

Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras

PAULO HILÁRIO NASCIMENTO SALDIVA^I

e MARIANA VERAS^{II}

Introdução

QUANDO recebemos o convite do professor Alfredo Bosi para avaliar criticamente o dispêndio público destinado para a saúde no Brasil para a revista do Instituto de Estudos Avançados da USP, foi necessário fazermos algumas reflexões antes de nos atrevermos a aceitar essa honrosa incumbência. Somos patologistas experimentais, afeitos aos trabalhos de laboratório e, portanto, não militamos na área da Saúde Coletiva. É importante ressaltar que há muitos pesquisadores que se dedicam especificamente ao estudo de políticas de financiamento da saúde pública no Brasil, enquanto nós, simples cientistas, estudamos apenas as consequências das falhas do sistema de saúde do Brasil em nosso ambiente de estudo, seja na mesa de autópsias, seja através de estudos nas causas ambientais que afligem os brasileiros. Podemos garantir que, apesar dos marcantes avanços de nosso sistema de saúde pública, hoje sintetizado em apenas três letras – SUS –, há ainda um grande caminho a percorrer para prover as condições de preservar a saúde da população de nosso país. Mesmo em São Paulo, nosso ambiente de pesquisas, verificamos que uma significativa porção de nossos óbitos ocorre por falta de prevenção das doenças e assistência adequada quando de sua instalação. Ousamos então escrever este artigo, pois imaginamos que, por sermos estranhos à área, poderíamos trazer aos leitores uma perspectiva diferente da questão do financiamento da saúde pública no Brasil. Vale a pena ressaltar que, pelo pleno entendimento de nossas limitações, os estudos feitos pelos profissionais e pesquisadores que estudam o SUS serão referenciados ao longo deste artigo. Esperamos sinceramente com o presente texto abordar de maneira leve e despretensiosa as perspectivas atuais e futuras da saúde no Brasil.

Qual a situação atual da saúde pública no Brasil?

Partimos da premissa que o Brasil necessita de um sistema público unificado de saúde e que o princípio liberal de privatizar serviços não é a melhor alternativa para a maior parte da população de nosso país. É evidente que há instituições privadas de saúde que apresentam níveis de excelência excepcionais, mas o acesso ainda se restringe a uma minoria da população. Primeiramente,

a saúde é universo muito maior do que excelentes hospitais terciários. Mesmo esses possuem em seus quadros profissionais formados nos hospitais públicos, o que implica a necessidade de manutenção da excelência nos dois sistemas. Não podemos deixar de salientar que a maior parte dos programas de residência médica pertence a instituições públicas (Scheffer, 2015).

Outro aspecto que justifica a opção pelo foco deste texto na proposição de melhorias e consolidação do SUS é o elenco de soluções inovadoras e efetivas conquistadas pela saúde brasileira e que somente foram possíveis pela existência do sistema público de saúde. São conquistas do SUS e exemplos para o mundo, o nosso sistema nacional de transplantes, o sistema de hemocentros, o resgate de emergências e atendimento pré-hospitalar em situações de acidentes, o tratamento da Sida (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids), a distribuição de medicamentos para o controle de doenças crônicas não transmissíveis (como hipertensão e diabetes), os sistemas de vacinação capazes de imunizar milhões de brasileiros em apenas um final de semana, a produção nacional de vacinas para as doenças negligenciadas ou emergentes, bem como a expansão do programa saúde da família.¹ E como consequência dessas ações do SUS, os indicadores de saúde melhoram expressiva e substancialmente em comparação a outras áreas, tais como economia, educação, habitação e segurança pública. Entre os indicadores de saúde destacamos o aumento contínuo da expectativa de vida ao nascer, a redução das taxas de mortalidade infantil e da mortalidade materna (Victora et al., 2011; IBGE, 2018).

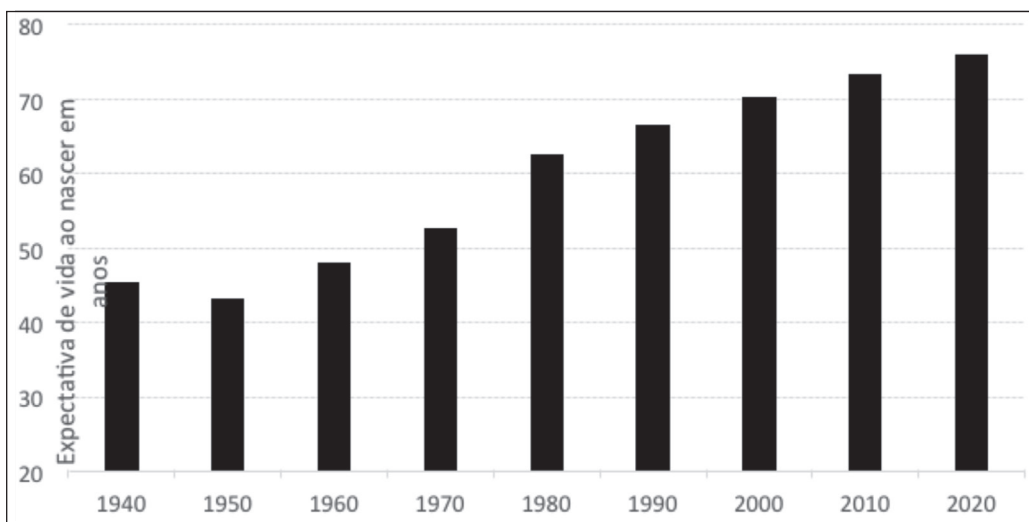
Vejamos, por exemplo, a variação de expectativa de vida ao nascer dos brasileiros nas últimas décadas, como apresentada na Figura 1.

