

dos para averiguar, durante e não ao término do contrato, além do estabelecimento de parâmetros de qualidade e eficácia do serviço a ser prestado. Talvez a questão esteja sendo posta no momento em que o SUS já tenha desenvolvido estas capacidades e inteligência necessárias, possibilitando maior autonomia dos entes contratados.

Mas, a introdução deste instrumento deve se dar no interior da lógica publicista que preside o SUS, sem introduzir um viés de privatização. Isto quer dizer, por exemplo, que os mecanismos atuais de participação, controle social, negociação e pactuação devem ser, ao mesmo tempo, aprofundados e levados também para o interior das unidades contratadas. A responsabilização pela prestação do serviço é, hoje, imprescindível para garantir a eficácia na prestação do serviço. Porém, a centralidade do usuário cidadão não será garantida por sua transformação em um consumidor ou pela garantia da autonomia do Agente, o que o remete a interesses particulares, como pensa a teoria Agente-Principal; nem na sua substituição pelo “consumidor inteligente”, representado pelo setor público na competição gerenciada. É preciso entender que o modelo do SUS combinou instrumentos de gestão descentralizada com mecanismos políticos de participação e negociação entre as partes. Só assim se constrói um sistema democrático e necessitamos radicalizar esta proposta introduzindo-a no interior dos serviços.

Em síntese, creio ser possível e necessário aprofundar o modelo de gestão e ampliar a democratização da gestão pública, no interior do setor saúde e no conjunto do Estado. Para tanto, será necessário mais que uma gestão eficiente; trata-se de reconstruir um arco de alianças com as forças democráticas, que permita avançar a Reforma Sanitária, para além dos limites estreitos dos SUS. Enfim, trata-se da longa trajetória

Referências

1. Campos GWS. A reforma sanitária necessária. In: Berlinguer G, Teixeira SF e Campos GWS. *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: HUCITEC-CEBES; 1988.
2. Berlinguer G. *Medicina e política*. São Paulo: HUCITEC-CEBES; 1983.
3. Fleury S. Reforma del Estado. *Instituciones y Desarrollo* 2003; 14-15: 81-122.
4. Londoño JL e Frenk J. Pluralismo estruturado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. In: Frenk J, organizador. *Observatorio de la salud*. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1997.

Os impasses do SUS

Deadlocks in the Brazilian National Health Care System

Ivan Batista Coelho²

Por que o SUS tem encontrado dificuldades em avançar? Financiamento insuficiente; formato de organização de serviços e produção de cuidados ainda inadequados e, para completar, descrédito quanto a nossa capacidade para mudar esta situação, responde Gastão Wagner. A partir daí, propõe-se uma série de movimentos e medidas que poderiam colocar o SUS em melhor patamar. O meu intuito neste comentário é trabalhar estas questões, no mesmo sentido, porém abordando alguns outros aspectos. A primeira questão a ser colocada é: quais são mesmo os grandes impasses? Na verdade, não é o sistema como um todo que apresenta dificuldades. Em seus aspectos de vigilância à saúde – epidemiológica, sanitária, ambiental, controle de agravos, etc. – não se pode concluir, que o sistema seja ruim. Obviamente existem dificuldades, mas, ao contrário, a impressão geral é de que o sistema é satisfatório. Alguns aspectos preventivos são altamente eficientes. Os brasileiros têm um dos melhores sistemas de vacinação infantil do mundo e esta tecnologia é tão bem dominada que poderia ser colocada a serviço de outros países, seja em caráter comercial, seja em caráter humanitário. No que tange a alguns serviços que se tem convencionado chamar alta complexidade, o SUS é também eficiente. O sistema de transplantes, alguns procedimentos cirúrgicos, determinadas propeidêuticas complexas, tratamento do câncer, problemas renais, etc., embora devam ser permanentemente aperfeiçoados, são de fazer inveja a maioria dos países do primeiro mundo. Na realidade, o que vulnerabiliza o SUS frente à opinião pública é o acesso a medicamentos, procedimentos médicos de baixa e moderada complexidade, exames complementares, consultas especializadas e internações hospitalares.

