



SUS: O desafio do acesso universal à saúde em um Brasil desigual

Renato Tasca*

Não há quem duvide dos grandes progressos do Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo das três décadas e meia do seu caminho. Importantes resultados foram alcançados na melhoria dos indicadores de saúde populacionais e na redução das desigualdades em saúde. Inúmeros estudos, dos mais prestigiosos centros de pesquisa nacionais e internacionais, fornecem evidências das muitas e significativas vitórias do SUS. A implantação de vários programas nacionais (por exemplo, de imunização, transplante e luta contra o vírus da imunodeficiência humana – HIV), a expansão da cobertura da atenção primária à saúde, além de campanhas exitosas de saúde pública (como aquela que enfrentou o tabagismo), salvaram milhões de vidas e contribuíram para que a população brasileira viva mais anos e com mais saúde.

Durante a pandemia provocada pelo coronavírus todo o mundo entendeu o real valor do sistema público para a coletividade. A feliz afirmação do professor Gonzalo Vecina, “*Sem o SUS, é a barbárie*”, constitui, em nosso modo de ver, a melhor síntese das lições aprendidas da pandemia. Ainda em momentos de grande pressão e desconforto, os serviços públicos

de saúde se mostraram resilientes e foram capazes de responder à crise. Mesmo que algumas vezes eles tenham chegado a colapsar, isso ocorreu apenas em algumas localidades e por períodos relativamente breves.

Por outro lado, temos que admitir que o SUS ainda sofre de graves carências e limitações, causadas por diferentes problemas, novos e antigos. Entre os últimos, destaca-se o subfinanciamento do setor. Todos os governos que se sucederam a partir de sua criação, em 1988, recusaram-se a destinar ao SUS os recursos suficientes para alcançar a universalidade do acesso e a integralidade da atenção. Isso é bastante surpreendente, considerando a existência de um claro mandato da Constituição Federal (Artigos 196 e 198), que reconhece que a atenção à saúde representa um direito fundamental de todas as pessoas, o qual o Estado deve garantir.

Os esforços de Adib Jatene, José Serra e de alguns outros ministros permitiram importantes incrementos de recursos federais para a saúde, distribuindo-os, inclusive, de maneira mais equitativa. Contudo, nesses 35 anos, o orçamento público para a saúde do Brasil nunca chegou a se aproximar do que o SUS precisa de fato, enquanto sistema público universal. A antiga contribuição provisória sobre movimentação financeira (CPMF) foi enfraquecida pela mudança de destino dos recursos recolhidos, enquanto a Emenda Constitucional n. 29/2000 acabou passando o fardo da União para os outros entes federados, sobretudo para os municípios.

Apesar dessas limitações, o sistema público de saúde continuou avançando. E, já entrando no novo

* Médico sanitário formado pela Universidade de Turim (Itália) e pela London School of Tropical Medicine and Hygiene do Reino Unido. Com atuação nas áreas de saúde e de modernização do Estado em diferentes países, no final dos anos 1980 foi coordenador do Projeto do Distrito Sanitário de Pau da Lima, em Salvador (BA), uma das experiências pioneiras do SUS. No final da década seguinte, foi responsável da área social do Cantieri per l’Innovazione, pela Presidência do Conselho dos Ministros da Itália. De 2008 a 2020, trabalhou na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), onde chefiou a Unidade de Serviços de Saúde em Brasília e na sede de Washington, tendo nesse período coordenado o Programa Mais Médicos. Defensor do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS), hoje é consultor do Instituto de Estudos de Políticas para Saúde (IEPS) e pesquisador do Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da Fundação Getúlio Vargas (FGV-Saúde).

milênio, uma acertada combinação de incentivos federais^I com um modelo de atenção inovador, a Estratégia Saúde da Família (ESF), permitiu uma rápida ampliação das fronteiras de acesso, até alcançar, em dez anos, coberturas de atenção primária superiores a 70% da população, com maior concentração nos territórios mais desfavorecidos. Porém, a contínua insuficiência de recursos impediu ulteriores extensões da cobertura da ESF, privando grandes parcelas de pessoas vulneráveis do direito a uma atenção integral e de qualidade, como será argumentado à continuação.

