



# Desafios para o SUS ao completar 35 anos

Olímpio J. Nogueira V. Bittar\*

Muito se tem escrito a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo de seus 35 anos de vida, evidenciada sua capacidade de atenção, principalmente durante a fase da covid-19, quando o sistema demonstrou vitalidade e poder em assistir 200 milhões de habitantes.

Este artigo visa a enfatizar os desafios de implementação de ações que permitam aumentar a efetividade e a eficiência do SUS, corrigindo distorções, falhas e suplantando as mudanças que já acontecem devido a inúmeros fatores que interferem na sua atuação. As correções de algumas delas estão diretamente ligadas ao próprio sistema de saúde; outras independem dele. Seja como for, é dever de manifestação aos setores responsáveis solicitar e sugerir mudanças. Nesse sentido, o texto é curto e claro, não totalmente inclusivo, deixando outros e importantes itens para futuras discussões.

Nesse exato momento, a necessidade do sistema público de saúde passa pela utilização de uma das funções da administração, a **avaliação**, valendo-se de suas subdivisões, **controle, monitoramento, auditoria e fiscalização**, empregáveis cada uma delas dentro do tipo, conteúdo e tempo de ocorrência dos itens citados a seguir.

## a) Regionalização

É fato que ao longo de 35 anos mudanças significativas ocorreram no Brasil, sendo uma das

principais a demográfica, pela qual algumas regiões perderam habitantes e outras ganharam, entre outras alterações no perfil populacional. Além disso, condições econômicas e sociais foram transformadas, instituições de saúde foram criadas; outras vivem precariamente, outras fechadas, o que remete a uma revisão das atuais regiões e, certamente, de um novo ordenamento. O estabelecimento de regiões de saúde não é um processo restrito aos profissionais da área, mas sim uma questão multiprofissional, que deve envolver categorias como geógrafos, demógrafos, atuários, economistas e administradores. Importa, que hoje, com o desenvolvimento tecnológico, facilidades de comunicação, teleconferência, telessaúde e educação a distância, o número de regionais pode ser diminuído, atendendo mais municípios e populações, com base em critérios técnicos. Isso, seguramente, melhoraria e agilizaria os processos decisórios, economizando recursos empregados nos cuidados direto dos pacientes.

## b) Demografia

O Censo de 2022 trouxe uma realidade inesperada, que foi o número menor de habitantes no país do que as projeções indicavam. Mais idosos, menos filhos por mulheres, o que resultará em mais pacientes com doenças crônicas, e, por conseguinte, a necessidade de investimentos em tecnologia para o seu acompanhamento, entre outras providências. Tal cenário sugere, ainda, a diminuição da mão de obra disponível, inclusive para o sistema de saúde, e outras consequências.

\* Graduação em medicina pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (1973), mestrado em saúde pública e especialização em administração hospitalar pela Faculdade de Saúde Pública (1983) e doutorado em medicina social pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (1992). Assessor na SES-SP desde janeiro de 2007, tem experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em administração de serviços de saúde.

c) **Epidemiologia**

Aspectos epidemiológicos também mudaram: aumento dos usuários de drogas, das causas externas, mormente acidentes de moto e pessoas com sobrepeso e obesidade mórbida, resultando em maior procura por programas e serviços de saúde. E, é importante lembrar, a possibilidade de novas epidemias e pandemias.

d) **Profissionais de saúde**

O país já se está quase atingindo 40 mil vagas para estudantes de medicina nas faculdades que foram criadas, resultando em mais de três centenas delas atualmente em funcionamento, muitas sem hospitais, sem profissionais com titulação acadêmica em várias áreas. Isso redundou em problemas para o sistema de saúde e para o paciente, como eventos adversos, iatrogenia, desperdício com testes e exames complementares. Outra consequência é o desequilíbrio entre a oferta e a demanda por profissionais, com danos operacionais e socioeconômicos. Estudos merecem ser feitos e revistos periodicamente para estabelecimento desse equilíbrio. Aqui, cito somente o caso dos médicos, mas há situações semelhantes em outras 13 categorias profissionais de saúde, o que trará ainda mais problemas para o sistema.

