

PERSPECTIVAS E DESAFIOS DA GESTÃO PÚBLICA NO SUS PERSPECTIVES AND CHALLENGES OF PUBLIC GESTION IN THE SUS

José Dinio Vaz Mendes¹, Olímpio J. Nogueira V. Bittar²

RESUMO

Com 25 anos de duração, o Sistema Único de Saúde - SUS - enfrenta problemas no financiamento e na qualidade dos serviços produzidos. Seus desafios envolvem mudanças nas necessidades de saúde (transições demográfica e epidemiológica) e na tecnologia médica (encarecimento). O desenvolvimento do SUS necessita superar a fragmentação da atenção, estabelecer redes de atenção à saúde, buscar melhorias na gestão, produção e qualidade das ações de saúde e soluções para a formação e alocação de recursos humanos.

Descritores: Sistema Único de Saúde; gestão em saúde; administração em saúde.

ABSTRACT

Twenty five years old, the Sistema Único de Saúde - SUS - (Brazilian Unified Health System) face problems in finance and quality of services produced. Their challenges include changes in health needs (demographic and epidemiological transitions) and medical technology transition (high cost). The development of SUS needs to overcome the fragmentation of care, establishing network of health care, seek improvements in management, production and quality of health actions and solutions for training and human resources allocation.

Key-words: Unified Health System; health management; health administration.

INTRODUÇÃO

Após 25 anos de instituição do Sistema Único de Saúde - SUS - no Brasil, inúmeros desafios precisam ser enfrentados. É possível reconhecer nítidos avanços na ampliação do acesso da população às ações de saúde, tanto na atenção básica como naquelas de maior complexidade, mas insatisfações com seu desempenho foram visíveis nas manifestações populares em junho de 2013.

É necessário superar a dicotomia entre o subfinanciamento do sistema e suas “falhas” de gestão. Sem abordar um conjunto suficiente de problemas, detalhar melhor os cenários e as possibilidades concretas (e planos viáveis) para aperfeiçoá-lo, dificilmente se conseguirá verdadeiro progresso.

Desenvolvem-se reflexões sobre a complexidade da tarefa dos gestores públicos de saúde no Brasil que abrange temas tão variados, como as necessidades de saúde da comunidade, questões políticas, culturais, econômico/financeiras, organizacionais, gerenciais, científicas/tecnológicas, educacionais e de formação de recursos humanos.

Sem respostas prontas e genéricas, há um grande conjunto de informações disponíveis e experiências acumuladas que poderão auxiliar na superação de problemas emergentes e na elaboração de propostas de aperfeiçoamento do SUS, adequadas à cada realidade, para se obter a qualidade e o acesso solicitados pela população.

1. Mudanças nos padrões de necessidades e perfis de saúde

Como todo sistema universal de saúde, o SUS deve atender a todos os brasileiros, não podendo “selecionar” sua clientela.

Mesmo os brasileiros que possuem produtos privados do setor saúde (planos e seguros) são usuários do sistema público, sempre que o “pacote” de serviços adquirido não cubra integralmente as necessidades (medicamentos caros, por exemplo) ou nas ações de controle de riscos ou combate a vetores e epidemias, por exemplo.

É fundamental ao gestor público o conhecimento das tendências gerais de saúde da população que trazem impactos para a atenção. As transições demográfica, epidemiológica e tecnológica em andamento no país são cenários relevantes para a gestão do sistema. Destaca-se o progressivo envelhecimento da população no Estado de São Paulo, registrando-se a tendência de queda da taxa de fecundidade total, que passou de 2,22 em 1991 para 1,69 em 2011,¹ acompanhada do aumento da expectativa de vida ao nascer. A proporção de pessoas com mais de 60 anos no Estado de São Paulo passou de 7,7% da população em 1991 a 11,6% em 2010. O índice de envelhecimento (proporção de pessoas de 60 anos e mais por 100 indivíduos menores de 15 anos) passou de 25,1% em 1991 para 54% em 2010.²