Um recente estudo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)^{II} mostrou que a cobertura integral da ESF é uma realidade só em menos da metade dos municípios brasileiros. Desse modo, 72,69 milhões de pessoas ainda não têm acesso à ESF, o que representa 34% da população do Brasil. Desse total, cerca de 33 milhões estão na condição de *população SUS exclusiva*, que tampouco têm acesso a planos de saúde privados – o que sugere condições de vulnerabilidade socioeconômica. Algumas dessas pessoas são discriminadas pelo isolamento geográfico, como as populações ribeirinhas ou quem mora em comunidades rurais remotas. Também têm maiores dificuldades de acesso as pessoas negras, LGBTQIAPN+, populações indígenas e quilombolas, pessoas dependentes de drogas, moradores em situação de rua, além de outras.

Nesses casos, a barreira não é geográfica, mas um conjunto de crenças e preconceitos enraizados na sociedade, amplificado pelos processos descontrolados e desumanos do desenvolvimento urbano. O estudo anteriormente citado mostra com clareza que a grande maioria das pessoas “esquecidas” pelos serviços de atenção primária à saúde (APS) não estão regularmente dispersas pelos territórios do Brasil, mas concentradas nas regiões periféricas e marginalizadas das áreas metropolitanas. São pobres, vivem em comunidades caracterizadas pela violência e pela ausência do Estado e dos seus serviços. O preconceito contra

essas pessoas é grande e difuso, apesar de injustificado. Quase invisíveis, essas famílias sofrem e morrem no silêncio. O desconforto dessas pessoas é percebido pela sociedade só quando ocorrem eventos extremos, como a morte de crianças vítimas de balas perdidas. Tudo o que vem antes, os inúmeros problemas causados pela inércia do Estado e da sociedade – a falta de segurança, educação, saúde, saneamento –, parece não ser suficientemente relevante para sensibilizar a opinião pública. Quase como se ignorar os direitos de quem se encontra em condições de pobreza e violência fosse algo tolerável numa sociedade moderna!

Garantir serviços de saúde integrais e de qualidade para o alarmante número de pessoas excluídas do acesso à saúde no país não significa, está claro, resolver todos seus problemas, mas pelo menos concretiza um direito garantido pela Constituição e representa um passo à frente rumo à plena cidadania.

Desde a perspectiva da implementação, há consenso em nível planetário que, para alcançar a universalidade da atenção, a estratégia mais efetiva é o fortalecimento da APS. Vários estudos demonstraram o impacto, no Brasil, do aumento da cobertura da ESF não apenas sobre inúmeros indicadores de saúde, mas também sobre a eficiência operativa dos serviços, economizando os gastos por internações e procedimentos relacionados a problemas que podem ser resolvidos na APS, tornando mais eficiente e eficaz a atenção de média e alta complexidade.

Dado esse contexto, é lícito se perguntar por que, apesar de estar escrito na Constituição e nas Leis Orgânicas e das inúmeras evidências do impacto de soluções como a ESF, a universalização ainda não aconteceu no país? Para tentar responder, é importante ter como parâmetro o volume dos investimentos que seriam necessários para alcançar 100% de cobertura da ESF. De acordo com as estimativas do estudo IEPS citado anteriormente, a extensão dessa estratégia para toda a população (25,6 mil novas equipes) demandaria um custeio anual de 22,9 bilhões de reais para a contratação de profissionais, mais um investimento de 11,2 bilhões de reais para as novas estruturas e instalações (16 mil novas Unidades Básicas de

I A referência é o Piso de Atenção Básica (PAB), modelo inovador de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) criado em 1998 pelo Ministério da Saúde.

II Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Estimativa de recursos necessários para ampliação da Estratégia Saúde da Família [internet]. Estudo institucional. nov. 2023;8:1-43 [acessado em 9 ago 2023]. <https://ieps.org.br/estudo-institucional-08/>

Saúde – UBS). E, para cobrir apenas os *SUS exclusivos*, seriam necessárias 13,2 mil novas equipes, demandando 11,6 bilhões de reais em custeio anual; mais uma demanda de investimentos de 6,1 bilhões de reais para as novas UBS. Com esses dados em mão, aprecia-se que a primeira opção (100% e cobertura) significaria mais do que dobrar a média do orçamento federal anual para APS na última década.

A segunda opção (cobertura de todas as pessoas *SUS exclusivas*), apesar de não cumprir plenamente o mandato constitucional, responderia às urgentes necessidades da população excluída do acesso. Essa segunda opção resulta bem menos onerosa, mas ainda relevante. Um investimento desse porte vai precisar de uma forte pressão popular e da mídia para conseguir sustentabilidade política.