Como se pode depreender da Figura 1, o Brasil teve um notável aumento da expectativa de vida ao nascer nos últimos 50 anos, fruto da melhoria das condições de saneamento, do progresso da tecnologia médica e da existência de um sistema unificado de saúde – o SUS – que permitiu a expansão da imunização, melhor controle das doenças crônicas não transmissíveis e notável redução dos coeficientes de mortalidade infantil, frutos da expansão da assistência pré-natal e cuidados perinatais (Figura 2).

O Brasil está colocado entre os países do mundo que mais aumentaram a expectativa de vida ao nascer e reduziram a mortalidade infantil e, seguramente, o SUS contribuiu muito para tais conquistas. Foi, portanto, a existência de um sistema unificado, gratuito e organizado que propiciou que mais brasileiros tivessem oportunidades de sobreviver ao primeiro ano de vida e viver por maior tempo.

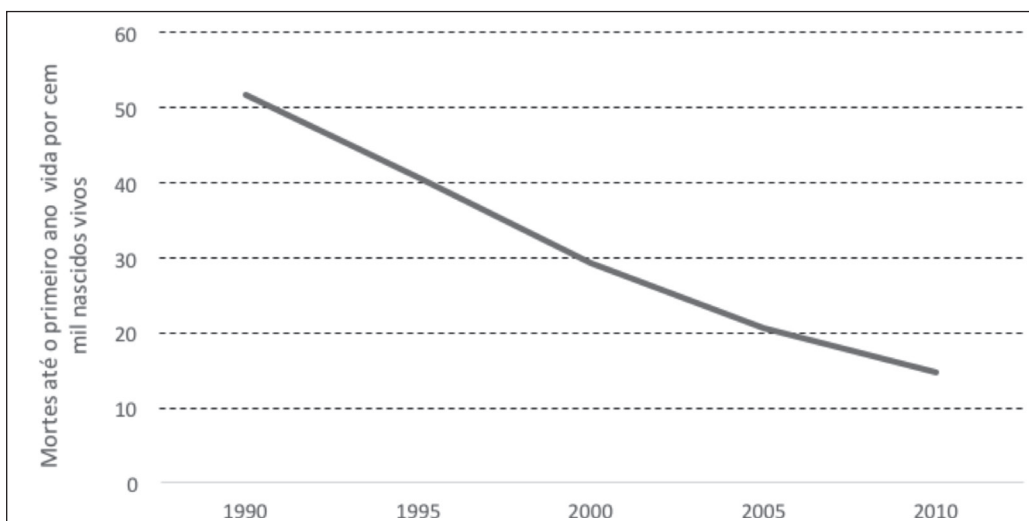
Antes da existência do SUS, a situação era bastante diversa, pois o acesso à saúde era possível por três vias: o pagamento pelo serviço particular/Inamps, os sistemas de assistência à saúde desenvolvidos por trabalhadores sindicalizados ou pelos sistemas que podemos designar como misericordiosos (Santas Casas, Hospitais-Escola ou entidades de caridade). Os dois primeiros acessos – a assis-

tência privada ou sindicalizada – proviam serviços para uma pequena parcela da população, enquanto a maior parte dos brasileiros (estimada em cerca de 80% ou mais) dependia da misericórdia ou do seu próprio destino. O SUS, fruto da Constituição de 1988, nasceu com a finalidade de reduzir as desigualdades de acesso à saúde e promover a melhoria das condições de vida de nossa população. Foi uma pena, no entanto, que um princípio moral plenamente válido – a igualdade de acesso à saúde – não tivesse sido acompanhado de sistemas para garantir o seu financiamento, como veremos a seguir.



Fonte: IBGE (2018).

Figura 1 – Variação da expectativa de vida ao nascer dos brasileiros, a partir da década e 1940 e sua projeção para 2020.



Fonte: IBGE (2018).

Figura 2 – Variação no tempo do coeficiente de mortalidade infantil no Brasil – mortes até um ano de vida por 100 mil nascidos vivos.