O envelhecimento tem profundas implicações para o setor saúde, com a modificação dos padrões epidemiológicos de morbi-mortalidade (ampliação das doenças crônico-degenerativas e suas complicações e a redução gradual da importância das doenças infectocontagiosas), que é seguido por maior utilização dos serviços de saúde, geralmente por tempo mais prolongado e com ampliação dos medicamentos de uso contínuo (mais custosos).³

No Estado de São Paulo em 2011, as doenças do aparelho circulatório são a primeira causa de mortalidade (30,1% do total de óbitos), seguidas pelas neoplasias (17,6%), pelas doenças do aparelho respiratório (12,9%) e pelas violências e acidentes (8,7%). As doenças infecciosas estão em oitavo lugar (4%). A proporção de óbitos por neoplasias ampliou-se de 9% em 1970 para 17,6% em 2011.⁴ Exceto pela importância dos acidentes e violência, este perfil se aproxima bastante daquele dos países desenvolvidos.

A taxa de internação da população de maiores de 60 anos no SUS do Estado de São Paulo em 2012 representava mais que o dobro daquela da população total e os idosos tem mais de uma doença associada, por vezes três ou quatro, sendo possível prever o impacto das mudanças demográficas para o sistema público.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 35 - 39, 2014

1. Médico, especialista em saúde pública, assessor técnico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

2. Médico, professor doutor em administração hospitalar, assessor técnico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Recebido em 20/2/2014. Aceito para publicação em 28/2/2014.

Contato: jdinio@saude.sp.gov.br

Os gastos do setor saúde também se ampliaram pelas mudanças na tecnologia médica, com novos tipos de exames, medicamentos e procedimentos, que ao lado de melhorarem a duração e a qualidade de vida, aumentaram grandemente o custo das intervenções.

2. Encarecimento no setor saúde e financiamento do SUS

Quando as políticas sociais adquirem caráter universal e a assistência médica passa a fazer parte das atribuições financeiras do Estado, observa-se o aumento de gastos públicos em saúde em todos os países, tornando o assunto gradativamente mais relevante para os respectivos governos.⁵

Dados selecionados de alguns dos países membros da “OECD - Organisation for Economic Cooperation and Development”, com o valor percentual dos gastos totais (públicos e privados) com saúde em relação ao PIB (Produto Interno Bruto) entre as décadas de 1970 e 2010, permitem observar o crescimento contínuo das despesas. Praticamente todos os países apresentados possuem gastos públicos substancialmente maiores que os privados (tabela 1).

Os Estados Unidos, com grande parcela da população atendida por seguros privados de saúde, são o país com o maior gasto percentual em relação ao PIB e também aquele com o menor gasto público em saúde entre os selecionados (47%).

No Brasil, segundo os dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde, os gastos totais com a saúde (público e privado) também se ampliaram de 7,2% em 2000 para 9% em 2010.⁶ Embora seja um país com sistema universal de saúde, o gasto público brasileiro em relação ao gasto total de saúde é de 47% (um valor inferior ao americano).

Os gastos exclusivos do SUS em relação ao PIB se ampliaram passando de 2,95% em 2000 para 3,67% em 2010.⁷ O restante do gasto em saúde é privado (planos e seguros e outros gastos pessoais dos cidadãos).

Podem-se inferir as dificuldades dos gestores públicos do SUS, pois enquanto o sistema dispõe de menos da metade dos recursos destinados à saúde no Brasil, deve atender no mínimo 75% da população, que não dispõe de planos privados de saúde, bem como aqueles que dispõem de planos, mas que, em algum momento, necessitam dos recursos públicos (o grande aumento de ações judiciais para obtenção de caros medicamentos com importante impacto orçamentário é um exemplo dessa necessidade).