e) **Entidades formadoras de pessoal de saúde**

As faculdades de medicina precisam ter contato maior com o SUS, buscando verificar continuamente a incidência e a prevalência de doenças, locais e regionais, disponibilizando conhecimento e habilidades para seus alunos. Fato curioso é a concentração de 40% a 60% de todo o volume de internações em algo como 60 diagnósticos e procedimentos. Esse dado indica que os alunos desses cursos deveriam ter pleno conhecimento do diagnóstico e do tratamento, o que certamente evitaria parte daquelas internações consideradas sensíveis à ação da APS. Reforço, dever-se-ia dar maior foco para prevenção e promoção da saúde, principalmente no que se refere ao comportamento e aos hábitos culturais, que influenciam a dieta

inadequada, o tabagismo, alcoolismo, uso de drogas, sedentarismo e sexo sem proteção, a automedicação e o tratamento descontinuado (doenças crônicas). Devem atentar, ainda, para as causas externas (segurança do trabalho, violência, acidentes) e a degradação ambiental (lixo, esgoto, água não tratada). Esses comportamentos e hábitos são responsáveis por oito doenças – câncer, diabetes, cardíaca, infectocontagiosa, renal, cerebral, mental e lesões –, de alto custo, que juntas geram sérios problemas na provisão dos cuidados.

f) **Estabelecimentos de saúde**

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os hospitais necessitam de integração de informações para segurança e conforto dos pacientes e dos profissionais que, durante seu relacionamento, precisam de segurança clínica. É imperioso repensar a atuação dos hospitais de pequeno porte, uma vez que eles são ociosos pela baixa resolubilidade e, conseqüentemente, baixa ocupação. Mas, certamente, alguns poderiam servir de retaguarda para pacientes em recuperação cardíaca, ortopédica, atendimentos de emergência, quando conectados a serviços de telessaúde, bem como para pacientes crônicos em acompanhamento. Isso permitiria ao sistema reservar leitos em hospitais gerais de maior porte, complexidade e caros para pacientes agudos. Apoio deve ser provido aos hospitais de ensino para que possam melhor atender o paciente, a pesquisa e o ensino. Os hospitais públicos merecem uma mudança radical em sua forma jurídica, o que lhes permitiria ter estrutura administrativa adequada, autonomia de gestão e financiamento suficiente para suas despesas, a exemplo das organizações sociais de saúde.

g) **Qualidade do atendimento**

Uma forma de garantir o financiamento das unidades deveria ser a demonstração da qualidade do atendimento prestado, o que de início pode ser feito com dados existentes no DataSUS, como mortalidade por procedimento. Outros dados devem ser coletados dentro das unidades, como

reinternações, iatrogenia, eventos adversos, sequelas e procedimentos desnecessários. Todos eles acarretam aumento dos custos. Programas de qualidade visando à acreditação deveriam ser incentivados. Falar em qualidade do atendimento é reforçar a humanização da saúde.

#### h) **Produtividade**

A produtividade tem de ser medida em todas as oportunidades, como giro do leito, atendimento por profissional, operação por sala cirúrgica e exames por equipamento, sempre considerando determinado período de tempo. Surpresas aparecem quando os números são levantados, momento em que se verifica ociosidade na maioria das unidades em suas áreas e subáreas.

#### i) **Listas de espera**

As listas de espera têm como problema principal, além da própria lista, a confiabilidade. Isso porque, entre outras circunstâncias, em alguns locais os pacientes se cadastram em várias delas ou não é dado baixa a pacientes que resolveram seus problemas em outras unidades ou quando vêm a óbito. Assim, a unidade não tem conhecimento do que está ocorrendo na prática. Sistemas informatizados regionais poderiam ajudar nessa tarefa.

#### j) **Informação e informatização**

As informações e a informatização das unidades e do sistema como um todo ainda falham pelo excessivo número de sistemas que não conversam entre si. Mesmo o DataSUS tem cerca de 60 sistemas, que não se comunicam entre si. O desenho e a padronização da coleta de dados e de informações podem levar a ganhos de operação nas unidades, com a formulação de indicadores que meçam a qualidade, a produção e a produtividade dos programas, dos serviços e das ações de saúde. Centrais de vagas e de logística de órgãos para transplante, por exemplo, dependem de informações e informatização não só operacional, mas também para registro com valor legal.

#### k) **Financiamento**

É preciso rever o porquê de alguns estados e municípios colocarem entre 12% e 15% dos seus orçamentos em saúde. Avaliar programas, serviços e ações baseados no custo-benefício da gestão é essencial. Um melhor conhecimento dos financiadores da qualidade e produtividade dos serviços prestados permitiria ao gestor ver e evitar desperdícios, erros de ação e reduzir custos dos procedimentos.

