

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE NO BRASIL - SUS E SISTEMA COMPLEMENTAR

National Health System in Brazil – SUS and Complementary System

Palestrante:

Eugênio Vilaça Mendes
Consultor da Secretaria da Saúde do Ceará

Relato feito por:

Marcos Sá
Jornalista

sinopse

Na mesa redonda sobre Sistema Nacional de Saúde no Brasil - SUS e Sistema Complementar, o consultor da Secretaria de Saúde do Ceará, Eugênio Vilaça Mendes, afirma que, no Brasil, não temos um sistema único de saúde, mas um sistema segmentado de serviços de saúde. E para demonstrar esse fato, mune-se de materiais de projeção com dados e história do SUS, do Brasil e da saúde na Constituição, além de ressaltar o sistema de saúde em países europeus.

palavras-chave

Sus; sistema complementar; saúde; Brasil.

abstract

In the round table on the National Health System in Brazil - SUS and Complementary System, the consultant of the Health Secretary of Ceará, Eugênio Vilaça Mendes, affirms that, in Brazil, we do not have a unified health system, but a segmented system of health services. Furthermore to demonstrate this fact, he arms himself with projection materials with data and the history of SUS, Brazil and Health in the Constitution, besides underlining the health system in European Countries.

key words

Sus; complementary system; health; Brazil.

DESTAQUE

Eugênio Vilaça Mendes

Consultor da Secretaria da Saúde do Ceará

O BRASIL

- POPULAÇÃO DE 170 MILHÕES DE HABITANTES
- ÁREA DE 8,5 MILHÕES DE QUILOMETROS QUADRADOS
- UM PAÍS FEDERATIVO COMPOSTO PELO NÍVEL FEDERAL; POR 26 ESTADOS E O DISTRITO FEDERAL; E POR 5.561 MUNICÍPIOS

• 50% DOS MUNICÍPIOS TÊM MENOS DE 10.000 HABITANTES E 75% MENOS DE 20.000 HABITANTES

• 47% DA POPULAÇÃO URBANA ESTÁ CONCENTRADA EM 9 REGIÕES METROPOLITANAS

Fonte: MENDES (1998)

O Brasil é um país de 170 milhões de habitantes, de 8,5 milhões de quilômetros quadrados, um país federativo composto pelo nível federal, 26 estados e o Distrito Federal, e por 5.561 municípios, dos quais 50% têm menos de 10 mil habitantes e 75% menos de 20 mil habitantes. Esses dados são importantes porque lidamos com economia de escala na organização do sistema de serviços de saúde e se presta tanto para o sistema público quanto ao sistema privado. Por fim, 47% da população urbana está concentrada em regiões metropolitanas.

A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

- A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO
- O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COM AS DIRETRIZES DE DESCENTRALIZAÇÃO, ATENDIMENTO INTEGRAL E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

• A ASSISTÊNCIA À SAÚDE É LIVRE À INICIATIVA PRIVADA

Fonte: CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O modelo de saúde existente em saúde pública surgiu com a Constituição de 88 - saúde como direito de todos e dever do Estado. A Constituição criou o Sistema Único de Saúde, descentralizado, integral e com participação da comunidade. Mas, dentro do processo constituinte, fez-se uma negociação entre a centro-direita e centro-esquerda. A centro-esquerda apresentava como proposta a implantação no Brasil de um sistema único, efetivamente único de saúde, cujo modelo era o sistema italiano de então. A centro-direita tentava abrir espaço, dentro da negociação, para que os sistemas privados pudessem se expandir. A centro-esquerda aprovou quatro artigos e a centro-direita apenas um, estabelecendo que a saúde é livre à iniciativa privada. Criou-se, na Constituição de 88, um sistema único de saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, ao mesmo tempo em que um artigo diz: a saúde é livre e a iniciativa é privada.