Quanto ao financiamento, o SUS, responsável pela assistência a 140 milhões de habitantes, con-

¹ Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, UFMG.
ivan@medicina.ufmg.br

ta com aproximados R\$ 60 bilhões ao ano (somando recursos das três esferas de governo) para cuidar, além das questões assistenciais, de toda a vigilância à saúde, vigilância de portos e aeroportos, fiscalização de estabelecimentos, vacinas, etc., ao passo que o subsistema de saúde supletiva movimenta cerca de R\$ 40 bilhões ao ano, destinados quase exclusivamente à assistência médica. Este fato faz com que o SUS tenha menos recursos para a assistência à saúde dos seus 140 milhões de assistidos que o utilizado pela saúde supletiva para cobrir seus 40 milhões. Ressalte-se ainda que parcela considerável dos usuários da saúde supletiva tem parte da sua assistência feita pelo SUS, por possuírem planos de saúde que não oferecem cobertura integral. Assim, se por um lado o gasto público é inferior a US\$ 250 *per capita*, o esforço nacional, quando se inclui a saúde supletiva, faz com que o Brasil despenda em torno de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) com saúde. É importante ressaltar este aspecto, por que o gasto aqui reportado à saúde suplementar provém, majoritariamente, de relações de emprego. A avassaladora maioria dos usuários de planos de saúde o fazem através de contratações entre as empresas nas quais trabalham e as operadoras de planos de saúde. Isto se dá em múltiplos formatos, onde as participações de empregado e empregador neste custeio variam amplamente.

Considerado o total dos gastos, SUS e saúde suplementar, não se investe em saúde, como nação, tão pouco como se costuma comentar. Mas estamos produzindo uma desigualdade brutal no acesso a serviços. Não conseguimos, até aqui, sequer fazer com que esta desigualdade resulte em algum benefício para os menos favorecidos usuários do SUS, como recomendaria John Rawls. Os mecanismos de ressarcimento ao SUS por procedimentos feitos para usuários de planos de saúde não funcionam. Por outro lado, a possibilidade de que os gastos de empresas e cidadãos sejam descontados do Imposto de Renda faz com que se reduzam os recursos públicos que poderiam financiar melhor o setor saúde. Os paralelos entre o SUS e a saúde suplementar não podem ser menosprezados, pois, enquanto gestores e planejadores, em seus trabalhos, utilizam como referência em suas comparações os sistemas de saúde de outros países, a imensa maioria da população brasileira tem como espelho o que acontece em cada um dos dois subsistemas. A interação entre estes subsistemas não se dá apenas pelos aspectos práticos do dia-a-dia, mas, também, o que não pode ser menosprezado, na formação do imaginário popular do que é ou não um bom sistema de saúde. E é exatamente

este imaginário que mobiliza os desejos dos cidadãos. Talvez haja uma espécie de divórcio entre a racionalidade utilizada por gestores e planejadores para organizar o SUS e os desejos da população. Talvez este divórcio ocorra com os próprios planejadores e gestores. Afinal, o sentimento de que estão planejando um sistema - mesmo generoso e altamente racional, como escreve Gastão Wagner - para os outros e não para si, também é muito comum entre estes mesmos gestores e planejadores. Construímos um sistema que convive com um grande paradoxo. Ao mesmo tempo, é defendido e elogiado em seus princípios, por um lado, e, por outro, praticamente todas as pessoas que têm oportunidade estão sendo assistidas pelo sistema de saúde supletiva ou gostariam de estar. E, o que é mais grave, não se vislumbra, considerando o que vem sendo debatido no movimento sanitário, nada que possa alterar de forma significativa este quadro. Mesmo que se melhore muito os serviços, mantidas as lógicas e as diretrizes atuais de acesso, é bem provável que este quadro não se altere. Talvez um pouco de humildade nos faça bem; temos abusado de determinadas racionalidades na formulação do SUS, abandonado os desejos dos usuários e os nossos próprios em função destas racionalidades. "Existem razões que a própria razão desconhece". Poder escolher seu próprio médico ou os serviços onde quer ser atendido é um dos desejos dos usuários que deveria ser melhor considerado pelos gestores.

Quanto à organização dos serviços e produção dos cuidados, não entrando no mérito das racionalidades internas destes dois subsistemas, poderíamos dizer que o acesso, as condições de produção dos cuidados e, acima de tudo, o acolhimento e permeabilidade aos usuários são muito desiguais, quando são comparados entre si o SUS e a saúde suplementar. A diferença de opinião dos usuários em relação a estes dois subsistemas é colossal. Obviamente, pode-se atribuir isto a uma multiplicidade de fatores, a começar pela disparidade de recursos *per capita* que se tem em um ou outro sistema. No entanto, este tipo de avaliação persiste mesmo onde o SUS, em sua grande heterogeneidade de implantação, foi altamente exitoso. Não se trata, é claro, apenas de dizer que o SUS tem princípios muito razoáveis, não sendo, no entanto objeto de desejo da classe média, em contraposição a uma saúde suplementar, que do ponto de vista do pensamento sanitário dominante mostra-se com um alto patamar de irracionalismo, embora seja objeto de desejo destas classes médias em especial. Estes fatos precisam ser pesquisados com maior profundidade,

o que se reveste de maior importância quando se verifica que o volume de recursos destinado ao SUS quase dobrou em termos nominais, nos últimos quatro anos, sem a correspondente melhoria na opinião dos usuários. Assim, mantidas as atuais formas de organização de serviços e produção de cuidados, não é de todo improvável que, mesmo que se duplique novamente o gasto público em saúde, ainda se continue com baixa adesão popular ao projeto.

