



## 35 anos de SUS – Perspectivas

José Dínio Vaz Mendes\*

Ao completar 35 anos, o Sistema Único de Saúde tornou-se a maior e mais longeva política social pública do Brasil. E pode comemorar avanços importantes na ampliação do acesso da população às ações e aos serviços de saúde, seja na atenção básica, seja naquela de maior complexidade.

Persistem, contudo, inúmeros desafios e prioridades para que o SUS atinja plenamente suas metas de atendimento universal, integral e equitativo aos brasileiros. Enfrentá-los, portanto, é imprescindível para o avanço contínuo do sistema.

### **Origens e (sub)financiamento do SUS**

Por vezes o Sistema Único de Saúde é objeto de críticas por falhas verificadas nos atendimentos, as quais são frequentemente atribuídas apenas à gestão pública ineficiente. Em defesa do SUS, profissionais e gestores apontam o subfinanciamento crônico das políticas públicas de saúde. Ambos os pontos de vista têm suas verdades, mas a gestão não pode, por mais eficiente que seja, corrigir isoladamente distorções históricas.

É inegável que o sistema público é subfinanciado, e este fato é relevante para uma discussão racional para solucionar seus problemas. Concebido como uma generosa política pública que objetivava reduzir as iniquidades anteriormente verificadas na atenção à saúde dos brasileiros, o SUS garante atenção universal por meio da arrecadação de recursos pelo Estado, tal como já ocorria, com bons resultados, em países como a Grã-Bretanha ou os escandinavos, entre outros.

O Brasil não dispõe de situação econômica e social dessas nações desenvolvidas. Mas certamente a direção política apontada pelo Sistema Único de Saúde era justa e correta.

Até 1988, a maior parte da população brasileira não tinha garantia de acesso às suas mínimas necessidades de saúde. Somente obtinham formas de atendimento ambulatorial ou hospitalar aqueles que tinham meios próprios para pagar a atenção privada (grande minoria) e os trabalhadores formais, que eram assistidos pelo sistema previdenciário federal ou por planos privados empresariais (menos da metade das pessoas que viviam no país). Todos os demais ficavam na dependência da rede filantrópica existente e dos poucos serviços de saúde estaduais e municipais – centros de saúde, prontos-socorros e hospitais para certas doenças crônicas (tuberculose, hanseníase, doenças mentais), que não tinham estrutura ou meios para garantir os atendimentos. E isso significava a completa desassistência ou atrasos na atenção, com graves consequências para o estado de saúde da população.

Em 1988, o SUS foi criado com obrigação de incluir a massa de desassistidos. Para tanto, herdou a estrutura de saúde da previdência social (bem como seus serviços conveniados/contratados, principalmente a rede filantrópica, majoritariamente formada por pequenas Santas Casas), e parte de seu orçamento, sem perspectivas de ampliação real. Essa rede previdenciária, originalmente voltada apenas para uma parcela da população, acrescida dos recursos estaduais e municipais já existentes (atores incluídos na organização do SUS), não teria meios estruturais ou

\* Médico especialista em saúde pública. Atuou na Coordenadoria de Planejamento em Saúde, no Grupo Técnico de Informação em Saúde da SES/SP.

financeiros para atender satisfatoriamente todos os brasileiros, ainda mais considerando-se as grandes desigualdades regionais do país.

Empreendeu-se então uma contínua busca por recursos pelos gestores, com ampliação gradativa do financiamento, especialmente dos municípios e dos estados (que aumentaram proporcionalmente seus recursos em relação àqueles do Ministério da Saúde), com o progressivo incremento da estrutura e atenção do SUS, ainda com incapacidades relevantes. Ainda assim, esses recursos permitiram um crescente acesso dos cidadãos às ações de saúde.

### **Encarecimento da saúde, novas necessidades e novos meios**

De forma geral, observa-se o aumento de gastos públicos em saúde em todos os países nos quais a atenção adquire caráter universal, tornando-se atribuição financeira do Estado. Tal fato decorre não somente do maior acesso oferecido, mas também de mudanças demográficas e do avanço tecnológico da área de saúde.

Há muitos anos as nações desenvolvidas já enfrentam o processo de envelhecimento de suas populações. Países como o Brasil também apresentam proporções cada vez maiores de idosos, com a modificação dos padrões epidemiológicos de morbimortalidade (ampliação das doenças crônico-degenerativas e suas complicações), seguida por maior utilização dos serviços de saúde, geralmente por tempo mais prolongado e com ampliação dos medicamentos de uso contínuo (mais custosos). A taxa de internação dos maiores de 60 anos no SUS é bem superior a de outras faixas etárias mais jovens, tendendo a pessoa idosa a ter mais de uma doença associada, condição que onera sobremaneira o sistema público.