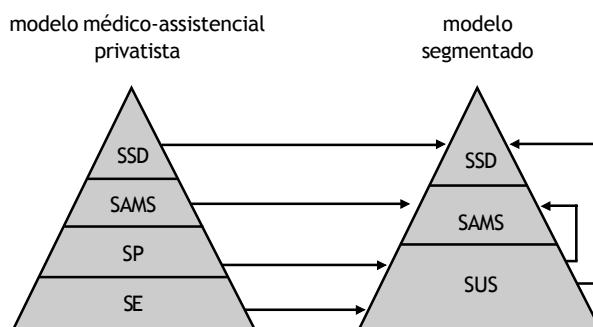
Imediatamente, o sistema de saúde incorpora 60 milhões de pessoas por um ato jurídico legal. Indigentes sanitários passam a ser, da noite para o dia, portadores de direito de saúde, isso em 1988. No período de 89 a 92, durante o governo Collor, incorporaram-se mais 60 milhões de brasileiros e os recursos para o sistema público são reduzidos à metade, caindo de 11 bilhões de dólares em 89 para menos de 7 bilhões de dólares no ano de 92. A Constituição gera direitos a todos mas não se dá a base material, ou seja, todos têm direito mas o recurso público é reduzido pela metade. Isso gera um processo interessante na dinâmica do sistema, que foi chamado por alguns teóricos de universalização excludente, ou seja, os grandes ganhadores do SUS naquele momento foram esses 60 milhões, os que tinham cobertura do INAMPS, as pessoas que ficavam na porta das Santas Casas esperando como indigente, esperando uma caridade.

Ocorre o fenômeno: cria-se o SUS, 60 milhões se incorporam, o dinheiro diminui, a qualidade média do sistema público diminui - entra-se por baixo e expulsa-se por cima. Isso gera a dinâmica em que o sistema público, com pouco recurso e pressionado pela demanda, deixa cair a qualidade e os usuários começam a sair do sistema. Os trabalhadores organizados, em todos os dissídios coletivos, tinham como causa primeira o plano de saúde para a categoria.

Esse processo foi de tal monta que entre 1989 e o final do ano 2000, houve uma expulsão grande, de quase 20 milhões de brasileiros que deixaram o sistema público e foram abrigar-se nos sistemas privados. Criou-se no Brasil o sistema segmentado. Discordo inteiramente que no Brasil temos um sistema de atenção privado suplementar. Temos, sim, um outro sistema privado - temos o Sistema Único de Saúde, destinado a 110 milhões de brasileiros, e, para uma clientela de classe média, uma clientela dos trabalhadores organizados, criou-se esse sistema de atenção médica supletivo. Finalmente, temos para 40% dos brasileiros o sistema de desembolso direto, aquele dinheiro que a pessoa tira do bolso e vai à farmácia.

O que temos no Brasil, hoje, portanto, não é um sistema único, mas um sistema plural, composto por três sistemas - o sistema público, o sistema de atenção médica supletiva, que são os planos privados, e o sistema de desembolso direto.

A DINÂMICA CONTEMPORÂNEA DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL



Fonte: E. V. Mendes

Esse desenho não é universal. No Canadá, efetivamente, não existe sistema de saúde. Na Inglaterra e na Suécia existe um sistema de saúde supletivo, mas os sistemas públicos são para todos e, apenas para aquilo que o Estado não fornece, a pessoa pode comprar um plano. Não é como no Brasil, onde se compra plano para tudo. É preciso deixar claro esse conceito, porque é muito diferente de nós seguirmos o modelo americano, mas nós não temos, de fato, um sistema público universal.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

- É UM SISTEMA FEDERATIVO COM PARTICIPAÇÃO DOS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO
 - OS SERVIÇOS SÃO UNIVERSAIS, INTEGRAIS E GRATUITOS
 - A DESCENTRALIZAÇÃO É UMA DIRETRIZ BÁSICA: A DESCONCENTRAÇÃO DOS ENTES ESTATAIS A DEVOLUÇÃO DOS GOVERNOS FEDERAL E ESTADUAIS AOS MUNICÍPIOS: 5.450 SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE HABILITADAS A DELEGAÇÃO A ENTES PRIVADOS: 67% DOS SERVIÇOS HOSPITALARES E 25% DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS
 - A GESTÃO COMPARTILHADA: AS COMISSÕES INTERGESTORES
- Fonte: MENDES (2001)

O SUS é um sistema federativo com participação dos três níveis de governo; os serviços são universais e gratuitos; a descentralização é uma diretriz básica e há uma gestão compartilhada entre os gestores das comissões intergestoras.