O financiamento da saúde pública no Brasil

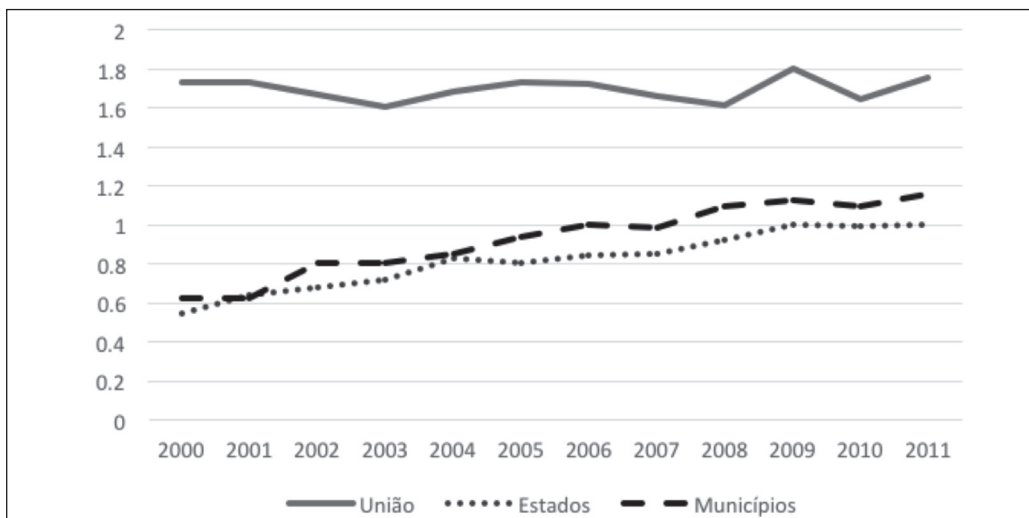
As mazelas do financiamento do sistema de saúde no Brasil são explicadas por diferentes fatores. Primeiramente, é preciso ressaltar que os recursos destinados à saúde no Brasil, embora não ideais, não diferem de países que lograram obter melhor assistência à população do que aquela que hoje, em média, é fornecida aos brasileiros (Piola et al., 2013). Presentemente, o financiamento à saúde no Brasil vem oscilando nos últimos anos ao redor de 8% do PIB. À guisa de comparação, países que oferecem acesso universal à saúde de boa qualidade despendem recursos pouco superiores aos do Brasil, como o Canadá (10,4% do PIB) e o Reino Unido (9,9% do PIB) (Piola et al., 2013b; Giovanella; Stegmüller, 2014). Uma leitura simples pode indicar que haja ineficiência dos gastos e não um problema de subfinanciamento em nosso caso.

No entanto, uma análise mais detalhada indica que o cenário é um pouco mais complexo. Por exemplo, gastar maiores frações do PIB com financiamento do sistema de saúde não significa melhores condições de saúde para a população. Os cinco países que mais gastam proporcionalmente com saúde são (dados de 2015, OMS²), por ordem decrescente, Libéria (15,2% do PIB), Serra Leoa (18,3% do PIB), Estados Unidos da América (16,8% do PIB), Tuvalu (15% do PIB) e Ilhas Marshall (22,1% do PIB). Mesmo com as expressivas proporções de dispêndio em saúde em relação ao total de riquezas produzidas pelos países acima mencionados, não seria temerário afirmar que nenhum deles possui equidade de acesso à saúde comparável às do Canadá e do Reino Unido, que gastam muito menos para o mesmo fim. Os países mais pobres da relação acima apresentam problemas de saúde tão graves que fazem que os recursos alocados sejam insuficientes, ao passo que os Estados Unidos, por optarem por um sistema predominantemente mercantilista, excluem dos recursos alocados aqueles menos favorecidos.

O conjunto de informações acima indica que a solução para o adequado funcionamento do sistema de saúde de um país depende de dois fatores: financiamento suficiente e gestão adequada dos recursos obtidos. O Brasil precisa melhorar nesses dois quesitos.

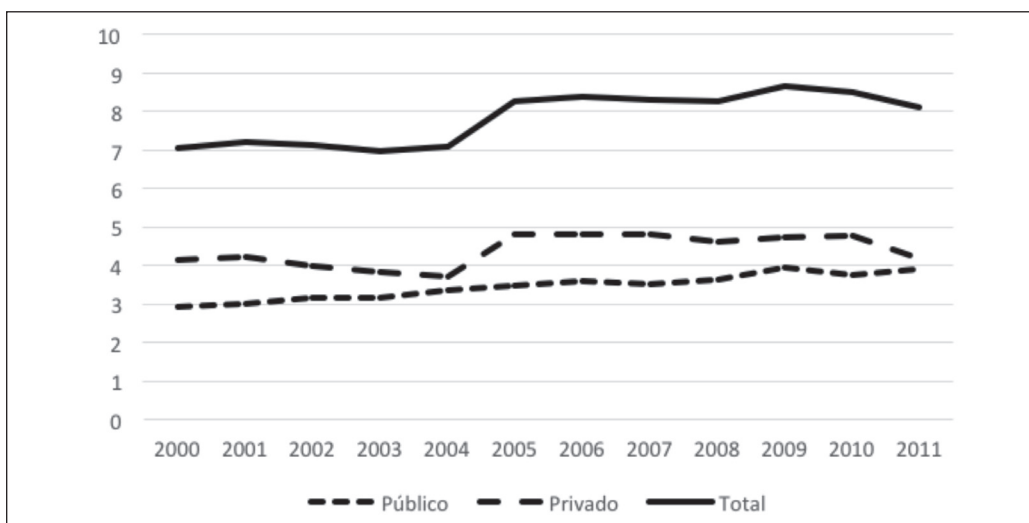
A Figura 3 mostra a evolução temporal da contribuição relativa dos entes federativos – união, estados e municípios – para o custeio da saúde no Brasil, deixando claro que, embora a maior parte dos governos federais indique o financiamento da saúde como tema prioritário em seus mandatos (especialmente no período eleitoral), o que se observa é que efetivamente há um repasse dos custos progressivo para os estados e municípios, estes últimos o elo fraco da divisão tributária vigente (Scheffer; Bahia, 2014).

