

JAIRNILSON SILVA PAIM¹

SUS: *Desafios e Perspectivas*

Entre os componentes de um sistema de saúde, destacam-se o financiamento, a infraestrutura, a organização, a prestação de serviços e a gestão, além da acessibilidade, da cobertura e da regulação. Este artigo procura contemplar o componente gestão, discutindo obstáculos, desafios e perspectivas do SUS.

¹ Professor titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Autor de Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica (2008) e O que é o SUS (2009), publicados pela EDUFBA e Editora Fiocruz.

Além da retórica e das aparências

Ao examinar-se o SUS, cabe considerar as *condições subjetivas* traduzidas em valores, crenças, ideologias e projetos, mas, fundamentalmente, analisar as *condições objetivas*, tais como o financiamento, a infraestrutura e a organização dos processos de trabalho e das tecnologias que conformam os modelos de atenção.

No caso do *financiamento*, ainda não há garantia de estabilidade nem dos recursos necessários. Mesmo com a CPMF, a saúde só recebeu 40% dos recursos arrecadados em 2006 e parte restante dos fundos foi utilizada para o pagamento de juros. A despesa federal com saúde, apesar da Emenda Constitucional n. 29, tem crescido apenas em termos nominais, reduzindo-se quando corrigida pela inflação. A queda da participação relativa do governo federal na despesa pública da saúde vem sendo compensada precariamente pelo aumento das contribuições dos municípios e dos estados. Embora 8,4% do Produto Interno Bruto gasto com saúde em 2007 representem um valor razoável, quase 60% desse gasto são privados. Assim, o que chama a atenção no Brasil é a baixa proporção da participação pública na estrutura de gastos de saúde (41%). Nos EUA e no México, que não dispõem de um sistema de saúde universal, a despesa pública alcançou valores de 45,5% e 46,9%, respectivamente, da fração do Produto Interno Bruto (PIB) destinada à saúde. Já na Espanha, foi de 71,8%, na Itália, 77,2%, e no Reino Unido, 82%.² A manutenção da Desvinculação de Receitas da União (DRU) compromete os recursos financeiros para a saúde, diferentemente da educação que conseguiu livrar-se desse estorvo no fim do governo Lula.

Do orçamento geral da União em 2010 (R\$ 1,414 trilhão), 44,93% foram destinados ao pagamento de juros, amortizações e refinanciamento da dívida. Apenas 3,91% foram alocados para saúde, 0,56% para segurança

pública e 0,04% para saneamento.³ Os empresários que tanto reclamam dos impostos, denunciando que o Estado não retribui com serviços de educação, saúde e segurança pública de qualidade, esquecem-se de questionar os privilégios do capital financeiro, além de omitirem o fato de que quem paga, proporcionalmente, a maior carga tributária é o povo por meio dos impostos indiretos. A estrutura tributária no Brasil é uma das mais iníquas do mundo e os 16 anos de FHC-Lula mantiveram o seu caráter regressivo. A reforma tributária atualmente proposta tem representado muito mais uma ameaça ao SUS do que uma solução para o seu financiamento.

No que tange à *infraestrutura*, apesar da expansão de unidades de saúde, especialmente na atenção básica, verifica-se distribuição desigual de instalações, equipamentos e do pessoal de saúde, com expressivos vazios assistenciais, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Enquanto as unidades de atenção básica e de emergência são predominantemente públicas, 69% dos hospitais e a maioria dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) são privados. Apenas 6,4% dos SADT, em 2010, e 35,4% dos leitos são públicos. Entre os leitos do setor privado, somente 38,7% estão disponíveis para os usuários do SUS, enquanto 28,4% dos mamógrafos, 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos. Verifica-se uma redução do número de leitos por habitantes (3,3 leitos por 1.000 habitantes, em 2003, e 1,9, em 2009)⁴ e, negligenciando o sufoco que é conseguir uma internação no SUS, há quem defenda a dupla-porta e a reserva de leitos públicos para pacientes particulares ou de planos de saúde, como forma de “ajudar o atendimento dos pacientes do SUS”!

No que diz respeito aos *modelos de atenção*, predominam as combinações tecnológicas centradas na demanda espontânea, de modo que a organização dos processos de tra-

² PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet*, 377, p. 1778-1797, May 21, 2011.

³ FATTORELLI, M. L. A inflação e a dívida pública. *Le Monde Diplomatique Brasil*, 47, p. 6-8, jun. 2011.

⁴ PAIM *et al.*, *op. cit.*

balho em saúde e o modelo médico hegemônico estimulam as forças expansionistas do mercado. Em contrapartida, desenvolvem-se propostas racionalizadoras como saúde da família, vigilância da saúde, acolhimento, gestão de riscos, regulação, redes assistenciais, avaliação tecnológica em saúde, protocolos assistenciais, reformas da educação do pessoal de saúde, educação permanente, qualificação de gestores e criação de carreiras para os servidores do SUS. Entretanto, esses esforços enfrentam-se com obstáculos políticos, tais como alta rotatividade de dirigentes e técnicos, descontinuidade administrativa, baixa responsabilização dos atores e assimetria nas relações de poder, até mesmo entre Entes Federativos. Assim, a organização e a regulação do SUS sofrem influências de grupos de interesse e de constrangimentos burocráticos, de modo que os mecanismos adotados têm sido insuficientes para promover mudanças significativas na gestão do SUS. O decreto presidencial n. 7.508, de 28 de junho de 2011, como tentativa de regulamentação da Lei n. 8.080/1990, 21 anos depois da sua promulgação, é um indicativo desses fracassos.