Criou-se o mecanismo constitucional de controle público, através de conferências de conselhos e de instituições de apoio, como o Ministério Público.

A REDE E A PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS - 1999

- 6.500 HOSPITAIS E 490.000 LEITOS (86% DO TOTAL)
 - 12.500.000 INTERNAÇÕES HOSPITALARES: 7,6 POR 100 HABITANTES/ANO
 - 2.700.000 DE PARTOS
 - 1,2 BILHÕES DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS: 9,47 POR HABITANTE/ANO
- Fonte: MENDES (2001)

Hoje, esse é um sistema de uma abrangência enorme. O SUS tem contratados 6.500 hospitais com quase 500 mil leitos, que correspondem a 86% do total; faz 12 milhões e meio de internações por ano; faz 2,7 milhões de partos por ano; realiza 1,2 bilhão de procedimentos ambulatoriais, quase 10 procedimentos por habitante por ano. Nasce, pelo SUS, uma Costa Rica por ano - a Costa Rica tem uma população de, mais ou menos, 3 milhões de habitantes.

O FINANCIAMENTO DO SUS - 1998

- CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS: 71%
 - CPMF: 37%
 - COFINS: 26%
 - OUTRAS CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS: 8%
 - FUNDO DE ESTABILIZAÇÃO FISCAL: 13%
 - RECURSOS ORDINÁRIOS: 11%
 - FUNDOS NACIONAL, ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE
- Fonte: PIOLA E BIASOTO JUNIOR (2001)

O financiamento do SUS tem a seguinte proveniência: 71% de contribuições sociais, das quais a mais importante é a CPMF. Não é verdade que o dinheiro da CPMF não vai para a saúde - não vão 100%, mas 37% do financiamento do SUS provêm da CPMF, 26% da Cofins, 13% do Fundo de Estabilização Fiscal, 11% de recursos ordinários. Esse dinheiro é arrecadado e colocado em fundos - Fundo Nacional, fundos estaduais e fundos municipais de saúde.

OS GASTOS DO SUS - 1998

- GASTO FEDERAL: R\$ 19,3 BILHÕES (60,3%)
 - GASTO ESTADUAL: R\$ 5,5 BILHÕES (17,2%)
 - GASTO MUNICIPAL: R\$ 7,2 BILHÕES (22,5%)
 - GASTO PÚBLICO TOTAL: R\$ 32 BILHÕES
 - GASTO PÚBLICO EM PORCENTUAL DO PIB: 3,7%
- Fonte: MENDES (2001)

O gasto do SUS em 1998 foi da ordem de 32 bilhões de reais. Isso significa 3,7% do PIB nacional, sendo que o gasto federal corresponde a 60%, o gasto estadual a 17% e o gasto municipal a 22%. De fato, o processo de descentralização vem se realizando. As transferências do Ministério da Saúde para os estados caíram entre 1993 e 1998, mas o processo de municipalização é impressionante quando se observa que em 1993, 1,7% dos recursos do Ministério da Saúde foram transferidos para os municípios e, em 1998, o percentual passa a 24%. Hoje, de cada 1 real do Ministério da Saúde, 25 centavos vão direto para os fundos municipais e essa transferência é que dá a dimensão exata do grande movimento de descentralização.

AS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS - 1993/98

- EM PORCENTUAL DO GASTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
 - TRANSFERÊNCIA PARA ESTADOS
 - 1993: 5,4%
 - 1998: 3,3%
 - TRANSFERÊNCIA PARA MUNICÍPIOS:
 - 1993: 1,7%
 - 1998: 24,0%
- EM VOLUME DE RECURSOS
 - 1993: R\$ 255 MILHÕES
 - 1998: R\$ 4,2 BILHÕES

Fonte: PIOLA E BIASOTO JUNIOR (2001)

Em 1993, o Ministério da Saúde transferia apenas 255 milhões de reais para estados e municípios. Em 1998, transferia 4,12 bilhões, passando a mais do que 20% do total de recursos em um período de tempo muito curto. Esse é o SUS.