Outro aspecto importante a ressaltar é que o Brasil investe a maior parte de seus recursos em saúde no sistema de saúde privado, como demonstrado na Figura 4.



Fonte: IBGE (2018).

Figura 3 – Representação gráfica da contribuição relativa da contribuição dos orçamentos federal, estadual e municipal para o custeio da saúde no Brasil, sendo esses expressos em termos de porcentagem do PIB.



Fonte: IBGE (2018).

Figura 4 – Variação temporal da contribuição relativa ao PIB dos sistemas público e privado para o custeio de saúde do Brasil.

Como se vê na Figura 4, o Brasil mantém, ao longo do tempo, o financiamento de saúde centrado predominantemente no sistema privado de saúde, ao qual têm acesso cerca de 23% da população. A situação acima exposta é ainda mais preocupante, pois a cobertura à qual têm acesso os 23% da população que pagam por isso é bastante desigual. Nos últimos anos, há um incentivo federal para a criação de planos de saúde mais populares, com menor cobertura para

doenças mais graves. Em outras palavras, os planos de saúde, incentivados pelo governo, cobrem as doenças de menor custo. Uma vez que ocorra uma intercorrência mais grave, como uma neoplasia ou a necessidade de um transplante, a cobertura dos planos provados mais simples não acontece, onerando o SUS, o qual, por sua vez, não é ressarcido. Esse sistema visa favorecer o capital privado em detrimento do sistema público. Resumindo, vários atores obtêm vantagens e somente um perde, perde a maior parte da população brasileira, aquela situada nos estratos inferiores de renda familiar (Ocké-Reis, 2007; Bahia, 2008, 2017).

A fração da contribuição do sistema público para o custeio da saúde – atualmente em pouco menos de 50% do PIB – contrasta com aquela presente nos países que têm sistemas eficientes de saúde com acesso universal, como Reino Unido (94,2%), Suécia (84%) e França (81%), e aproxima-se daquela observada nos Estados Unidos da América (47%), onde a opção foi privilegiar o sistema privado, séries históricas sobre esses dados podem ser obtidas na página da Organização Mundial da Saúde.³ Em outras palavras, as ações praticadas no Brasil parecem indicar que o país não acredita mais no SUS e articula um processo de terceirização dissimulada rumo à privatização. Em um cenário como o nosso, onde desigualdades econômicas e sociais são marcantes, vislumbram-se no futuro graves consequências para o acesso à saúde de nosso povo diante de ações com estas características.

Outros pontos que vão além do subfinanciamento público da saúde

A atenção primária à saúde é o atendimento inicial, cujo principal objetivo é a prevenção de doenças, tratamento de agravos simples e o direcionamento de casos graves para outros níveis de complexidade. Assim, cabe à atenção primária o dever de atender e resolver grande parte dos problemas de saúde da população, além de organizar o fluxo de serviços na rede de saúde. Diferentes programas de atenção primária à saúde estão em vigência no Brasil.⁴ O programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) é hoje o principal e mais efetivo modelo de atenção básica e com cobertura da população brasileira em torno de 60% em 2016.⁵ Nas Unidades Básicas de Saúde atuam Equipes de Saúde da Família que oferecem atenção curativa e preventiva (consultas, exames menos complexos, vacinação etc.) para a população residente em um determinado território delimitado de acordo com regiões de saúde (espaço geográfico contínuo, instituído pelo Estado, em articulação com os municípios, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de transportes). A Região de Saúde deve ofertar serviços desde a atenção primária até a atenção ambulatorial e hospitalar, incluindo serviços de vigilância em saúde. De modo geral, é no nível de atenção secundária, em Unidades de Pronto-Atendimento, Hospitais-Escola e Hospitais secundários, que são realizados os procedimentos de média complexidade e/ou especializados. Para ser atendido nesse nível, os pacientes necessitam ser encami-

nhados pelos serviços de atenção básica. Hospitais de Grande Porte ou de alta complexidade caracterizam o terceiro nível da hierarquia do sistema de saúde.

Além da organização do sistema, compete ao SUS o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos, deve considerar os problemas específicos de cada região e deve induzir políticas para a iniciativa privada de forma a também complementar lacunas do SUS. Com base nas demandas dos Conselhos de Saúde, o planejamento de saúde deve compatibilizar as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros de forma ascendente e integrada, do nível local até o federal. Além das Ações e Serviços de Saúde, a integralidade da assistência à saúde inclui ainda a relação de medicamentos essenciais que podem ser usados no SUS.

A articulação interfederativa é regulamentada pelo Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde. O contrato deve identificar necessidades de saúde locais e regionais, metas (e seu respectivo controle e fiscalização), bem como responsabilidades dos entes federativos. Embora a concepção geral do sistema seja plenamente correta, enfrenta inúmeros desafios na prática, muitos já descritos na literatura, que resultam num sistema heterogêneo, com marcadas desigualdades ao longo do país (Santos, 2013). O sistema é incompleto, desfalcado e com extensão limitada. Um dos principais entraves é a não priorização da agenda da saúde pelos prefeitos, a falta de compromisso e o baixo financiamento generalizado no nível das prefeituras compromete toda estrutura do sistema de saúde, prejudicando particularmente a cobertura da assistência. Não é incomum que prefeituras menores desconsiderem a assistência básica e foquem na contratação de ambulâncias para transportar seus pacientes para serviços da região. Outra questão relevante é a operacionalização de um sistema em um extenso território e de perfil socioeconômico heterogêneo como o Brasil. A qualificação e o tamanho das equipes de saúde são variados, bem como a disponibilidade de medicamentos e insumos básicos. A operacionalidade de algumas Regiões de Saúde é dificultada por questões de acesso, sejam eles físicos, logísticos, seja pela ocupação do território pela criminalidade (Fundação Oswaldo Cruz, 2012; Santos; Campos, 2015).

