao consumidor.

A despeito estas restrições, observa-se que as políticas de saúde, na década 1970/1980, aumentaram as atribuições do setor privado.

Na assistência hospitalar em 1980, das 11,7 milhões de internações realizadas, 92% foram de responsabilidade do setor privado.

O atendimento ambulatorial, no período 1975/1980, em termos de número de consultas e participação percentual, segundo prestadores de serviços, apresentou o seguinte comportamento:

CONSULTAS MÉDICAS, SEGUNDO OS PRESTADORES DE SERVIÇOS

1975-1980

PRESTADOR	1975		1980	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
INAMPS (próprios)	51 687 171	58,4	59 063 589	32,8
Contratados	15 816 341	17,9	52 093 865	29,0
Convênio Empresa e Sindicatos	17 572 220	19,8	45 404 482	25,2
Convênio com Estados, Universidades, Entidades Filantrópicas	3 428 924	3,9	23 193 238	13,0
TOTAL	88 504 656	100	179 755 174	100

Como se observa, a participação do setor público como um todo (INAMPS, Estados etc), que atingia 62,3% em 1975, caiu para 45,8% em 1980.

Pode-se argumentar que corretamente a expansão do setor público está se fazendo através dos Estados, que está consequentemente havendo maior descentralização na execução dos serviços porém, como dissemos antes, a participação do setor público como um todo diminuiu.

Além disso, apesar de ter ocorrido um crescimento na participação dos Estados e Hospitais de Ensino na oferta de serviços ambulatoriais deve ser ressaltado que boa parte dos convênios foram para a utilização da capacidade instalada pré-existente. Já uma expansão mais significativa da rede de serviços básicos sob responsabilidade pública, como se previa no PREVSAÚDE, entrará inevitavelmente em choque com a iniciativa privada no momento em que passar a existir uma maior competição por clientela e recursos financeiros.

3. Necessidade de se garantir a eficácia da rede de serviços básicos e o acesso dos usuários aos outros níveis de atendimento.

Preconiza-se que a rede de serviços básicos deva se constituir na porta de entrada para o sistema prestador de serviços de saúde mediante a realização do atendimento primário à saúde.

Aqui, geralmente, surge uma distorção - seguidamente atendimento primário, serviço básico de saúde - é utilizado como sinônimo de medicina simplificada, serviço de baixa qualidade, atendimento não integral e, na prática, lhe é atribuído a função de mero anteparo à pressão da população por uma assistência médica mais diferenciada.

Neste sentido é importante repisar que num sistema regionalizado, a hierarquização dos recursos em diferentes níveis de atendimento - primário, secundário, terciário - não significa uma diferenciação na qualidade dos serviços, que deve ser ótima em todos os níveis, deve diferenciar, isto sim, a qualidade dos problemas de saúde e recursos para sua atenção em termos de complexidade.

Desta forma, embora seja tecnicamente justificável e taticamente defensável a expansão dos serviços básicos como estratégia para aumentar a cobertura dos serviços de saúde, é preciso não esquecer que estes serviços tem que ter certo nível de eficácia (qualidade) e que o acesso aos demais níveis também tem que ser igualitário.

A rede de serviços básicos deve ter capacidade de resolver parte da demanda para que não se transforme numa grande rede de triagem de pacientes, aumentando as distorções já existentes SNS e, além disso, estar suficientemente articulada com os demais níveis de atendimento para que perversamente não se transforme numa instância destinada a moderar a demanda sobre outros serviços igualmente necessários. Mesmo se assumirmos que a rede básica de serviços deva ser de responsabilidade pública - a simples padronização de rotinas, hierarquização de procedimentos - não garante sua eficácia. É necessário uma efetiva capacitação técnica-gerencial dos serviços públicos e a profissionalização de seus servidores. Porém esta última condição só será alcançada com a criação ou reestruturação dos planos de carreira de forma a remunerar condignamente o trabalhador em saúde, abrindo a possibilidade de trabalho em tempo integral, educação continuada, progressão funcional etc.

Outra questão ainda não suficientemente elucidada quando se propõe a extensão de uma rede de serviços básicos sob a responsabilidade pública, diz respeito à definição de que o nível (estadual, municipal ou federal) teria prioridade na expansão da rede básica.

Todas as propostas oficiais e textos legais divulgados são ambíguos e a discussão desta questão, quase sempre é considerada inoportuna e seguidamente usa-se contra a administração municipal os mesmos repetitivos "chavões" que a administração federal sempre utiliza para contra-argumentar a necessidade de descentralização para o nível estadual.

Por último deve ser enfatizado que a participação direta do Estado na prestação de serviços de saúde não deve ser vista como a panacéia para as distorções do SNS, e nem necessariamente significa prestação de melhores serviços à população.

Pois como diz Paul Singer, "se a prestação de serviços por parte do estado coíbe o abuso de serviços desnecessários, ao retirar-lhes a motivação pecuniária, não assegura a qualidade do serviço: consultas sumárias, atenção despersonalizada etc"\*. Sob este aspecto, em nosso entender, só há uma solução plausível criar condições para a participação da população na gestão e con-

---

\* In. A discussão da Estatização e Privatização dos Serviços de Saúde. I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Brasília, 1980 - mimeo.

trole dos serviços. Não participação utilitarista, da visando reduzir custos mas participação organizada através de sua entidades representativas. Mas feliz infelizmente isto não é planejável.

#### IV. A GUISA DE CONCLUSÃO

A possibilidade de que a metodologia do enfoque de risco nao tenha potencialidade para resolver os problemas aqui colocados, não significa necessariamente que ela nao possa contribuir de alguma forma, sobretudo na organização dos serviços a nível local ou regional. Porém é importante que desde já procuremos situar suas possíveis limitações e que tenhamos sempre presente quais são as dificuldades centrais para a reorganização do SNS.

