

O DILEMA DO SUS

Eugênio Vilaça Mendes¹

O SUS está completando 14 anos. Nesses poucos anos, construiu-se um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira, especialmente aos pobres.

O SUS tem uma rede de 63 mil unidades ambulatoriais e de quase 6 mil unidades hospitalares, com 440 mil leitos. Sua produção anual é de 11,7 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 153 milhões de consultas médicas; 2,6 milhões de partos; 150 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade; e 23 mil transplantes de órgãos. Tem uma avaliação positiva dos que o utilizam rotineiramente e tem capilaridade em todo território nacional.

Não obstante esses inegáveis avanços, o SUS real está ainda muito longe do SUS constitucional, ou seja, há uma enorme distância entre o sonho dos constituintes e da reforma sanitária brasileira e a prática social de nosso sistema público de saúde. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado.

Dessa forma, vem se conformando no País, um sistema de saúde onde convivem três grandes subsistemas: o SUS, o subsistema público, destinado a 130 milhões de brasileiros; o subsistema privado de atenção médica suplementar, destinado a 40 milhões de brasileiros que pagam, por si ou através de empregadores, diferentes operadoras de planos de saúde; e o subsistema privado de desembolso direto, ao qual recorrem os brasileiros, ricos e pobres, para a compra de serviços através de pagamento direto das pessoas ou famílias.

Essa incoerência entre o mandato constitucional e a realidade cotidiana coloca o dilema seminal do SUS que é instituir-se como um sistema público de saúde para todos os brasileiros ou como um segmento destinado ao atendimento das camadas pobres de nossa população. Essa situação dilemática expressa-se na singela questão: qual SUS?

Essa situação coloca para o nosso País a opção entre os dois grandes modelos de saúde universais: o modelo público universal, praticado em sociedades que se conformaram como projetos democráticos sociais, informados pelos princípios da solidariedade social, como Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia, ou o modelo segmentado, calcado em valores individualistas e de mercado e praticado em sociedades como a dos Estados Unidos.

Os sistemas segmentados são justificados, tal como se faz no Brasil, por um argumento de senso comum, de que ao instituírem-se sistemas privados para quem pode pagar por serviços de saúde, sobriariam mais recursos públicos para dar melhor atenção aos pobres. As evidências empíricas mostram que esse raciocínio é

¹ Consultor da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

charmoso, mas totalmente equivocado. Ao criar-se um subsistema público especial para os pobres, dada a pouca capacidade desses grupos de articular seus interesses e de vocalizá-los politicamente, esse subsistema tende a ser subfinanciado e a ofertar serviços de menor qualidade.

Isso ocorre até nos Estados Unidos, onde o subsistema público dos pobres, o **Medicaid**, tem menos recursos e menor qualidade que o subsistema público dos idosos, o **Medicare**, que é universal. Tinha razão Lord Beveridge ao advertir: “políticas públicas exclusivas para os pobres são políticas pobres”. O mesmo se passa no Brasil, onde as áreas de excelência do SUS são aquelas que foram penetradas por setores da classe média, como os programas de imunização, de DST/AIDS, de transplantes e outros. Enquanto isso, os programas devotados primordialmente às doenças dos pobres são secularmente ineficientes, como os de hanseníase e de câncer de colo uterino.

Ademais, carece de demonstração a afirmativa de que a existência de um subsistema público de saúde para os pobres aumenta a equidade; as evidências internacionais disponíveis apontam para uma maior iniquidade dos sistemas segmentados.

Na base da construção social do sistema segmentado brasileiro está a questão do financiamento público. Dados da Organização Mundial da Saúde para o ano de 2001, mostram que o Brasil gasta pouco e mal com saúde. O gasto sanitário total **per capita** brasileiro, naquele ano, foi de US\$ 222,00, contra US\$ 603,00 do Uruguai e US\$ 679,00 da Argentina, o que atesta um baixo gasto sanitário frente a outros países sul-americanos. Além disso, o gasto sanitário brasileiro é de baixa qualidade porque a proporção do gasto público em relação ao gasto total é de apenas 41,6%; nos países que construíram sistemas públicos universais essa proporção é superior a 70%. Portanto, o dilema do SUS para os pobres ou para todos, tem sua origem e sua solução no financiamento público da saúde.

Essa questão fundante do financiamento público da saúde decorre da visão de que sistema de saúde se quer implantar (qual SUS?) e se materializa, na governança pública, na luta entre as correntes universalistas e focalistas da política de saúde. Os universalistas pretendem dar acesso a todos os brasileiros - independentemente de gênero, classe social, etnia ou risco -, a serviços medicamente necessários, contribuindo, dessa forma, para a inclusão social e para o desenvolvimento do capital social, o mais escasso dos capitais acumulados pela sociedade brasileira. Neste caso, os subsistemas privados, especialmente o subsistema de planos de saúde, deveriam ser efetivamente suplementares. Na perspectiva universalista, será fundamental aumentar, significativamente, além dos recursos previstos na Emenda Constitucional nº 29, os gastos sanitários públicos. Ao contrário, os focalistas entendem que o papel do Estado na saúde é proteger os segmentos mais pobres da população concentrando, neles, os gastos públicos em saúde. Isso pode ser obtido com menos recursos públicos e com a segmentação do sistema de saúde. E os subsistemas privados constituem-se, neste caso, como subsistemas substitutivos do público para os não pobres.

A solução desse dilema seminal – segmentação ou universalização,- não pode ser dada nos limites da técnica das soluções. Diferentemente, envolve uma opção política a ser feita pelo conjunto da sociedade brasileira que, ao fim, estará decidindo que sistema de saúde quer e como vai financiá-lo. Porque é nos sistemas de valores prevaletentes em nossa sociedade que esse dilema se resolverá. Então, a questão de

fundo está sobre que valores se estruturará a sociedade brasileira: se em valores individualistas ou auto-interessados, como os da sociedade norte-americana, o que levará à consolidação do SUS como segmento para os pobres, ou se em valores solidaristas, como as democracias sociais da Europa Ocidental, o que conduzirá o SUS para um sistema público universal. Uns e outros valores, formatarão o SUS do futuro. E a sociedade brasileira não fez uma opção definitiva nesse campo.

Os sistemas valorativos concretizam-se no sistema de financiamento público da saúde. Assim, essa questão medular deve ser politizada, ou seja, levada ao conjunto da sociedade brasileira, como parte de um processo de escolha informada entre as duas concepções de SUS. Porque é a sociedade brasileira que deve decidir qual SUS teremos e quanto está disposta a pagar por ele.

Infelizmente, o SUS vem perdendo a batalha da comunicação com a sociedade brasileira. Contraditoriamente, em função de seu próprio sucesso como subsistema dos pobres, o SUS foi retirado das prioridades sociais agudas, como ocorre, hoje, com a segurança pública. E os seus sujeitos privilegiados, os pobres, não dispõem de organização política para reivindicar mais recursos para a saúde. A consequência é que a utopia de nossos sanitaristas e de nossos constituintes vem se transformando no pesadelo da segmentação.

Medidas recentes como o Programa Farmácia Popular, permitindo o co-pagamento de medicamentos, abre a porta do SUS para outras práticas de compartilhamento de custos e lesa fortemente o princípio da equidade. Pior ainda, a notícia recente sobre tentativas de eliminação das vinculações dos recursos da saúde, se concretizada, significará a consolidação definitiva da segmentação do sistema de saúde no Brasil. Será o começo do fim da bela experiência de política pública do SUS.