O fluxo de pacientes entre a atenção básica e níveis mais elevados deve merecer especial atenção para que os brasileiros tenham mais saúde. Ao contrário do planejado, frequentemente os pacientes que chegam às Unidades Básicas de Saúde (UBS) são prontamente encaminhados para serviços mais complexos, seja por inabilidade, seja pela ausência de equipe completa e especializada – notadamente o médico generalista –, seja por falta de infraestrutura. Muitas vezes o próprio paciente procura diretamente prontos-socorros e hospitais contribuindo para a superlotação desses serviços. Uma vez nos níveis mais complexos, dificilmente o paciente crônico é reencaminhado à atenção básica e realiza seu tratamento por completo no sistema secundário durante longo período, uma contribuição adicional para a superlotação da atenção secundária.

Os problemas de fluxo podem ser exemplificados pelo descompasso entre a realização de exames e consultas médicas e cirurgias, ou recentemente, como divulgado amplamente pela mídia, a falta de vacinas disponíveis para atender à demanda que emergiu ante os casos urbanos de febre amarela intensificados em 2018.

Outro exemplo recente e muito divulgado pela imprensa foi a promessa da prefeitura do município de São Paulo em zerar a fila para realização de exames na cidade de São Paulo mediante uma iniciativa chamada “Corujão da Saúde”. De fato, muitos exames foram realizados, porém a falta de articulação do sistema de saúde acabou por gerar enormes custos sem que o problema fosse resolvido. Até hoje uma grande parte dos usuários estão em filas aguardando a realização das consultas com especialistas.

Problemas de fluxo são interpretados pelo usuário como ineficiência e o induzem a não procurar diretamente a assistência básica. Por fim a desorganização do sistema de saúde impacta o perfil de adoecimento no Brasil e aumenta os gastos no setor, como exemplificado pelas elevadas taxas de diagnóstico de câncer em estágio avançado. Isso ocorre porque o paciente percorre um longo percurso até acessar o centro especializado e ser diagnosticado, demandando um serviço de custo muito superior ao custo dos tratamentos da atenção básica. O problema se reproduz também na assistência por planos de saúde, onde a atenção básica é praticamente inexistente e o usuário frequentemente procura diretamente um hospital independente da gravidade de seus sintomas. Ou, de forma alternativa, o usuário procura o hospital após dificuldades de agendamento com o especialista e exames relacionados.

É importante também aprimorar a gestão e regulação dos alternativos de gestão de serviços públicos de saúde traz consigo a privatização e transferências de responsabilidades para o setor privado (Bahia, 2008). Uma tentativa para resolver parte dos problemas de organização e gestão do sistema de saúde brasileiro é o modelo de gestão através de Organizações Sociais de Saúde (OSS). Esse modelo substitui em todo o país o modelo tradicional anterior, onde os serviços públicos eram geridos somente pelo Estado (Carneiro; Elias, 2003). Na prática, esse modelo também tem apresentado problemas. Por exemplo, só no estado de São Paulo há mais de trinta OSS em operação, cada qual com sistemas próprios de gestão, incluindo remuneração profissional diferente para um mesmo tipo de serviço. Apesar de mecanismos estatais de controle das OSS, como a obrigatoriedade de publicação anual de suas contas no *Diário Oficial do Estado* e auditorias, é difícil gerir e uniformizar o atendimento de saúde das OSS. Tanta variabilidade tem contribuído para desigualdade no acesso e qualidade no atendimento.

Uma outra forma de gestão existente em nosso país são as Parcerias Público-Privadas (PPP), vistas como estratégias inovadora, são baseadas em contratos e licitações que visam metas e resultados, no entanto a premissa é que as relações

devem ser baseadas em confiança e benefícios mútuos (Almeida, 2017). São três aspectos da PPP que o tornam distintas das demais: os parceiros possuem diferentes metas e distintas estratégias; os produtos, como serviços prestados, são para benefício de terceiros, seja ele o Estado, a sociedade, seja o usuário de um serviço de saúde; sua proposta é para atuação por períodos longos (Almeida, 2017). As PPP em visão nacional e global são um mecanismo essencial para a implementação de políticas sociais. No Brasil, em um intervalo de quatro anos, cerca de cinquenta PPP foram identificadas, preferencialmente nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Essa implementação requer que o setor público se articule com o privado, e vice-versa (Almeida, 2017), e, talvez, seja uma forma de contribuir para a melhoria do sistema.