A expansão do setor privado e a contenção do SUS

Antes do SUS (1981), 68% dos atendimentos de saúde eram financiados com recursos públicos, 9% por planos de saúde privados e 21% por desembolso direto. Já em 2003, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicava que os atendimentos de saúde utilizando recursos públicos caíram para 56%. Na Pnad de 2008, a participação dos seguros privados e dos planos de saúde cresceu para 21% da despesa total. O pagamento do próprio bolso passou de 9%, em 1981, para 15%, em 2003, e 19%, em 2008.

A contenção do setor público e a ampliação do privado também expressam-se

nas internações hospitalares. Em 1981, a previdência social pagou 75% das internações, enquanto o SUS, em 2008, responsabilizou-se por apenas 67%. Os planos de saúde privados, por sua vez, pagaram 6% das internações, em 1981, e 20%, em 2008, com quase 20 anos de SUS.⁵

Apesar da existência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde e regida por contrato de gestão, as operadoras de planos e seguros privados de saúde seguem as leis do mercado, com limitada regulação federal, quando supostamente caberia ao gestor nacional do SUS fixar as diretrizes e as metas a serem pactuadas. Gestores estaduais e municipais são solenemente ignorados no controle e na avaliação dos serviços prestados pelas operadoras, apesar das relações espúrias e parasitárias estabelecidas com serviços próprios e contratados do SUS. A Lei n. 9.656/1998 que procurou regular os planos de saúde privados tem sido descumprida em vários aspectos que são lesivos ao SUS, enquanto o governo federal pratica a renúncia fiscal, subsidiando o crescimento desse subsector.

Comentários finais

Diante dessa realidade, é um equívoco afirmar-se que o SUS é irreversível. Ao contrário, o SUS estabelecido na Constituição e nas leis encontra-se ameaçado diante da expansão do setor privado, do subfinanciamento público, da tímida regulação estatal, da “dupla militância” de dirigentes e profissionais nos setores público e privado, além da limitada participação social.

Faz-se necessário explicitar de qual SUS se fala, diante de um falso consenso em que muitos já não o combatem, pelo menos publicamente. Na realidade, existem várias concepções e projetos de SUS que disputam a direção política e cultural na saúde: 1) o *SUS democrático*, concebido pela Reforma Sanitária

⁵ PAIM *et al.*, *op. cit.*

ria Brasileira, vinculado a uma democracia substantiva, comprometida com os direitos da cidadania, com a participação política e com os valores da igualdade, da solidariedade e da emancipação; 2) *SUS formal*, assegurado pela legislação, ainda que distante do cotidiano dos cidadãos e dos trabalhadores de saúde; 3) *SUS para pobres*, vinculado à ideologia liberal e derivado das políticas focalizadas em que a falta de recursos é a regra; 4) *SUS real*, subordinado à saúde da moeda e aos desígnios das áreas econômicas e sistêmicas dos governos, no qual viceja o pragmatismo dos dirigentes, conciliando interesses clientelistas, partidários, corporativos e econômicos.

Este SUS realmente existente e o SUS pobre para pobres são difundidos pela mídia e percebidos por milhões de usuários, enquanto o *SUS democrático* e o *SUS formal* parecem ficções para a maioria da população. O SUS nessas representações não é aquele no qual prevalece o interesse público e respeitam-se os direitos dos cidadãos. Portanto, não bastam apelos ideológicos para a população mudar a sua visão do SUS, nem impedir que a “classe C” tenha os planos de saúde como objeto de desejo. Por mais enganosa que seja essa opção, o povo não é bobo e conhece as dificuldades de resolver seus problemas no *SUS real*.

É certo que muitos indicadores revelam conquistas relevantes do SUS, como o aumento do acesso, a expansão da atenção básica, o Programa Nacional de Imunizações, o controle da Aids e do tabagismo, entre outras. Todavia, o ufanismo é insustentável se não forem alteradas, concretamente, as formas de acesso e os modos de atenção e cuidado. E isso

não será possível sem aumentar o financiamento público para ampliar a infraestrutura e a operação dos serviços de saúde. Do mesmo modo, uma gestão fatiada por partidos e refém do clientelismo e do fisiologismo, cuja moeda de troca tem sido o preenchimento dos cargos de confiança por afilhados, não é compatível com o mérito, o profissionalismo e a competência técnica.

Enfim, observa-se uma espécie de “hegemonia às avessas”,⁶ pois, na aparência, destaca-se a direção cultural e moral do SUS, quando lideranças do movimento sanitário chegam a ocupar posições importantes de governo, mas na essência prevalecem os interesses do capital, assegurados por seus representantes dentro e fora do Estado. Assim, a sustentabilidade do SUS, seja econômica, política, institucional ou científico-tecnológica, não está dada. Os gestores, representados pelo CONASS e pelo Conasems, tiveram expressivo protagonismo na implementação do SUS e tal compromisso pode ser ampliado. Entretanto, essa participação tem limites decorrentes da sua inserção político-institucional. Portanto, os desafios do SUS passam pela ampliação das suas bases sociais e políticas, de modo que a sua sustentabilidade possa ser conquistada pelas forças que apostam no primado do interesse público e em um sistema de saúde centrado nas necessidades dos cidadãos. Nessa perspectiva, a radicalização da Reforma Sanitária poderá ensejar a constituição de sujeitos capazes de engendrar nova correlação de forças a partir da conquista do apoio da população. ■

⁶ Entrevista Chico de Oliveira. *Cult – Revista Brasileira de Cultura*, 146, p. 12-18, maio 2010.