Na avassaladora maioria dos municípios, o mecanismo de acesso aos serviços no SUS está centrado em unidades básicas de caráter público estatal e unidades de urgências. A partir destes primeiros acessos, os usuários seguem determinados caminhos dentro do sistema. A saúde suplementar, por sua vez, utiliza uma lógica de mercado, onde as operadoras contratam ou credenciam uma multiplicidade de profissionais e serviços e, o usuário, que se coloca na condição de consumidor, acessa livremente estes serviços. Assim, enquanto no SUS tem-se uma certa compulsoriedade no que tange ao acesso aos serviços, o leque de opções, do ponto de vista dos usuários, é maior na saúde suplementar. Nesta, o usuário se sente com algum poder. Utilizar ou não utilizar determinado serviço implicará que este mesmo serviço receba ou não recursos. Tal situação não se dá da mesma forma no SUS. O grau de satisfação do usuário em relação ao serviço não afeta significativamente sua situação em termos de financiamento ou, tratando-se de serviços prestados diretamente pela esfera estatal, a manutenção dos vínculos empregatícios dos trabalhadores não está condicionada à opinião ou aceitação dos usuários. É muito provável que esta diferença estrutural de situação dos serviços nos dois subsistemas, afete, no contexto brasileiro, a forma de acolhimento e a permeabilidade dos serviços às opiniões de suas respectivas populações assistidas.

Não é improvável que gestores e trabalhadores tenham atuado de forma corporativa e, no fundo, pouco democrática, para a configuração deste quadro. Talvez tenha ocorrido, em passado não muito distante, quando debatíamos se o sistema de saúde deveria ser “estatizado” ou não, uma espécie de pacto. De alguma forma, optamos por ter a atenção primária prestada diretamente pela esfera estatal e os demais níveis, majoritariamente, através da compra de serviços de entidades filantrópicas ou do setor privado. A implantação do Programa de Saúde da Família, com suas múltiplas e complexas formas de vínculos trabalhistas, vem desnudando esta situação e colocando-a no seu devido patamar. Quando se optou por uma

atenção primária resolutive, que mudasse efetivamente o perfil do sistema de saúde, o sistema público viu-se com dificuldades de dar sustentação a relações de trabalho na forma de funcionalismo público da administração direta. O resultado - um processo que tem sido denominado precarização das relações de trabalho, onde diferentes formas de contratação têm sido implementadas, algumas das quais ao arripio de qualquer legislação vigente -, denuncia a debilidade dos arranjos institucionais e dos formatos organizacionais que dão sustentação ao SUS.

Para superar estes impasses, precisamos sim de mais recursos; o que temos ainda é pouco, precisamos rever o formato jurídico administrativo de nossas organizações, precisamos superar as barreiras impostas pela grande fragmentação organizacional, precisamos rever a clínica e o trabalho em saúde, precisamos introduzir o conceito de responsabilidade sanitária em nossas organizações de saúde e nas três esferas governamentais, precisamos estruturar o Programa de Saúde da Família (PSF) ou outro programa que dê conta de uma atenção primária resolutive e capaz de promover a saúde e uma maior autonomia dos sujeitos, como diz Gastão Wagner. Mas, acima de tudo, precisamos descobrir o que tem nos impedido de unir esforços em prol de uma ação comum. Será que estamos condenados, como diria Alain Touraine, nestes tempos medíocres, a viver isolados? Acabaram-se as possibilidades da construção comum de projetos?

Tendo completado dezoito anos, o SUS já não pode mais ser tratado como uma criança. Deveria suportar algumas críticas sem sofrer grandes abalos. Porém, como bom adolescente, certamente vai contestar; dirá, face aos comentários escritos acima, que estão incorretos, que tudo que precisamos é mais do mesmo que já vem sendo feito. Que seria preferível que o autor fizesse como Sócrates, que não escrevia, só falava. O principal motivo pelo qual Sócrates não escrevia, segundo alguns, é que o texto tem o hábito de sair por aí, sozinho, sem a presença de seu criador, o que não acontece com a fala. Esta tem sempre o autor por perto a lhe dar suporte, corrigir mal-entendidos, etc. Assim, é bem provável que eu mesmo, ao ler estes comentários, sem saber as reais intenções de seu autor, começasse a refutá-los. No entanto, analisar o SUS, em seus acertos e desacertos nestes dezoito anos de implantação, é sinônimo de defendê-lo e deveria ser tarefa de todos que trabalham para que tenhamos um sistema de saúde mais justo e próximo do desejo de todos os brasileiros.