A escassez de profissionais da saúde é um problema a ser discutido de forma profunda e competente. A razão entre médicos por habitantes é de 1:3.000, sendo as regiões Norte e Nordeste com as condições mais precárias (Dal Poz, 2013; Dal Poz et al., 2013). Diante de tal fato, relações mais produtivas entre o sistema de saúde e instituições de ensino superior precisam ser organizadas e implantadas, buscando profissionais qualificados e em quantidade suficiente para suprir, com qualidade, a população. A complexidade do atendimento em saúde requer a diversidade de profissionais, onde médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos representam o grupo de sustentação à atenção à saúde. O Brasil possui milhares de instituições formadoras de profissionais da saúde, o que acarreta necessariamente na imperiosa necessidade de criar mecanismos de controle da competência dos egressos. Foi-se o tempo de contestar a existência de algumas dessas instituições no tocante à sua qualidade, pois é pouco provável que essas sejam fechadas (Scheffer; Dal Poz, 2015). Na falta de acesso à residência médica, profissionais formados não qualificados irão procurar atuar na rede primária por algum tempo. Assim, o momento é de apoiar e complementar a formação desses profissionais, mediante a expansão do programa de formação continuada em serviço.

Profissionais com formação sem qualidade fazem mal à saúde dos brasileiros, notadamente quando esses estão operando nos níveis da atenção primária e secundária. A perda de capacidade de resolver as principais demandas de saúde nesses níveis de atenção sobrecarrega o nível de atenção terciária, encarece o tratamento pela solicitação de exames desnecessários, e, principalmente, prejudica o paciente pela demora na resolução dos seus problemas. Essa demora, em muitos casos, faz que o quadro apresentado possa evoluir, comprometendo por vezes a possibilidade de cura. É interessante observar que mesmo com o grande contingente de formados, o problema de desigualdade na distribuição dos profissionais pelo país persiste (Scheffer; Dal Poz, 2015). Nesse cenário, talvez seja oportuno criar uma carreira específica para os profissionais da saúde, de forma a dar condições de alocação de profissionais competentes nas áreas carentes, à semelhança do que ocorre no Judiciário.

Considerações finais

As seções anteriores deste artigo apresentaram alguns aspectos básicos sobre o funcionamento do sistema de saúde do Brasil. Os desafios fundamentais a serem enfrentados, quando se objetiva alcançar um patamar mais eficiente de atenção à saúde, podem ser resumidos em quatro aspectos centrais: financiamento, gestão, acesso e qualificação dos profissionais. Para a melhoria desses pontos, são necessárias políticas consistentes e contínuas. Como as políticas devem, no melhor dos mundos, seguir os princípios gerais do bem comum, passaremos agora a discutir os princípios que, no entendimento dos autores, deveriam ser objeto de discussão pela sociedade.

O primeiro deles é que o Brasil necessita de um sistema público unificado de saúde. Como mencionado anteriormente, privatizar não irá resolver o problema da saúde em nosso país. A saúde brasileira precisa muito mais do que apenas hospitais terciários bem equipados e métodos de diagnóstico de ponta; a garantia de saúde depende principalmente de ações efetivas de prevenção, promoção e acesso a informação seguidas pelo acesso aos serviços de saúde de qualidade, boa alimentação, moradia adequada, saneamento e segurança.

A questão do custeio do sistema deve merecer atenção central do governo. Atualmente uma consulta é remunerada pelo SUS em 10 reais para médicos e pouco mais de 6 reais para as demais profissões da área da saúde. Uma cesárea remunera a equipe em 75 reais. Outros valores podem ser consultados no sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos e medicamentos e OPM do SUS.⁶ A má remuneração leva a um atendimento de pior qualidade, com consultas que por vezes não ultrapassam poucos minutos. Não é possível em minutos ouvir um ser humano doente ou sequer examiná-lo mesmo que superficialmente. Para fazer que a tabela de procedimentos médicos seja corrigida, é necessário dispor de recursos adicionais. Como, no atual modelo, a atenção primária e secundária fica predominantemente por conta dos municípios e estados, recaem sobre a parte menos favorecida na repartição das receitas tributárias (especialmente os municípios) os custos da saúde da população local. Além disso, grande parte dos municípios brasileiros, notadamente os de pequeno porte, carece de quadro técnico para a melhoria da gestão do sistema de saúde local visando a redução de custos. Nesse cenário, ao invés de implementar um sistema de atendimento é bem mais fácil comprar uma ambulância, em geral com o nome do prefeito estampado nas laterais, e enviar os necessitados a outros municípios maiores, superlotando o sistema dos últimos. Assim, as soluções encontradas colocam tanto o paciente quanto o sistema em uma situação de risco. Uma sugestão para reduzir esse problema seria aprimorar o treinamento dos gestores locais, por meio de cursos presenciais ou mesmo à distância.

Mas o treinamento dos gestores locais, por si só, não é suficiente. Muitos dos municípios localizados em regiões mais remotas ou mesmo em zonas periféricas das grandes cidades não conseguem fixar os profissionais de saúde na aten-

ção básica. Como visto acima, a melhoria da resolutividade na atenção básica é condição absolutamente necessária para reduzir os custos do sistema, bem como para organizar o fluxo dos pacientes, reservando o acesso aos níveis de atenção de maior complexidade para aqueles que realmente dele necessitam. Para tal, seria oportuno discutir então uma carreira de Estado para os profissionais de saúde da atenção básica, especialmente para as áreas onde exista carência de profissionais.