Simultaneamente, o desenvolvimento de novos (e mais caros) medicamentos, processos diagnósticos e intervenções complexas, ao lado do benefício que trazem para a saúde individual, adiciona novas demandas e gastos para o setor. Ao contrário de outros setores industriais, a introdução de novas tecnologias de assistência médica não costuma baratear as ações de saúde –

com a possível exceção de ações preventivas, como a vacinação. A propósito, a estratégia de vacinação, que tem longa história de sucesso no Brasil, iniciada ainda antes da criação do Sistema Único de Saúde, tornou-se, tristemente, objeto de rejeição por falácias divulgadas pelas “novas” redes sociais (internacionalmente, mas com repetidores nacionais). Essas falácias reciclaram velhíssimos preconceitos, colocando em risco uma das poucas políticas preventivas do país que sempre foi um modelo para todo o mundo e motivo de orgulho para aqueles que trabalham no setor público.

O alto uso de tecnologias médicas modernas e o modelo centrado em hospitais tornaram os Estados Unidos a nação com o maior gasto percentual da saúde em relação ao PIB (e sempre em elevação), com sua população atendida majoritariamente por seguros e serviços privados de saúde. Saliente-se que o Brasil gasta proporcionalmente muito menos em saúde no setor público que os demais países com sistemas semelhantes.

Os planos privados nacionais que atendem parcela de nossa população fora do SUS enfrentam o mesmo crescimento de despesas, prenunciando severas crises que, no futuro, poderão ampliar as demandas ao sistema público. Na verdade, o sistema público brasileiro sempre atendeu aos clientes de planos privados, nos procedimentos não cobertos, no fornecimento de medicamentos de alto custo (inclusive por meio de ações judiciais) e no atendimento de emergências, além das tradicionais ações coletivas, como as imunizações, que beneficiam a todos.

### **Gestão, planejamento e recursos humanos**

No Brasil, as três esferas de governo (municipal, estadual e federal) são autônomas e corresponsáveis pelo financiamento e gestão do SUS, o que torna a divisão de competências e responsabilidades tarefa bastante complexa, com desafios técnicos, administrativos e políticos para a gestão e para a gerência dos serviços. Acrescente-se a grande proporção de municípios bastante pequenos no país, com menos de 10 mil habitantes, com enormes diferenças em suas capacidades econômicas, de recursos humanos, técnicas e gerenciais, e que acabam se refletindo no

modelo de atenção à saúde praticado. Embora existam foros colegiados para discutir as prioridades, as diretrizes políticas de cada esfera na área são por vezes desintegradas e pouco partilhadas com os demais parceiros, podendo sofrer influência desorganizadora de governos ocasionais.

Os planos de saúde (plurianuais) exigidos e elaborados pelos gestores públicos são frequentemente pouco efetivos, empregam metodologia inadequada, negligenciam sistemas de informação, empregam poucos parâmetros assistenciais para programação, não trazem metas e processos de avaliação realistas. Além disso, o processo de planejamento é parte integrante da mentalidade/cultura de grande parte dos políticos e dirigentes responsáveis pelas decisões no país, tornando os planos irrelevantes. As mudanças de governo frequentemente implicam o abandono de “marcas” da antiga gestão e substituição por novos *slogans*, sem qualquer processo claro de avaliação e planejamento.

A baixa valorização desses processos impede a implementação de mudanças nos diferentes planos de saúde, ao longo do tempo – o que é uma pena, pois eles poderiam corrigir ineficiências verificadas e/ou valorizar aquelas iniciativas de sucesso. Também poderiam otimizar as insuficiências, tanto nos processos de gestão (mais abrangentes e que envolvem diferentes serviços de saúde em rede) como na gerência dos serviços de saúde específicos (nos quais efetivamente se dá o gasto dos recursos financeiros).

Especialmente importante é a atenção básica (AB), também nomeada atenção primária de saúde (APS), porta de entrada do sistema, componente fundamental para a eficiência e a estruturação do cuidado em saúde. O SUS garantiu a rápida ampliação de acesso por meio da extensão do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje estruturado como política, sob a nomenclatura Estratégia Saúde da Família (ESF), com resultados promissores, principalmente em comunidades carentes.

A AB, porém, pode apresentar deficiências funcionais e estruturais. Por exemplo, modelos de atenção inadequados à realidade local; falta de priorização de riscos, de definição de protocolos e de implantação de

linhas ou guias de cuidado; acompanhamento deficiente das condições crônicas mais frequentes; inadequações na infraestrutura, na tecnologia de comunicação; e déficits de recursos humanos (por exemplo, dificuldade na contratação de médicos nos pequenos municípios e naqueles mais afastados dos grandes centros); entre outros fatores. Isso reduz a capacidade da APS para resolver os problemas de saúde locais, bem como o acesso aos necessários procedimentos, o que induz a busca espontânea de serviços de urgência, ambulatorios de especialidade e de internação de referência, ocasionando internações desnecessárias, retardando o acesso dos casos que realmente precisam de atendimentos mais complexos. A integração entre as unidades de atenção primária e aquelas de atenção secundária e terciária é bastante precária, com sistemas de referência e contrarreferência incipientes. Dessa forma, os serviços acabam funcionando como pontos isolados de atenção à saúde, reduzindo a qualidade e a eficácia das ações.