#### l) **Investimentos e custeio**

Revisar periodicamente os investimentos e custeios de programas, serviços e ações de saúde, levando em consideração o custo-benefício, possibilitar à gestão de saúde embasar a decisão de sua manutenção ou não. O impacto causado nos indivíduos, nas comunidades, na resolubilidade dos órgãos saúde públicos e privados de saúde é fundamental às decisões de criação, manutenção ou interrupção desses investimentos.

#### m) **Relacionamentos**

Um dos relacionamentos que devem ser mencionados é com a Agência Nacional de Saúde (ANS), responsável por legislar e fiscalizar as operadoras privadas de saúde, algo em torno de 900 entidades que dão cobertura a 25% da população brasileira. As informações epidemiológicas e demográficas, entre outras, poderiam ser usadas na formulação de políticas para esse setor. Além disso, entidades sociais são importantes para retaguarda de idosos e demais casos não elegíveis para hospitalização e que ocupam leitos em Hospitais de Agudos. Os relacionamentos são externos, mas também internos, sendo a **comunicação** ferramenta-chave para a boa negociação e viabilização da prestação de serviços de saúde.

#### n) **Novos procedimentos, drogas, tecnologias**

A incorporação mais rápida de processo e insumos, com foco na melhor relação custo-benefício na atenção a pacientes e para o próprio sistema, poderia

trazer resultados em termos de menores despesas, além de, muitas vezes, evitar ações judiciais.

#### o) **Inovação**

Hoje, as oportunidades de inovar estão presentes, desde as mais simples às mais complexas, com a participação da matemática, da estatística, da inteligência artificial, da física. Muitos dos itens ora citados são resolvidos com inovação. É preciso despertar a perspectiva da inovação em todos que trabalham com saúde, sejam os técnicos da ponta, sejam da infraestrutura. Momentos que propiciem diálogos entre eles certamente contribuem para um ambiente inovador.

#### p) **Campo de pesquisa**

Pesquisas como avaliação de condições de saúde e diagnóstico situacional, técnico ou administrativo são essenciais para nortear políticas públicas e a as unidades de saúde na implantação de programas, serviços e ações. O volume da atenção prestada, as múltiplas doenças e os procedimentos atendidos pelo SUS fazem dele um excelente campo de pesquisa. Daí ser primordial a criação de bancos de dados que sirvam de fonte para os pesquisadores, porém, atentando-se quanto ao provimento de receitas por agências de fomento, indústrias farmacêuticas e outras fontes, e não tirando recurso da assistência à saúde.

#### q) **Imagem**

O Sistema Único de Saúde nem sempre é lembrado pela parcela da população que não o utiliza. De alguma maneira, contudo, o SUS atende 100% das pessoas que estão no território nacional, mesmo aquelas cobertas por planos de saúde. É o caso das vacinas e do resultado das externalidades obtidas pela atuação das vigilâncias epidemiológica, sanitária e dos laboratórios de saúde pública.

#### r) **Profissionalização da gestão**

Há ainda, nesta terceira década do século XXI, carência de profissionais com conhecimento de administração de unidades e serviços de saúde. Até porque, principalmente na rede pública e parte da filantrópica, as remunerações não são condizentes com as responsabilidades e dificuldades inerentes à área. Valorizar os profissionais que trabalham no setor é fundamental. Há também pouca participação de pesquisadores focados em administração, principalmente no que diz respeito aos serviços e às políticas de saúde, o que dificulta o ensino. A familiarização dos profissionais com a utilização de **indicadores de saúde e de administração** leva à operacionalização efetiva das unidades visando a sustentabilidade social, econômica e ambiental. A continuidade da **avaliação** é o **planejamento**, a **organização** e a **direção** dos programas, serviços e ações.

#### s) **Mudanças climáticas**

Ações devem ser adotadas para estimar as consequências das mudanças climáticas, desde os acidentes causados por enchentes, vendavais e incêndios até o aparecimento de novas doenças, epidemias e mesmo pandemias.

O bom sucesso da operação para atender aos desafios e atenuar os riscos dependerá de boa integração entre ministério, secretarias e entidades representantes da saúde – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) –, bem como de outros entes políticos e técnicos que podem contribuir com conhecimento, ideias e outros recursos capazes de alimentar o processo. A visão de todos os participantes para uma **negociação** constante trará bons resultados para a coletividade.