O programa Mais Médicos foi uma tentativa nesse sentido e poderia ser aprimorado. Por exemplo, talvez a atenção básica devesse, pelo menos em algumas regiões do Brasil, ter um profissional contratado diretamente pelo SUS e não pelas prefeituras. Além disso, principalmente nas regiões menos favorecidas, é necessário um acesso a uma rede de Telemedicina de maneira que o médico generalista da atenção primária pudesse ter uma segunda opinião de especialistas, melhorando assim a capacidade de resolução ante o caso e, dessa forma, agilizando os procedimentos e beneficiando tanto a resolutividade do sistema e, principalmente, a saúde da população.

Ainda na área de novas tecnologias de saúde, o profissional que está na ponta do sistema deve receber formação continuada e apoio. Parcerias consistentes e entre as universidades e o SUS, com fortalecimento do UMA-SUS (Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde) e sua expansão devem ser objeto de contínuo investimento e aprimoramento, ainda mais no contexto atual, onde foi autorizada a abertura de muitas instituições formadoras de profissionais de saúde. Instituída pelo Decreto n.7.385 de 8 de dezembro de 2010 e regulamentado pela Portaria Interministerial n.10 de 11 de julho de 2013 a UMA-SUS é uma rede colaborativa formada por 35 instituições de ensino superior que oferecem cursos a distância, e oferta cursos em 98% dos municípios brasileiros, sendo a maior parte dos profissionais capacitados oriundos da atenção básica

A melhoria da gestão e redução dos custos requer a introdução de tecnologias e a inteligência em saúde para a prevenção das doenças. O Brasil possui bons dados de saúde, mas é necessário melhorar a sua análise. O uso de tecnologia de *big data* e de simulação de sistemas complexos, técnicas frequentemente empregadas em outras áreas do conhecimento, deve ser expandida na área da saúde. Modelos preditivos de epidemias ou surtos de doenças infecciosas, análise de custo efetividade de procedimentos e técnicas de tratamento devem ser objeto de análise contínua, orientando sobre como o sistema deve se organizar para o futuro. Caso esse tipo de análise não seja ampliada e aplicada, sempre estaremos reagindo a um problema em detrimento do planejamento de longo prazo. Precisamos, para cada região, identificar os problemas atuais e prever, na medida do possível, os futuros; conhecer os fatores que contribuem para a situação, definir prioridades de intervenção e estratégias de acordo com o conhecimento e recursos disponíveis com o objetivo maior da melhoria do nível de saúde da população. Os exemplos recentes das doenças transmitidas por vetores mostram a importância do planejamento e da inteligência em ações da saúde. Respostas

a perguntas importantes, como planejar o sistema de atenção para o envelhecimento da população, como prevenir a epidemia de obesidade, como garantir acesso aos tratamentos hoje disponíveis, necessitam de uma análise mais sofisticada e, portanto, é necessário induzir a formação destes profissionais a partir do sistema de pós-graduação do país.

A judicialização da saúde é outro aspecto que precisa ser discutido e abordado de forma clara e transparente de forma a reduzir os custos e melhorar a gestão do sistema. Em poucas palavras, a judicialização é um termo cunhado para exemplificar as manifestações judiciais que obrigam o sistema de saúde a fazer procedimentos ou adquirir remédios para pacientes específicos em virtude da complexidade e altos custos tratamento. A maior parte dos custos da judicialização da saúde (estimados em 1 bilhão de reais em 2015) fica por conta de medicamentos para doenças raras ou não regulamentados pelas autoridades de saúde. No mais das vezes, há boa intenção do juiz, mas há também exemplos de notável despreparo do judiciário. A obrigatoriedade de fornecimento de um medicamento ineficaz (a fosfoetanolamina para o tratamento do câncer) ou exigir, por exemplo, a realização de um transplante de coração em 24 horas (esquecendo-se, por exemplo, de que é necessário haver um doador compatível), mostra que o desconhecimento também permeia muitas dessas decisões. O Brasil precisa tomar uma decisão, seja qual for ela, ante esses pontos. Devemos investir muito em poucos, esquecendo-se que falta o pouco para muitos? Não se pode postergar essa decisão ainda mais.

O Sistema de Saúde deve estar preparado para discutir temas que, embora não sejam de sua alçada direta, demandam recursos substanciais do sistema. O exemplo mais evidente fica por conta de prevenção, assistência e cuidados de reabilitação das vítimas da violência. Nos últimos trinta anos, pouco mais de um milhão de brasileiros morreram assassinados, número duas vezes superior às mortes da guerra civil de Angola que teve aproximadamente a mesma duração. O trânsito, suas dezenas de milhares de mortes anuais e as muitas centenas de incapacitados indicam a magnitude e importância do tema. Falando de outra forma, um código de trânsito leniente e um sistema viário precário oneram a saúde. É interessante que raramente a saúde é chamada para discutir temas como o desarmamento, as leis de trânsito, os limites de velocidade. No entanto, não é possível ignorar a questão da violência no planejamento e custeio da saúde, mostrando que qualquer projeto de governo para a saúde deve necessariamente contemplar o planejamento e custeio do tratamento das vítimas de um Brasil tão violento.