Paralelamente, existe um outro sistema, que não é suplementar - é outro sistema, com outra clientela, um sistema de atenção médica supletiva. É um sistema privado, que tem 2.729 operadoras com 33.331 planos de saúde ativos, divididos em quatro grandes modalidades assistenciais.

O SISTEMA DE ATENÇÃO MÉDICA SUPLETIVA - SAMS

• 2.729 OPERADORAS COM 33.331 PLANOS DE SAÚDE ATIVOS DIVIDIDAS EM MEDICINA DE GRUPO, COOPERATIVAS MÉDICAS, SEGURO SAÚDE E AUTOGESTÃO

- COBERTURA DE 38,7 MILHÕES DE HABITANTES (24,5%)
- GASTO COM O SAMS: R\$ 20 BILHÕES
- 62% NO SUDESTE, 17,4% NO SUL, 11,8% NO NORDESTE, 5,8% NO CENTRO-OESTE E 2,9% NO NORTE
- PLANOS COLETIVOS: 64%; PLANOS INDIVIDUAIS: 36%
- PLANOS COLETIVOS: 95,8% GRANDES EMPRESAS; 80,5% MÉDIAS EMPRESAS; 51,6% NAS PEQUENAS EMPRESAS E 21,5% NAS MICROEMPRESAS
- 47,4% DOS USUÁRIOS CONCENTRAM-SE NO GRUPO DE 19 A 39 ANOS
- REGULAÇÃO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Fonte: E.V.MENDES

Além das cooperativas, existe a medicina de grupo, o seguro saúde e a autogestão. São quatro modalidades que funcionam em lógicas distintas, competindo entre si. Esses planos, no seu conjunto, cobrem quase 40 milhões de habitantes - quase 25% da população brasileira está hoje em planos de saúde. Os gastos com esse sistema foram de 20 bilhões de reais no ano de 1998. Esses planos estão extremamente concentrados no Sul e no Sudeste - 62% no Sudeste, 17% no Sul, 11% no Nordeste, 5,8% no Centro-Oeste e 3% no Norte. A concentração desses sistemas se dá especialmente no Sudeste e principalmente em São Paulo, que tem 50% dos clientes.

Esses planos se dividem em coletivos e individuais. Planos coletivos são aqueles pagos parcial ou totalmente pela empresa e planos individuais são aqueles pagos pelas pessoas, pelas famílias; e 64% dos planos são coletivos e 36% são individuais. Há ainda uma outra divisão entre os planos coletivos, que estão extremamente concentrados nas grandes e médias empresas - 96% das grandes empresas têm planos, percentual que cai para 80% nas médias, para 51% nas pequenas e para 21% nas microempresas.

Os planos apresentam dados muito interessantes. Eles se ficam na clientela com menor probabilidade de adoecer - 47,4% dos usuários concentram-se no grupo de 19 a 39 anos, no qual a probabilidade de adoecer é muito pequena e os custos relativos

são baixos na curva de custos. Os planos se concentram no "filé". Por fim, são regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Esse é um pouco do quadro do sistema de atenção supletiva. Mas há um terceiro sistema.

O SISTEMA DE DESEMBOLSO DIRETO - SDD

- É UTILIZADO POR 35% DA POPULAÇÃO, 67% DOS QUAIS COM RENDA FAMILIAR MENSAL DE MENOS DE UM SALÁRIO MÍNIMO
- UTILIZAÇÃO CONCENTRADA EM MEDICAMENTOS (41%) E ATENÇÃO ODONTOLÓGICA (21%)
- GASTO TOTAL EM 1998: R\$ 18,8 BILHÕES

Fontes: IBGE (1996), PINTO & PIOLA (1998) E MENDES (2001)

As pessoas podem ir diretamente aos médicos, aos hospitais, às farmácias com dinheiro e comprar. É o sistema de desembolso direto, que é utilizado por 35% da população, 67% dos quais com renda familiar mensal de menos de 1 salário mínimo. A utilização é extremamente concentrada em duas áreas - medicamentos e em atenção odontológica. O gasto total nesse sistema foi de 18,8 bilhões de reais em 2001.