Tabela 1. Gasto Total com Saúde (público e privado) como percentual do PIB em países selecionados da OECD, 1970 – 2010 e % do Gasto Público em Saúde

Países	1970	1980	1990	2000	2010	% Gasto Público/Total em 2010 (*)
Alemanha	6,0	8,4	8,3	10,4	11,5	76,8%
França	5,4	7,0	8,4	10,1	11,7	76,9%
Canadá	6,9	7,0	8,9	8,8	11,4	71,1%
Estados Unidos	7,1	9,0	12,4	13,7	17,7	48,2%
Espanha	3,5	5,3	6,5	7,2	9,6	74,2%
Portugal	2,4	5,1	5,7	9,3	10,8	65,8%
Reino Unido	4,5	5,6	5,8	7,0	9,6	83,2%

Fonte: OECD - data extracted on 10 Feb 2014 from OECD.Stat.

(*) Fonte: OMS,2013.⁶

3. Organização do sistema de saúde no Brasil e o desenvolvimento das políticas públicas de saúde

Um dos grandes problemas enfrentados no Brasil é a herança das desigualdades regionais. Antes do SUS, a assistência à saúde prestada pela previdência social destinava-se aos trabalhadores da economia formal e a maior parte dos recursos previdenciários era aplicada nos Estados com maior número de beneficiários, ou seja, os mais desenvolvidos. Na década de 90, no início do SUS, grandes diferenças nos recursos de saúde, seja na estrutura instalada, seja nos recursos humanos disponíveis podia ser constatada entre estados e regiões.⁸

A heterogeneidade da rede do SUS e a concentração de recursos de saúde são importantes para qualquer novo arranjo organizacional. A divisão de competências e responsabilidades entre os gestores públicos do SUS é uma das mais complexas no mundo. No Brasil, as três esferas de governo (municipal, estadual e federal) são autônomas e corresponsáveis pelo financiamento e gestão do sistema em sua área respectiva.

Embora seja proposto no SUS que o planejamento de saúde entre os gestores públicos ocorra de forma integrada, ascendente e refletindo as necessidades de saúde locais/regionais e os recursos existentes,⁹ a prática tem se mostrado desalentadora.

Há diversas dificuldades na elaboração de planos de saúde adequados, seja pela falta de recursos humanos qualificados (em

especial nos pequenos municípios) ou de metodologia adequada, complicada com sistemas de informação desintegrados, falta de bons parâmetros assistenciais que permitam adequada programação, ausência de metas e processos de avaliação realistas, recursos financeiros públicos insuficientes para a atenção, prioridades políticas variadas, entre outros.

As diretrizes políticas de cada governo (municipal, estadual e federal) são desintegradas e pouco partilhadas com os demais parceiros, por vezes com influências diretas do quadro político-partidário do País. As eleições municipais e as estadual/federal não ocorrem no mesmo momento, portanto, a elaboração dos respectivos planos de saúde não são concomitantes e o processo de planejamento não faz parte integrante da mentalidade/cultura de grande parte dos políticos e gestores no Brasil.

A divisão política do território determina diferenças consideráveis de tamanho entre os municípios. No Estado de São Paulo, por exemplo, dos 645 municípios, 396 têm menos de 20 mil habitantes (dos quais, 156 tem menos de 5 mil habitantes). Em apenas 39 municípios com mais de 200 mil habitantes (inclusive a capital), concentram-se 26,5 milhões de habitantes ou 63% do total.

Além das dificuldades evidentes em planejar e integrar as ações de saúde de um grande número de gestores municipais, estes municípios têm enormes diferenças em suas capacidades econômicas, de recursos humanos, técnicas e gerenciais, que acabam se refletindo no modelo de atenção em saúde praticado.

A atenção básica ou primária de saúde, porta de entrada do sistema e componente da gestão municipal é fundamental para a estruturação do sistema de saúde. A desigualdade de acesso e de qualidade na atenção primária cria inúmeras dificuldades para o desenvolvimento do restante do sistema.

