



# Saúde no Brasil

## *Health in Brazil*

**Alcino Lazaro da Silva**

Professor Emérito da UFMG,  
Titular da Academia Nacional  
de Medicina.

O cidadão brasileiro necessita de promoção de sua saúde, nos mais variados aspectos.

Todos eles estão contemplados no texto do chamado “Sistema Único de Saúde” (SUS).

Os objetivos e a abordagem estratégica de todos os itens são bem claros, bem elaborados e comuns a todos os brasileiros, desde 1988.

Nesse pequeno período de teste, ocorreram medidas acertadas e eficazes, mas foi impossível, talvez porque o SUS é jovem, cobrir todas as necessidades da população, sobretudo a carente.

Numa visão panorâmica, ou talvez de vivência, há ainda duas áreas mais deficitárias, ou seja, a saúde pública e o poder de resolução após um diagnóstico de certeza.

O que isso quer dizer? A saúde pública reclama mais educação primária e básica, apesar de tantos e bons profissionais em prevenção e um sistema ambulatorial e hospitalar em que se dá solução à maior parte dos diagnósticos realizados. Somente para exemplificar – é difícil encontrar uma Secretaria de Saúde, desde a capital ao município mais modesto, que não tenha uma fila de pacientes portadores, e.g., de uma hérnia ou uma coledolitíase. O paciente é atendido, os exames são realizados, o diagnóstico confirmado, mas não tem oportunidade de operar-se porque a regulação não facilita a internação ou as verbas não permitem ultrapassar determinado limite econômico. Resumindo: número grande e jornalístico de atendimento e baixo poder de resolução.

Poder-se-ia concluir que o sistema de saúde não é o SUS; é o SNS, ou seja, Sistema Nacional de Saúde.

**Correspondência:**

Alcino Lázaro da Silva Rua Otoni, 909 -  
(31) 3273-0491 Santa Efigênia, Belo  
Horizonte-MG

O SNS não resolveu, ainda, o problema; extinguiu o sistema de clínica particular e estabeleceu competição ou conflito com os planos de saúde ou convênios.

Este emaranhado gerou uma desumanização, para não dizer, materialização, no sistema de atendimento. O paciente insatisfeito ou contrariado; o médico desanimado ou desmotivado e a sociedade a reclamar com ou sem razão.

O mais triste dessa história recente foi a banalização do cidadão doente.

### **PACIENTE-USUÁRIO**

No início do exercício profissional – ser médico eram duas realidades: o médico a desenvolver o seu trabalho autônomo e a prestar serviços filantrópicos nas instituições específicas e o doente que recebia o nome de paciente (lat. “patientia, ae” – capacidade de suportar, constância, faculdade de resistir), porque havia abnegação, confiança absoluta no médico. A relação médico-paciente era sacramental ou sacerdotal.

A medicina, sob o ponto de vista socioeconômico-familiar, evoluiu e a clínica particular, desenvolveu-se. A relação médico-paciente limitou-se. O doente e a família se auto-afirmaram e apareceu a figura do cliente (lat. “Cliens, entis”; protegido de um patrono).

O acesso ao atendimento se tornou uma realidade e nem todos possuíam condições para o serviço privado. Criou-se uma nova opção que facilitou, tanto o rebaixamento da clínica particular, como a ascensão de parte dos menos aquinhoados. Essa transformação se chama convênio e o seu freguês é o consumidor (que consome ou adquire mercadorias ou riquezas para uso próprio ou da família), com direitos

adquiridos, devido ao pré-pagamento e com as garantias de atendimento. Criou-se o código do consumidor.

Na quarta fase do relacionamento, de um profissional médico com um pretendente a tratamento, surge na rotina, no dia-a-dia de médicos e necessitados, a palavra usuário (lat. “usuarius , a” – de que se tem o uso, desfrutador, direito de uso desfruta de utilidades).

Trata-se da pessoa que levanta questões, razoáveis ou não, em direção exclusiva aos médicos, ponto de convergência ao se atribuir defeitos ou insuficiência no sistema de saúde.

Essa figura nasceu da mistura de justa cidadania com os direitos adquiridos pela constituição ou impostos pelo SNS.

O querelante (queixoso) então fez uma superação de sentimentos frustrados ou não completados (satisfeitos) e tem a necessidade de transferir a insatisfação e todos concorrem para que o foco central e único seja o médico, com ou sem razão.

“Querelantes são pessoas teimosas, cabeçadas, fanáticas, incorrigíveis,” e ao mesmo tempo, são naturezas vulneráveis, que reagem com sensibilidade a injustiças insignificantes, ou apenas aparentam, sempre dispostas e bem preparadas para a luta.

“ Enquanto o querelante insiste no seu próprio direito, ele respeita bem menos o direito dos outros.....

“Quando os querelantes finalmente sucumbem na luta pela justiça, isto geralmente acontece, porque, com o seu zelo obcecado, empenham meios ilegais (ofensa e violência) e porque eles mesmos se tornam culposos”

(Schulte, W. *et al*: Manual de Psiquiatria, EPU - Springer, São Paulo, 1981, pág. 101).