Vale destacar que a proposta de mais recursos públicos para o SUS encontra resistência no Brasil também pelo fato de que o gasto total em saúde já está alto, em torno de 9% do Produto Interno Bruto (PIB), dentro da média dos países mais industrializados, como os da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Esse resultado deve-se à anomalia brasileira do excessivo gasto privado em saúde, que – entre planos e gastos diretos dos usuários – consome aproximadamente 60% do total. Ressaltamos que na maioria dos países com sistemas de saúde universal (como Canadá, Reino Unido e Itália) o gasto público representa cerca de 70%-80% do total, ou seja, mais ou menos o dobro da porção que se investe no Brasil. É por isso que os sistemas desses países conseguem atender praticamente toda sua população, enquanto aqui isso ainda não foi alcançado.

Outro obstáculo ao maior financiamento público da saúde no país é representado pela narrativa que desenha o SUS como uma entidade estruturalmente ineficiente e incapaz de uma boa gestão dos serviços. Na verdade, os dados oficiais mostram que com menos de 40% do gasto total em saúde o SUS proporciona assistência a 150 milhões de pessoas, além dos serviços de saúde pública e outros (vigilância sanitária e epidemiológica, vacinas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu, transplantes etc.) que protegem a

totalidade da população. As operadoras de planos de saúde dispõem de um valor muito parecido ao do SUS para atender 50 milhões de pessoas afiliadas (ou seja, apenas a um terço das atendidas pelo SUS), com um rol de serviços exclusivamente de cunho assistencial e claramente delimitado pelo seguro ou plano^{III}. A partir de um quadro desse, honestamente fica difícil tachar o sistema público de ineficiente. O fato é que, na atual conjuntura, o hipertrófico gasto privado em saúde representa uma barreira que limita as possibilidades de incrementar o gasto público.

A narrativa que enxerga o SUS como projeto utópico e destinado ao fracasso é muito presente em vários setores da sociedade brasileira, que se baseiam na teoria do *Estado leve* para negar mais recursos aos órgãos do setor público, considerados corpulentos demais. Porém, quem olha os dados oficiais descobre que, no Brasil, onde existe uma grande porção de pessoas que dependem dos serviços públicos para a sua sobrevivência, a proporção de trabalhadores do setor público em relação ao total de trabalhadores é menor do que a de muitos países capitalistas, como os Estados Unidos. Mesmo sem fazer muito sentido na realidade brasileira, contudo, o mito do *Estado leve*, de alguma forma, proporcionou combustível ao movimento em prol da austeridade fiscal, que em 2016 levou à aprovação da Emenda Constitucional n. 95, com efeitos catastróficos sobre o acesso aos serviços sociais por parte dos grupos mais desfavorecidos, efeitos ainda difíceis de mensurar pela desarticulação causada pela quase simultânea chegada da pandemia.

O impacto negativo dessas medidas durante a crise econômica, junto com os efeitos diretos e indiretos da pandemia, causou a piora de alguns indicadores básicos de saúde populacional. O mais alarmante é o caso da mortalidade materna: em 2021 foi registrada uma taxa de 107,53 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que significou quase o dobro de mortes registradas em 2019 (55,31 por 100 mil)^{IV}.

III Vale lembrar que, depois dos lucros recordes em 2020 e 2021, os planos sofreram perdas econômicas em 2022.

IV Vale lembrar que a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 2030) é de 30 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Será muito difícil para o Brasil alcançar essa meta sem um esforço extraordinário para ampliar o acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade.

As taxas de cobertura vacinal também sofreram quedas preocupantes nos últimos quatro anos.

Como resultado, na era pós-pandemia nos encontramos com o SUS ainda de pé, embora enfraquecido, em algumas localidades quase exausto, ao mesmo tempo em que as condições de saúde populacional andam se deteriorando praticamente em todo o país. A piorar a situação, a crise da covid-19 causou sérios represamentos de serviços de saúde (cirurgias eletivas, radio e quimioterapia, procedimentos diagnósticos etc.), fenômeno que está atualmente causando um excesso de demanda ao SUS. Sem falar da “covid longa” ou do

que poderá vir no futuro. Mais motivos para fortalecer o SUS e, de preferência, de fazê-lo agora.

Universalizar a ESF é uma tarefa prioritária e deve ser o principal objetivo do SUS no curto prazo. O número dos excluídos do acesso é enorme e intolerável. A sociedade precisa ser mobilizada para que sejam encontradas soluções inovadoras que consigam ampliar os recursos para o SUS, sem alterar os delicados equilíbrios econômicos e sociais do Brasil. Conseguir isso significa dar um passo gigantesco para reduzir as desigualdades que afetam toda a sociedade brasileira e atrasam o desenvolvimento do país.