

Algumas Reflexões sobre a Saúde Pública nas Eleições Municipais de 2012

EUGÊNIO VILAÇA MENDES ¹



Analisar a saúde pública nas eleições municipais brasileiras não é uma tarefa singela. Trata-se de um universo polimorfo de quase 6 mil municípios de diferentes regiões, portes, capacidades econômicas e características culturais e sanitárias. Além disso, corre-se o risco de simplificar um complexo fenômeno político, recortado por interesses de poder e econômicos, por diversidades culturais e por arranjos ideológicos, sobrevalorizando a razão técnica em relação à razão política. Não obstante essas dificuldades, algumas considerações mais gerais podem ser feitas para que

¹ Consultor em Saúde Pública

alimentem uma reflexão sobre a questão da saúde pública no processo eleitoral dos municípios brasileiros. Portanto, não se trata de fazer um diagnóstico e buscar soluções, mas de levantar pontos que podem contribuir para estimular discussão sobre o tema.

Primeiro, há de se considerar que o processo eleitoral tem um fim em si mesmo – muito importante em um país que recentemente viveu sob ditadura militar por mais de duas décadas –, que é celebrar e consolidar, pela liturgia do voto livre e igualitário de todos os cidadãos, o Estado democrático. É da essência da democracia que os processos eleitorais se aperfeiçoem ao longo do tempo, o que dá sentido às análises que se fazem sobre esses processos.

O foco das eleições municipais está no processo político local. Nelas expressam-se, predominantemente, as demandas sociais mais próximas do dia a dia dos cidadãos. Certamente, isso leva à importância relativa da saúde, uma vez que o cidadão depende do sistema de atenção à saúde durante toda sua vida; simbolicamente, nasce e morre em serviços de saúde. Diferentemente de outras políticas sociais, as demandas por saúde aumentam e tornam-se mais complexas com o incremento da idade. Além disso, a epidemia de doenças crônicas faz que as pessoas passem a depender de serviços de saúde por longos tempos e, às vezes, por toda a vida, o que exige frequência regular aos serviços de saúde. Essas características singulares do setor saúde, somadas às deficiências que efetivamente existem, fazem que ele se transforme,

nos períodos de eleições municipais, tal como aconteceu mais uma vez nessas eleições, no principal problema da agenda política dos municípios.

Ressalte-se que a discussão municipal da saúde faz-se em um ambiente complexo em que as demandas sociais são sentidas e expressam-se localmente, mas em que a resposta social a essas demandas são, em razão do federalismo sanitário, de responsabilidade solidária da União, dos estados e dos municípios. Para o cidadão comum não é fácil apreender essa realidade.

Tome-se, como exemplo, o financiamento do SUS que é compartilhado entre as três esferas de governo, mesmo para os serviços que se ofertam no âmbito municipal. No período eleitoral, apresentam-se, como respostas às demandas dos eleitores, propostas de governo que têm impactos significativos em gastos municipais de custeio e financiamento. Isso ocorre em contexto de forte subfinanciamento global do SUS em que convivem duas situações polares: em um polo, o baixíssimo gasto federal em saúde; em outro, o sobrefinanciamento municipal em saúde, expresso na superação dos 15% fixados na Lei Complementar n. 141/2012. O gasto público social federal cresceu, entre 1995 a 2010, de 11,24% para 15,54% do Produto Interno Bruto (PIB), com aumentos expressivos em setores como educação, previdência social, emprego e defesa dos trabalhadores, assistência social, habitação e urbanismo, saneamento e cultura, o que é muito positivo. Contudo, a saúde teve queda de 1,79%, em 1995, para 1,68% do

PIB, em 2010, um dos poucos setores sociais federais a diminuir seus gastos nesse período (1). O incremento continuado dos gastos municipais em saúde, além dos limites legais estabelecidos, certamente levará a um desequilíbrio sistêmico das políticas sociais com diminuição relativa de recursos para outros setores que são determinantes sociais da saúde (2), o que, contraditoriamente, pode afetar negativamente a saúde da população. A discussão do subfinanciamento, o problema fundante da saúde pública brasileira, e a compreensão de sua localização federativa foram marginais nas eleições municipais. Mas, sem resolvê-lo, não há como atender às demandas colocadas pelas populações dos municípios porque só a pressão popular pode fazer que os recursos da saúde pública sejam aumentados para garantir um sistema de atenção à saúde como direito de todos e dever do Estado.

Sempre que se coloca a questão do subfinanciamento do SUS vem o argumento dissuasivo de que o problema reside na má gestão. É o que se vê, se lê e se ouve, cotidianamente, na mídia e que leva à criação de um ambiente político e social desfavorável para o SUS, explicitado no bordão clássico do caos da saúde pública no Brasil. Esse ambiente negativo para uma discussão da saúde pública fica mais carregado pela luta política municipal que sempre se dá no entrechoque de legítimos interesses conflitivos. Não há como negar que o SUS tem grandes problemas de gestão que determinam ineficiências técnica, alocativa e de escala, mas a superação dessas ineficiências sistêmicas por melhor gerenciamento