A formação e alocação dos médicos e outras categorias profissionais de saúde é um grande desafio para o Sistema Único de Saúde. Uma questão crítica é, sobretudo, a fixação de médicos nos pequenos municípios, para atuação na APS e na ESF. A formação médica, sem deixar de lado os avanços tecnológicos, deve estimular e valorizar a participação do profissional no atendimento e na resolução dos problemas mais comuns da área da saúde, tal como ocorreu em outros países com sistemas universais, como a Inglaterra e o Canadá, que valorizam o médico generalista.

Por outro lado, estudo de 2013 do Banco Mundial já apontou que a maioria dos hospitais brasileiros (tanto públicos como privados) opera com baixa eficiência. Um hospital médio poderia produzir até três vezes mais se fosse tão eficiente quanto o hospital mais eficiente. Os principais fatores apontados para essa ineficiência foram a pequena escala de operações, a alta utilização de recursos humanos, a baixa utilização da capacidade instalada e de recursos técnicos, o modelo de gestão e os mecanismos de pagamento. De fato, no SUS existe proporção considerável de pequenos hospitais (isto é, serviços com menos de 50 leitos), unidades de saúde

com baixa eficiência, baixas taxas de ocupação, qualidade de assistência normalmente precária, cenário que torna difícil a sustentabilidade econômica.

A ausência de política adequada para o desenvolvimento e a manutenção da rede hospitalar e seu financiamento inconstante (com orçamentos públicos imprevisíveis e muitas vezes “congelados”) provocam o envelhecimento de seus equipamentos e impedem a manutenção de estoques de insumos essenciais. Isso reduz o desempenho das unidades (sua eficiência) e dificulta sua sustentação econômico-financeira e de recursos humanos. Formas arcaicas, lentas e desorganizadas de administração pública agravam essas questões. Modelos de gestão exitosos no setor saúde, como as parcerias público-privadas por meio de organizações sociais, iniciadas em São Paulo e hoje adotadas em inúmeros estados e municípios, podem colaborar com a modernização da gerência, mas também precisam ser continuamente acompanhadas, avaliadas e modificadas. Caso contrário, apresentarão os mesmos desvios já verificados em outras modalidades de serviços no Brasil.

Recursos humanos qualificados para a gestão do sistema, com profissionalização e respeito pelas instâncias políticas, também são insuficientes. Há uma falta crônica de técnicos que possam pensar, adaptar, executar e acompanhar as políticas de saúde nas diferentes regiões do país. Muitas vezes, a mudança repentina de quadros ocasiona a perda de experiência e memória sobre as políticas de saúde já testadas, com repetição de erros por novas equipes.

### **Perspectivas**

A implantação de redes de atenção de saúde é uma das soluções discutidas no setor, mas sua implementação é difícil e depende do acordo tácito de todos os atores do sistema. Além disso, necessita de desenvolvimento de metodologias que aperfeiçoem o modelo de atenção e que sejam adequadas à realidade brasileira, que permitam a integração de serviços e promovam linhas de cuidados, entre outros instrumentos

para condutas clínicas baseadas em evidências científicas. Também é imprescindível dispor de logística para a rede (incluindo o transporte), financiamento, planejamento, tecnologia de comunicação (integrando serviços distantes de atenção básica, evitando assim o isolamento que afasta os profissionais) e informação (para regulação, monitoramento e avaliação), entre outros aspectos. Qualquer avanço nesse sentido passa necessariamente pela capacitação, remuneração adequada e fixação de um corpo de recursos humanos na saúde pública, seja na execução direta de ações, seja na coordenação, no planejamento e no acompanhamento regional dos serviços.

Os recursos para o SUS precisam ser acrescidos, mas deve-se reconhecer que existem limites para o crescimento das despesas de saúde em um país com muitas dificuldades econômicas. Assim, o necessário aumento de recursos públicos para a saúde só poderá ocorrer de forma lenta e gradativa, exigindo simultâneo desenvolvimento de estratégias para melhorar a eficiência das alocações desses recursos. Ou seja, para superar os desafios do Sistema Único de Saúde é preciso aumentar os recursos e mudar e otimizar práticas do sistema, buscando ganhos de escala e de qualidade.

Apesar dos problemas apontados, o SUS continua sendo uma das poucas políticas públicas brasileiras que tem persistido mesmo com governos antagônicos. E, atualmente, não existe corrente política ou de pensamento séria na área da saúde no país que proponha qualquer alternativa diferente e viável que não inclua seu aperfeiçoamento. O sistema público de saúde se consolidou definitivamente junto aos brasileiros e demonstrou sua enorme importância quando todos precisaram, como ocorreu na pandemia de covid-19, na qual destacamos o valor, a dedicação e o esforço de inúmeros profissionais de saúde do setor público.

O SUS foi uma conquista dos brasileiros e seu aperfeiçoamento é interesse de todos. Os valores humanistas que o embasaram continuam válidos e necessários para desenvolver uma sociedade mais justa.