O ser humano, hodiernamente é aquele que faz uso dos serviços públicos de saúde (SNS) e dos prestadores de serviço das áreas médicas. O relacionamento afetivo então, desapareceu e o direito ao atendimento, feito pela lei e não, primariamente, pela carência, recebe a participação formal e administrativa de um profissional contratado.

Não se deseja a alguém e muito menos a nós médicos, uma situação constrangedora atingindo valores éticos ou morais. Ocorrendo sem previsão, o atendimento traz-nos uma oportunidade de fazermos uma reflexão sobre nossas atitudes ou até mesmo sobre nossos atos. Um pouco de reflexão faz-nos crescer interiormente e buscar o melhor caminho para nossos pacientes.

O que se lamenta é que o médico está se embrenhando num terreno profissional movediço e absorvente. Na graduação foi preparado ou mal informado de que ainda a medicina é uma profissão rentável, o que não é verdade.

O médico novo, despreparado, tanto no campo geral, quanto no especializado, apresenta algumas características: assume atividade no consultório ou nos plantões; constata que a realidade é outra, e.g. demanda aumentada de paciente carentes; o SUS exige produtividade (números) com baixo poder de resolução; paga-se por RPA ou por tabela com preços abaixo do justo; há insatisfação do familiar ou do doente (hoje transformado em consumidor), “a priori”, sem mesmo aguardar o resultado do atendimento; liberações sofridas de guias para internação e inclusão nas filas de espera e não nas de resolução; “pró-labore” variado e sem atingir o ético; clínica particular exígua, porque os convênios liquidaram-na a uma negociação nem sempre leal ou ética.... Enfim, a situação se

resume em: atendimento incompleto pelo SNS; convênios que o bloqueiam e a atividade particular e esta que sobrevive quando há uma troca de gentilezas compartilhando-se com os convênios.

Nesse tipo de sobrevivência, que esmaga a tranquilidade do bem cuidar e um satisfatório poder de resolução, são envolvidos o jovem médico ou o que não se realizou economicamente. Estudo, reflexão, lazer e descanso nem se fala, porque é imperioso ao médico sobreviver com numerosos plantões e se expor sem melhores opções. Não há como se furtar.

Surgem os profissionais argutos e astutos e que têm tino administrativo-econômico, criam-se as clínicas e estas, muitas vezes, são oferecidas a preço vil para os incautos e necessitados.

Apesar de ser um problema profissional, parece-nos, tudo começar na pseudograduação com professores jovens e não motivados e alunos interessados no concurso para residência, mesmo antes de se graduarem.

É preciso, pois, sensibilizar os curriculistas da graduação que se vistam de introspecção correta e preparem atividades que educam, orientam e dão ao jovem vacina antiusurpação de trabalho honesto e de qualidade.

Criticar é fácil, mas a solução das dificuldades aparece quando se resolvem os graves problemas. Entre eles: o doente precisa voltar a ser paciente, que é o mais nobre; o médico necessita reaver sua vontade de bem servir com humanismo e os sistemas intermediários, planejarem os seus gastos proporcionalmente ao que recebem dos seus associados.

O que pesa, em síntese, é a espera por parte do paciente; o pagamento da hospitalização ou da realização de exames complementares bem indicados e a remuneração pelos honorários médicos.

Se esses fossem liberados completamente, para que a negociação se faça entre paciente e médico, certamente, sobraria muita verba para realizar exames, hospitalizar e fazer prevenção e educação sanitária.

Os honorários seriam estabelecidos num mútuo entendimento médico-pagador. Planejado ou concluído o serviço humanizado, ambos discutiriam o honorário, que possui uma faixa larga, por ser honorário de honra,

iniciando-se com um “Deus lhe pague” até à remuneração adequada e justa. Um não deve pagar pelo outro.

Uma instituição que pode ajudar bastante, apesar de não ser o seu objetivo principal, é o Conselho Regional de Medicina. O seu mister é fiscalizar e orientar o exercício profissional. Poderia muito bem ser um formador ético e humanístico ao lado do seu poder judicante. Poderia ser mais sala de aula e menos tribunal, filosofia que seria praticada tendo legalmente, assento e voz nos órgãos colegiados reguladores do ensino médico, ou seja, Colegiado de Curso e Congregação.

**Correspondência:** Alcino Lázaro da Silva - Rua Otoni, 909 - Santa Efigênia, Belo Horizonte -MG CEP: 30150-270

#### **NOTA DOS EDITORES**

Alcino Lázaro da Silva, Brasileiro, casado, pai de três filhas, nascido a 11/02/1936, em Guaranésia MG. Formou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina da UFMG em 1959.

Com doutorado e pós-doutorado em cirurgia, Prof. Alcino exerceu excepcional trabalho na área de sua especialidade, para a qual contribuiu, tanto como professor, pesquisador e cirurgião.

Entre tais contribuições, desenvolveu técnicas de cirurgia que tiveram grande aceitação em todo o mundo, como a de correção de hérnia incisional.

Escreveu diversos livros, dois dos quais se tornaram referência para estudantes e médicos: Tratado de Hérnia e Cirurgia de Urgência.

Apesar de ter se aposentado recentemente, o professor ainda atua como orientador na pós-graduação, dando aulas no internato rural e participando de encontros científicos.