não é viável com o forte constrangimento de recursos que importaria, para sua solução, uma estratégia inviável de dilema de Sofia. A percepção do caos na saúde pública é ampliada pelo clima eleitoral, o que é natural. Mas ainda que haja municípios em que a saúde pública beire o caos, isso não é verdade para muitas cidades que têm problemas, mas que estão muito distantes de uma situação caótica nos serviços públicos de saúde. Durante as eleições, passei por alguns desses municípios que apresentam bons sistemas públicos de saúde, medíveis por resultados sustentáveis, mas o clima que permeia a discussão política é da crise do SUS. Um desses municípios havia organizado bem a atenção primária à saúde e a unidade de pronto-atendimento ambulatorial com mudanças de processos, tinha obtido um dos melhores escores do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) entre as cidades de seu porte e havia reduzido a mortalidade infantil a 7,2 óbitos em menores de 1 ano de idade nos últimos quatro anos, mas ninguém conhecia essa realidade e isso não importava na discussão política. Toda discussão se fez com base em uma crise inexistente e com o foco na construção de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) miraculosa. Pelo menos em parte, isso decorre da baixa prioridade que o SUS dá à organização de políticas de comunicação social que possam contribuir para criar agenda positiva para um sistema de atenção à saúde que tem, além de enormes problemas, méritos indiscutíveis.

As eleições de prefeitos e vereadores se dão em âmbito local, mas as soluções para o

sistema público de saúde já não podem ser obtidas, de forma efetiva, eficiente e de qualidade, em cada município considerado isoladamente. A situação de saúde brasileira de tripla carga de doenças com predomínio relativo forte de condições crônicas exige uma resposta social que se estruture em redes de atenção à saúde (3). A organização do SUS em redes, tal como estabelece o Decreto n. 7.508/2011, deve ser feita nos âmbitos de regiões de saúde e com a cooperação entre municípios de diferentes portes e funções nessas redes. O debate político nas eleições municipais, em geral, fez-se distante dessa concepção de organização de redes regionais e deu-se em perspectiva de um atrasado municipalismo autárquico, o que pode levar a programas de governo que incentivem a ineficiência e a má qualidade dos serviços porque vão se multiplicando serviços descoordenados e de baixa escala que se associam com baixa qualidade (4). Por exemplo, não há como superar os graves problemas da saúde pública nas grandes regiões metropolitanas por meio de um somatório de programas municipais que não se coordenam. O mesmo raciocínio aplica-se a quaisquer regiões de saúde do país.

A discussão da saúde pública no período eleitoral é fixada em demandas sociais captadas por pesquisas qualitativas, fortemente ancoradas em percepções de senso comum, reinterpretadas pelo marketing político e transformadas em programas de governo. As percepções dos cidadãos comuns estão centradas no acesso e suas reivindicações mais comuns, tal como demonstra o Instituto de

Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em seu sistema de percepção social da saúde (5), são aumentar o número de médicos na atenção primária à saúde, nos centros de especialidades médicas e nos serviços de urgência e emergência com o objetivo de diminuir os tempos de espera e de atendimento. A questão da qualidade dos serviços é um problema menor, bem como a infraestrutura física dos equipamentos de saúde. Deve-se ressaltar que o juízo dos não usuários do SUS é, sempre, mais severo do que o daqueles que utilizam rotineiramente os seus serviços. A releitura do marketing político, em geral, responde a essas demandas com o incremento da estrutura, especialmente com a promessa de construção de novas unidades de saúde e da contratação de mais médicos. Pouco se fala em mudar processos, ou de ampliar o trabalho multiprofissional, e quase nunca se fazem pactos com a população em torno de resultados de melhoria dos níveis de saúde que são o que, ao fim, justifica a existência de um sistema de atenção à saúde e o que, verdadeiramente, interessa à população. Muitas respostas que poderiam ser dadas com mudanças processuais transformam-se em construções de novas unidades em que se prestam serviços nem sempre efetivos, eficientes e de qualidade. Como exemplos, nas eleições municipais deste ano apareceram, com frequência, as promessas de mais UPAs e mais centros de especialidades médicas. Ainda que as UPAs se justifiquem quando integradas como um ponto de atenção em uma rede de urgência e emergência, em muitos casos elas se instituem de forma fragmentada, determinando

uma concorrência predatória com a atenção primária à saúde. Os centros de especialidades médicas tradicionais, centrados na oferta de consultas médicas e de exames complementares e sem a coordenação pela atenção primária à saúde, são respostas sociais caras e sem evidências de sua efetividade em gerar valor para a população (6,7,8).

Essas são algumas reflexões sobre a questão da saúde pública nas últimas eleições municipais. Celebremos essas eleições como momentos de revigoração da democracia em nosso país, mas não deixemos de analisá-las e de aprender com elas. ■

Referências bibliográficas:

1. Castro JA, et al. Gasto social federal: prioridade macroeconômica no período 1995-2010. Brasília: IPEA; 2012.
2. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stocolm: Institute for Future Studies; 1991.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
4. Fergunson B, et al, editores. Concentration and choice in health care. London: Financial Times Healthcare; 1997.
5. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Brasil). Sistema de indicadores de percepção social: saúde. Brasília: IPEA; 2011.
6. Bodenheimer T, et al. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002; 288:1775-9.
7. The Commonwealth Fund. Reducing care fragmentation. Disponível em: <http://improvingchroniccare.org>
8. Gandhi TK, et al. Communication breakdown in the outpatient referral process. J. Gen. Intern. Med. 2000; 15:626-31.
9. Department of Health (United Kingdom). Supporting people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds: COI/Department of Health; 2005.