Quando se estuda a questão do financiamento no Brasil, todos esquecem esses sistemas. Então, qual é o volume de gasto em saúde? É muito comum se ouvir que o Brasil gasta pouco com saúde. Isso não é verdade.

GASTOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL - 1998

- GASTO TOTAL DO SUS: R\$ 32 BILHÕES
- GASTO TOTAL DO SAMS: R\$ 20,0 BILHÕES
- GASTO TOTAL DO SDD: R\$ 18,8 BILHÕES
- GASTO TOTAL PRIVADO: R\$ 38,8 BILHÕES
- GASTO TOTAL: R\$ 70,8 BILHÕES
- GASTO TOTAL PER CAPITA: R\$ 447,53
- % DO GASTO PÚBLICO: 45,2%
- % DO GASTO PRIVADO: 54,8%
- % SOBRE O PIB: 8,2%

Fonte: MENDES (2001) e SIS/MS (2001)

O Brasil gasta bastantes recursos com serviços de saúde porque gasta 32 bilhões de reais com o SUS, 20 bilhões de reais com o SAMS, 18,8 bilhões de reais com o desembolso direto, o que dá um total de gastos da ordem de 70 bilhões de reais. Isso representou, em 1998, um gasto *per capita* de 447 reais e, o que é muito importante, o percentual sobre o PIB foi de 8,2%. 8,2% do PIB está na média do que gastam todos os países ricos do mundo, a exceção dos Estados Unidos, que gastam 14% do PIB. A Inglaterra não gasta 8,2%, a Suécia não gasta 8,2%, o Canadá não gasta 8,2% - então, não é verdade que o Brasil gasta pouco. O Brasil gasta mal.

O ruim no Brasil é a relação entre gasto público e gasto privado - o gasto privado supera o gasto público. Em 1998, destinamos 55% dos recursos aos gastos privados com o sistema

de atenção médica supletivo e com o desembolso direto e apenas 45% aos gastos públicos. Esse é um sintoma de segmentação. Os Estados Unidos gastam mais ou menos como o Brasil - 44% de gastos públicos versus 56% de gastos privados, o Chile a mesma coisa, a Colômbia, a Venezuela, a Argentina.

Quando se tomam os países que têm verdadeiramente sistemas públicos, não únicos mas universais, como o caso da Inglaterra, do Canadá, da Dinamarca, da Suécia, da Costa Rica, todos esses países apresentam uma relação totalmente inversa - todos destinam mais de 75% aos gastos públicos e apenas entre 20% e 25% aos gastos privados. Esses países optaram efetivamente por sistemas públicos universais. Não é verdade que no Brasil temos um sistema público universal - no Brasil temos um sistema segmentado e o nosso gasto público é muito baixo. Se quisermos chegar a um sistema público universal, teremos que aumentar muito o gasto público em saúde. Não poderemos ter um sistema universal enquanto a relação gasto público e gasto privado não for de 70%. Antes disso, nem pensar em sistema público universal.

O indicador de sistema público universal é a relação gasto público e gasto privado. Então, no Brasil não gastamos pouco, mas gastamos mal. Os Estados Unidos, que são o nosso modelo, gastam 1 trilhão de dólares por ano com saúde, 14% do PIB, e, apesar disso, são 21º no mundo em mortalidade infantil, 22º no índice de expectativa de vida. Qualquer indicador de saúde dos Estados Unidos é extremamente formal. E gastam 5 mil dólares *per capita* por ano com esse sistema.

Apesar disso tudo, é de se reconhecer que não temos um sistema público universal. Estamos construindo um sistema que está indo bem, porque tem uma série de fortalezas, uma tendência geral de melhoria dos níveis de saúde da população, uma maior oferta de serviços de saúde.