A integração entre as unidades de atenção primária e aquelas de atenção secundária e terciária (de urgência/emergência, de internação geral e especializada ou de especialidades ambulatoriais) é bastante precária, com sistemas de referência e contrarreferência incipientes. Desta forma, os serviços funcionam como pontos isolados de atenção à saúde. Tem sido cada vez mais discutida a importância de buscar a implantação de redes de saúde, entendidas como sistemas integrados de atenção, que atenderiam a população definida de um território, de forma coordenada, superando a fragmentação existente.^{10,11}

Em muitas regiões do Brasil, o SUS é o único responsável pela atenção à saúde. Mas esta realidade é distinta em diversas regiões metropolitanas no País, principalmente no Estado de São Paulo, no qual 18 milhões de cidadãos (44%) dispõem de alguma forma de plano ou seguro privado de saúde para assistência médica. Em alguns municípios, mais da metade da população possui acesso a este recurso. Entretanto, até o momento, o planejamento do SUS tem ignorado esta situação e trabalha isoladamente, sem qualquer coordenação entre suas atividades e aquelas do Sistema de Saúde Suplementar - SS. Não existe utilização de informações da SS (produção e tipo de atendimento), que seriam fundamentais para o planejamento do SUS. Muitas vezes a relação dos sistemas limita-se às tentativas infrutíferas para obter ressarcimento ao SUS do atendimento prestado a clientes dos planos privados.

4. Gestão dos serviços de saúde x qualidade e equidade

Há inúmeros problemas na qualidade da atenção primária de saúde. Envolvem inadequações na infraestrutura das unidades, *déficits* de recursos humanos (por exemplo, dificuldade na contratação de médicos nos pequenos municípios e naqueles mais afastados dos grandes centros) e deficiências na realização dos processos de atenção à saúde (modelo de atenção inadequado 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, entre outros).¹²

Estes fatos reduzem a capacidade da atenção primária de resolver os problemas de saúde locais, reduz o acesso aos necessários procedimentos de saúde e induz a busca de serviços de urgência e de internação de referência, ocasionando internações desnecessárias. As desigualdades regionais também são constatadas na atenção hospitalar. No Estado de São Paulo pode-se observar *déficits* regionais específicos, globais ou para determinadas especialidades, resultando em situações com demanda reprimida ou com tempos inadequados de atendimento das necessidades existentes.

No SUS existe grande quantidade de pequenos hospitais (isto é, serviços com menos de 50 leitos), que são unidades de saúde com baixa eficiência, qualidade de assistência normalmente precária e de difícil sustentabilidade econômica, com baixas taxas de ocupação.¹³

Na tabela 2 apresenta-se a distribuição das taxas de ocupação dos hospitais conforme o porte no Estado de São Paulo, verificando-se que os pequenos hospitais chegam a taxas inferiores a 30% de ocupação e que a taxa de ocupação aumenta conforme o porte do hospital (os hospitais de ensino são os maiores e mais especializados hospitais do SUS).

Os serviços hospitalares, principalmente aqueles de maior complexidade, necessitam realizar uma quantidade (volume) razoável de procedimentos para garantir a capacitação técnica e estrutural dos serviços, a qualidade dos atendimentos e o financiamento adequado, que fica prejudicado pela baixa economia de escala.¹³

A ausência de política adequada para desenvolvimento da rede hospitalar e seu financiamento provoca a multiplicação de serviços e dificulta sua sustentação econômico-financeira. A baixa qualidade da regulação dos serviços de referência regional, a falta de metas de produção, qualidade e processos de avaliação limitam a modernização gerencial e administrativa destes serviços.

Estudo do Banco Mundial 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 (em amostra de 428 hospitais). Os principais fatores apontados para a ineficiência eram a pequena escala de operações, alta utilização de recursos humanos, baixa utilização da capacidade instalada e de recursos técnicos, o modelo de gestão e os mecanismos de pagamento.¹⁴

Tabela 2. Número de hospitais, leitos e taxa de ocupação dos hospitais gerais e especializados, conveniados com o SUS/SP, por porte, no Estado de São Paulo - 2013

Porte (leitos)	Hospitais	Leitos Conveniados SUS	Taxa de Ocupação
= 50	168	4.252	30,0
51 a 150	172	11.103	50,3
= 151	111	19.976	66,9
Hospitais de ensino	45	14.712	74,9
Total	496	50.043	62,4

Fonte: CNES, 2013. Hospitais gerais e de especialidades (excluídos os hospitais para crônicos, psiquiatria e unidades mistas).

