

Élida Graziane: Piso é ponto de partida para aprimorar saúde pública

Nesta quinta-feira (19/10) o plenário do Supremo Tribunal Federal aprecia a ADI 5.595, onde se debate a possibilidade de haver retrocesso na garantia de financiamento mínimo das ações e serviços públicos de saúde, à luz dos artigos 2º e 3º da Emenda 86/2015.

É a primeira vez que o assunto é pautado no núcleo da agenda decisória do STF, muito embora seja historicamente reconhecido e denunciado o subfinanciamento do nosso Sistema Único de Saúde.

Se tivéssemos implementado, de fato, os ditames da Constituição de 1988, desde sua redação originária, a política pública de saúde contaria hoje com uma proporção estável e mais equitativa do Orçamento da Seguridade Social (à luz do artigo 55 do ADCT). Isso equivaleria a mais do que dobrar o atual orçamento do Ministério da Saúde. Tampouco podemos nos esquecer dos desmandos havidos em relação à CPMF e à perenização, desde 1994, da alegada medida “transitória e excepcional” de desvinculação de receitas da União.

Nosso nível de gasto público em saúde é tão iníquo e insuficiente — a despeito de haver falhas de gestão que reclamam, sim, correção e controle — que corresponde a apenas 1/4 do nível de recursos destinados à assistência privada em saúde no Brasil. Para se ter uma ideia do tamanho do problema, o SUS conta com apenas cerca de 46% dos gastos totais em saúde no país para atender a todos os 200 milhões de brasileiros, enquanto os outros 54% são destinados a planos de saúde e gastos privados no setor para cobrir cerca de 50 milhões de pessoas.

Ora, precisamos nos concentrar em prevenir e promover a saúde, ao invés de priorizarmos tanto e quase exclusivamente a sua recuperação em, por vezes, caríssimos atendimentos referidos à assistência hospitalar e farmacêutica. Mas para isso é necessário assegurar fonte estável e progressiva de custeio, em prol da expansão da resolutividade da atenção básica em saúde e da vigilância sanitária.

Se nós adotamos, há quase três décadas, um modelo de saúde pública de acesso universal em nosso pacto constitucional, certamente não foi para desconstruí-lo paulatinamente, como se nos deixássemos capturar por uma rota de fomento ao adoecimento para majorar o lucrativo mercado da assistência hospitalar e farmacêutica.

É dessa opção constitucional que a ADI 5.595 se ocupa, quando a cautelar já concedida pelo ministro Ricardo Lewandowski afirma a existência do dever de progressividade no custeio do direito fundamental à saúde.

O Plenário do STF é chamado agora a responder se a política pública de saúde reclama piso de gasto governamental que lhe permita buscar, por exemplo, a ampliação da cobertura vacinal e o acompanhamento permanente e pedagógico das famílias. Ou se podemos aceitar como válidas medidas que burlam contabilmente o dever de gasto governamental mínimo para nos empurrar, de vez, para um modelo que histórica e estruturalmente descuida do básico, para vender soluções ditas acessíveis na expectativa de tratar ou remediar a doença já instalada.

O SUS se inspira na trajetória de países como a Inglaterra, o Canadá e a França, onde o serviço público prima pela busca de resolutividade da atenção básica em cerca de 80% das demandas da população. Em tempos de tamanhas desigualdade e crise fiscal, não é racional — em um país tão pobre como o Brasil — caminharmos para um modelo como o norte-americano, onde a fronteira do gasto privado parece não encontrar limites, sobretudo ao se ocupar de medidas paliativas e recuperativas.

Piso de custeio, ao invés de porões falseados, é ponto de partida para o aprimoramento da saúde pública em nosso país, sem a qual o direito a viver dignamente tende a prosseguir perecendo na porta dos hospitais, sejam eles estatais ou não.

Date Created

19/10/2017