AS FORTALEZAS DO SUS

- UMA TENDÊNCIA GERAL DE MELHORIA NOS NÍVEIS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO
- UMA MAIOR OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
- O SUS AUMENTOU A COBERTURA POPULACIONAL:
 - COBERTURA DE 130 MILHÕES DE BRASILEIROS: 38% EXCLUSIVOS, 20% FREQUENTES E 22% EVENTUAIS
 - COBERTURA DE 79% NO QUINTIL DE RENDA MENOR E 15,5% NO QUINTIL DE RENDA MAIOR
 - CONSULTAS DE PRE-NATAL:
 - EM 1994: 1,8 MILHOES
 - EM 1998: 7,6 MILHOES
- VARIOS PROGRAMAS BEM SUCEDIDOS:
 - PROGRAMA DE DOENÇAS IMUNIZÁVEIS E CONTROLE DA AIDS

Não há dúvidas que o SUS aumentou muito a oferta de serviços de saúde, que aumentou a cobertura populacional - 130 milhões de brasileiros utilizam o SUS, 38 milhões de forma exclusiva,

20 milhões utilizadores frequentes e 22 milhões eventuais. Outro dado importante, o SUS atinge o pobre, mesmo. Se tomarmos somente a população atendida pelo SUS, 79% dos usuários são do quintil de renda menor, enquanto que apenas 15% estão no quintil de renda maior. O SUS tem vários programas muito bem sucedidos, como os dois programas de ponta mundiais - o programa de controle de doenças imunizáveis e o programa de controle da Aids.

AS FORTALEZAS DO SUS

- UMA POLÍTICA DELIBERADA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
 - 10.500 EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE COBREM 23% DA POPULAÇÃO
 - 145.000 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE QUE COBREM 50% DA POPULAÇÃO
- UMA MELHORIA SENSÍVEL DO CONTROLE SOCIAL
 - MAIS DE 10.000 CONSELHOS DE SAÚDE E MAIS DE 100.000 CONSELHEIROS DE SAÚDE
- APROVAÇÃO POR 80% DOS USUÁRIOS

Fontes: IBOPE (1998), MS (2000), IBGE (2000) e MENDES (2001)

O SUS é motivo de discussão, tem que melhorar muito, mas tem uma política deliberada de atenção primária, com quase 10.500 equipes de PSF, 150 mil agentes comunitários. É um lugar de acumulação de capital social muito forte. São mais de 140 mil conselheiros no país. E tem nas pesquisas de opinião a aprovação de 80% dos usuários. Quem tem opinião muito ruim do SUS são os não-usuários, entre os quais a taxa de satisfação cai para níveis inferiores a 50%.

AS DEBILIDADES DO SUS

- A INIQUÍDADE DO FINANCIAMENTO
- OS DIFERENCIAIS NA QUALIDADE DA ATENÇÃO
- A MUNICIPALIZAÇÃO AUTÁRQUICA, A PERDA DE ESCALA E DE QUALIDADE DOS SERVIÇOS
 - A CONSOLIDAÇÃO DO MODELO SEGMENTADO

Fonte: MENDES (2001)

Mas o SUS também tem debilidades que decorrem desse desenho de um sistema segmentado - a iniquidade do financiamento, os diferenciais na qualidade da atenção, a municipalização autárquica, a perda de escala e de qualidade dos serviços, fatores que consolidaram o modelo segmentado.

Até a média do Brasil, estão os estados que mais receberam recursos, que são os mais ricos - São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná, Rio de Janeiro, Minas Gerais e, abaixo, os estados menos desenvolvidos e que, portanto, receberam menos recursos. Isso melhorou, mas não significativamente. Ainda há uma grande iniquidade na alocação dos recursos do SUS.

OS DIFERENCIAIS NA QUALIDADE DA ATENÇÃO

- CONTROLE REGULAR DE DOENÇAS CRÔNICAS: 60,9% NO QUINTIL DE RENDA INFERIOR E 82,5% NO QUINTIL DE MAIOR RENDA

Fonte: NEPP/UNICAMP (1999)

Há, também, diferenciais na qualidade da atenção. Tome-se como exemplo os brasileiros do quintil de renda mais baixa - apenas 61% têm o controle regular de doenças crônicas, enquanto que no quintil de maior renda o percentual passa a 83%.