Finalmente, há que considerar a qualificação dos postulantes aos postos mais elevados da hierarquia da saúde do Brasil. Em nosso entendimento, a posição de ministro da Saúde não deveria ser objeto de acordos de coalizção partidária. No Brasil, o ministério da Fazenda raramente é ocupado por pessoas sem qualificação para tal, mostrando que os bancos e as corporações financeiras falam

mais alto aos nossos presidentes do que as dificuldades da saúde da população. O Brasil teve excelentes ministros da Saúde, que honraram o cargo, mas intercalou esses exemplos de sucesso com personagens inexpressivos, efêmeros, que se detiveram a canalizar recursos da saúde para o seu território eleitoral. A taxa de emissão de bobagens, seja por ações, seja por pronunciamentos exarados por esses senhores, chega a ser inacreditável em alguns casos específicos. Certamente, a existência de uma caricatura de ministro da Saúde não ajuda o Brasil a superar os graves problemas que o SUS enfrenta. Portanto, seria oportuno que os candidatos a presidente do Brasil sinalizem com antecedência o perfil de quem indicarão para o posto, assim como o fazem para a área econômica. O Brasil não suportará mais incompetentes na saúde.

Notas

1 Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas>>.

2 Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEGDPSHA2011>>.

3 Disponível em: <http://www.who.int/health_financing/topics/resource-tracking/new-perspectives/en/>.

4 Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas>>.

5 Disponível em: <<http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/analises/1/>>.

6 Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>.

Referências

ALMEIDA, C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cad Saúde Pública*. v.33 Sup.2, 2017. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csp/2017.v33suppl2/e00197316/pt>>.

BAHIA L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Cien Saude Colet*, v.13, n.5, p.1385-1397, 2008.

_____. O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições. *Futuros do Brasil*. Ideias para ação. CEE Fiocruz 2017. Acessível em: <http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_ligiabahia_osuseosetorprivado_REVISADO1.pdf>.

CARNEIRO, J. R. N.; ELIAS, P. E. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. *Rev Admin Publ*. v.37, n.2, p.201-26, 2003.

DAL POZ, M. R. The health workforce crisis. *Cad Saúde Pública*, v.29, n.10, p.1924-6, 2013.

DAL POZ, M. R.; PIERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/ SAE, 2013. v.3, p.187-237.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>>.

GIOVANELLA, L.; STEGMULLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad. Saúde Pública*, v.30, n.11, p.1-19, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Séries estatísticas & séries históricas. Rio de Janeiro: O Instituto. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/>. Acesso em: 1 mar. 2018.

OCKE-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v.12, n.4, p.1041-50, 2007.

PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. S.; SÁ, E. B.; PAIVA, A. B. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v.4, p.19-70.

PIOLA, S. F.; PAIVA, A. B. de; SÁ, E. B. de; SERVO, L. M. S. *Financiamento público da saúde: Uma história a procura de rumo*. Texto para discussão. Rio de Janeiro: IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013.

SANTOS, L. Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania dez. 2013. [online]. Disponível em <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2013/12/27/contrato-organizativo-de-acao-publica-coap/>>.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc.*, v.24, n.2, p.438-46, 2015.

SCHEFFER, M. (Org.) *Demografia médica no Brasil 2015*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Séries estatísticas & séries históricas. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/>. Acesso em: 1 mar. 2018.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. A saúde nos programas de governo dos candidatos a presidente da República do Brasil nas eleições de 2014: notas preliminares para o debate. *Revista Discente do Programa de Pós-Graduação em História – UFJF*, 2014. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/facesdeclio/files/2014/09/3.Artigo-D1MarioeL%C3%ADgia.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

SCHEFFER, M. C.; DAL POZ, M. R. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. *Hum Resour Health*. v.17, n.13, p.96, dez. 2015.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. D. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*, v.377, n.9780, p.1863-76, dez. 2011.

RESUMO – Apesar dos marcantes avanços de nosso sistema de saúde pública, hoje sintetizado em apenas três letras – SUS –, há ainda um grande caminho a percorrer para prover as condições de preservar a saúde da população do nosso Brasil. Neste texto abordamos de maneira despretensiosa conquistas e programas exitosos do SUS, mazelas do financiamento e má gestão, os desafios futuros e princípios que devem nortear as ações para alcançarmos um patamar mais eficiente de atenção à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: SUS, Brasil, Sistema de saúde, Financiamento

ABSTRACT – Despite the remarkable progress of the Brazilian public health system, nowadays better known by the acronym SUS (Sistema Único de Saúde), there is still a long way to go to ensure conditions to preserve the health of the Brazilian population. In this text, we unassumingly report the achievements and successful programs of SUS, the problems of financing and mismanagement, and the future challenges and principles that should guide actions to achieve more efficient health care in Brazil.

KEYWORDS: SUS, Brazil, Health care system, Financing.

Paulo Hilário Nascimento Saldiva é médico patologista, professor titular do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e diretor do Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo (2016-2020).

@ – pepino@usp.br

Mariana Veras é bióloga, doutora em Fisiopatologia e especialista em Políticas Públicas e Planejamento Estratégico pela UnB. Atua como pesquisadora científica do Estado de São Paulo, junto ao Hospital das Clínicas – LIM 05, no Departamento de Patologia da Universidade de São Paulo. @ – verasine@usp.br

Recebido em 15.3.2018 e aceito em 29.3.2018.

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

¹¹ Hospital das Clínicas, São Paulo, São Paulo, Brasil.