O segundo problema, detectado muito no Ceará, foi que a municipalização levou a uma perda de escala. Não há nenhuma possibilidade, tanto no sistema privado quanto no sistema público, de se organizar um sistema de saúde com bases racionais de eficiência e qualidade para uma população inferior a 150 mil pessoas. Eu não entraria em um plano de saúde que não tivesse 150 mil vidas e o sistema público também tem que agregar 150 mil pessoas - a partir daí se pode criar sistemas de qualidade.

CAPACIDADE INSTALADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA MICRORREGIÃO DO BATURITÉ, CEARÁ, 1998

- POPULAÇÃO TOTAL: 121.145
- NÚMERO DE MUNICÍPIOS: 8
- NÚMERO DE HOSPITAIS: 8
- NÚMERO DE LEITOS: 339
- TAXA DE OCUPAÇÃO MÉDIA DOS LEITOS: 22%

Fonte: SESA/CE (2000)

Isso foi detectado na região de Baturité, com uma população de 120 mil habitantes. Havia 8 hospitais públicos com uma taxa de ocupação de 22%. Foi por isso que o Ceará começou a desenvolver a proposta de microrregionalização, que consiste em juntar um conjunto de municípios para atingir uma escala de 150 mil pessoas e permita fazer um sistema eficiente e de qualidade. Mas o Brasil consolidou o modelo segmentado: o sistema para pobres - o SUS; o sistema para a classe média e para trabalhadores qualificados - o sistema de atenção médica supletiva; e o sistema de desembolso direto, ao qual acorrem ricos e pobres.

SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

- A CONSOLIDAÇÃO DA INIQUIDADE
- A SOBREPOSIÇÃO UNILATERAL DA DEMANDA
- O SUBSÍDIO AOS SISTEMAS PRIVADOS
- A INEFICIÊNCIA POR FRAGMENTAÇÃO DE SERVIÇOS
- O ISOLAMENTO DOS POBRES NUM SISTEMA DE BAIXA

VOCALIZAÇÃO POLÍTICA

- O SISTEMA PRIVADO DE ATENÇÃO MÉDICA SELETIVA BASEADO

NO EMPREGO

- AUMENTO DOS GASTOS DO BOLSO DOS POBRES

Fonte: MENDES (2001)

Quem estuda esses modelos segmentados verifica que há muitas evidências. Eles são inerentemente iníquos. Há uma sobreposição unilateral da demanda, ou seja, o pobre não pode ir ao sistema dos ricos, mas o rico vai ao sistema dos pobres. Se analisarmos a medicação de alto custo, os procedimentos de alta complexidade, constataremos que muitas pessoas que têm planos de saúde utilizam o SUS para um conjunto desses procedimentos.

Os sistemas privados são altamente subsidiados - quando se paga um plano de saúde, quando se paga uma consulta médica especializada, uma internação hospitalar, desconta-se no Imposto de Renda. No ano de 1999, isso significou uma renúncia da ordem de 5 bilhões de reais, que são recursos da população utilizados no financiamento dos sistemas privados.

A ineficiência por fragmentação de serviços acontece porque existem municípios muito pequenos. Estamos com 40% de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial e quando se toma hospital de menos de 50 leitos, o percentual sobe para 60%. Em 2001, isso significou 1 bilhão de reais.

UM SINAL DA FRAGMENTAÇÃO DO SUS: AS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL - 1999

- TOTAL DE INTERNAÇÕES DO SUS: 12,5 MILHÕES
- INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL: 3,5 MILHÕES
- PORCENTUAL DE IPSAA SOBRE O TOTAL DE INTERNAÇÕES, EXCLUINDO PARTO: 36%
- CUSTO TOTAL DAS INTERNAÇÕES DO SUS: R\$ 4,7 BILHÕES
- CUSTO DAS IPCSAA: 990 MILHÕES

FONTE: MENDES E ALFRADIQUE (2000)

O isolamento dos pobres no sistema de baixa vocalização política é outro problema do sistema segmentado. No Brasil, uma inverdade, de tão repetida, virou verdade e é a justificativa de quem defende os sistemas privados de atenção médica supletiva - ao criar o sistema de atenção médica supletiva, sobra mais recurso para o SUS. Esse é o grande argumento. Não há nenhuma evidência em nenhum país do mundo de que isso ocorra. Ao contrário, quando se segmenta o sistema, quando se especializa um sistema para os pobres, que não têm capacidade de organizar-se politicamente, esse sistema será sempre subfinanciado.

Um exemplo claro: o Ministério da Saúde gasta com o coquetel da Aids 600 milhões de reais por ano e gasta, para os outros medicamentos básicos, 126 milhões de reais. Por que isso? Porque a classe média está dentro do programa de Aids. Se a Aids passar a ser doença de pobre, não vai ter dinheiro para financiar o coquetel. Esse é o argumento: se trouxermos a classe média para o SUS, vamos ter um sistema muito bom, porque o dinheiro segue a classe média. Os sistemas de atenção médica baseados em empresas também têm um conjunto de problemas - muitas vezes, por exemplo, as empresas não financiam o período de aposentadoria.

Finalmente, o sistema segmentado aumenta o gasto dos pobres. Em 1987, um ano antes da criação do SUS, os brasileiros com renda de até 2 salários mínimos gastavam em torno de 5,8% com saúde. Passados oito anos da criação do SUS, dado à evolução da segmentação, o gasto dos pobres quase duplica - passaram a gastar 9,5%, enquanto os ricos permanecem estacionados em torno de 5%. Isso mostra que, quando se fragmenta o sistema, o pobre acaba gastando mais porque falta recurso ao sistema público e o pobre vai, basicamente, comprar medicamento e pagar dentista.

Evoluímos muito e esse discurso é em defesa do SUS. Não é preciso acabar com os planos de saúde, mas eles precisam ser efetivamente suplementares, como são no Canadá. O Canadá tem um sistema público que não oferta tudo, e nenhum sistema público pode ofertar tudo, mas os canadenses podem comprar um plano de saúde para aquilo que não está na lista do sistema público. Mas, por lei, não pode haver ação de sistemas privados naquilo que o sistema público oferece. Da mesma forma na Inglaterra. Os sistemas públicos, quando são universais, sempre têm problemas de listas de espera, de filas. Os ingleses recorrem, então, ao sistema privado supletivo, ali verdadeiramente supletivo, para fazer um plano de medicamento que o Estado não oferece, ou algumas cirurgias eletivas, que tanto no Canadá quanto na Inglaterra costumam demorar de 6 a 8 meses.

OS GRANDES DILEMAS DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

- O DILEMA DA SEGMENTAÇÃO OU DA UNIVERSALIZAÇÃO
- O DILEMA DA MUNICIPALIZAÇÃO AUTÁRQUICA OU DA MICRORREGIONALIZAÇÃO COOPERATIVA
- O DILEMA DA FRAGMENTAÇÃO OU DA INTEGRAÇÃO

Fonte: MENDES (2001)

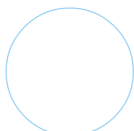
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje, nos encontramos, no Brasil, diante de três grandes dilemas:

O dilema da segmentação ou da universalização - vamos ter mesmo um sistema único de saúde para todos ou vamos ter um sistema único cada vez mais para pobres e todo ingressando no sistema privado e utilizando o SUS em procedimentos de alto custo?

O dilema da municipalização autárquica ou da microrregionalização cooperativa, de juntar um conjunto de municípios, sem perder a autonomia municipal, mas para dar racionalidade, atingir uma população de 150 mil habitantes e, a partir daí, pelo princípio da economia de escala, organizar racionalmente um sistema.

Ser um sistema fragmentado no campo microeconômico ou um sistema totalmente integrado?



Em 1987, um ano antes da criação do SUS, os brasileiros com renda de até 2 salários mínimos gastavam em torno de 5,8% com saúde. Passados oito anos da criação do SUS, dado à evolução da segmentação, o gasto dos pobres quase duplica - passaram a gastar 9,5%, enquanto os RICOS permanecem estacionados em torno de 5%. Isso mostra que, quando se fragmenta o sistema, o pobre acaba gastando mais porque falta recurso ao sistema público e o pobre vai, basicamente, comprar medicamento e pagar dentista.