5. Formação de recursos humanos e gestão no SUS

A formação e alocação dos médicos e outras treze categorias profissionais de saúde para atender às necessidades de saúde da população é um grande desafio para o SUS. A fixação dos médicos nos pequenos municípios para atuação na atenção primária em saúde e no Programa de Saúde da Família é uma questão crítica. Estes profissionais são disputados pelos municípios e mesmo com salários mais altos, muitas vezes desistem do trabalho nestes locais. A insegurança e o isolamento dos profissionais bem como a impossibilidade de aperfeiçoamento podem ser fatores que inibem sua fixação.

A adequada supervisão da qualidade do atendimento prestado, a educação continuada e o apoio clínico e acompanhamento à distância por tecnologias de comunicação e informação, como o tele eletrocardiograma e tele imagem (exames eletrocardiográficos e por imagem à distância), tele oftalmologia (suporte diagnóstico e terapêutico multimodal por internet), a telemedicina para discussão de casos, entre outros, podem facilitar esta alocação.

Os problemas de contratação e disputa entre municípios indicam a necessidade de desenvolvimento de novas propostas de recursos humanos, que envolvam contratação, capacitação e supervisão de pessoal com mecanismos de abrangência regional ou estadual, como por meio de fundações estatais ou consórcios municipais, evitando-se a precarização dos contratos de trabalho dos médicos e demais funcionários e também aumentando a segurança dos profissionais com salários compatíveis.

A formação do médico, sem deixar de lado os avanços tecnológicos, deve estimular e valorizar sua participação no atendimento e na resolução dos problemas mais comuns da área da saúde, tal como ocorreu em outros países com sistemas universais de saúde, como a Inglaterra e o Canadá, que valorizam o médico generalista.¹⁵

O SUS não pode deixar de lado seu papel na definição do ensino médico e na orientação das vagas de residência médica bem como na estruturação de sistema de educação continuada para os profissionais do sistema.

Finalmente, cabe salientar que o SUS também não dispõe de recursos humanos qualificados para a gestão do sistema. Iniciativas de aperfeiçoamento e capacitação neste sentido têm sido feitas, mas insuficientes, tornando bastante improvável a melhoria da eficiência do sistema, na falta de técnicos que possam pensar, adaptar e executar as políticas de saúde nas diferentes regiões do País.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os recursos para o SUS são realmente insuficientes para a efetivação do atendimento universal e integral de saúde, quando comparados aos gastos de outros países desenvolvidos. Contudo, a saúde disputa os recursos públicos com outras áreas sociais (educação, saneamento básico, segurança, habitação, por exemplo) e existem limites concretos para o crescimento das despesas de saúde.

O necessário aumento de recursos públicos para a saúde como parcela do PIB deve ocorrer de forma sustentável (beneficiando-se de novas receitas públicas, se porventura o crescimento econômico do país permitir), simultaneamente com o desenvolvimento de estratégias para melhorar a eficiência das alocações destes recursos.

A implantação de redes de atenção de saúde é um caminho para melhorar a alocação, integração e otimização de

recursos, mas sua implementação é bastante difícil e depende de consensos variados entre os gestores e do desenvolvimento de metodologias que aperfeiçoem o modelo de atenção à saúde, como o desenvolvimento de linhas de cuidados, protocolos clínicos e outros instrumentos para condutas clínicas, baseados em evidências científicas, a logística para a rede (incluindo o transporte), o financiamento, o planejamento, a tecnologia de comunicação e informação (para regulação, monitoramento e avaliação) entre outros aspectos.

O Ministério da Saúde optou por trabalhar com redes temáticas (urgência e emergência, cegonha, atenção à pessoa com deficiência e crônicos), que não seguem plenamente a lógica da rede de atenção à saúde voltada para cuidados de condições crônicas e não modifica a proporção de financiamento entre a rede hospitalar de média e alta complexidade e a atenção básica em saúde.

O Brasil pode e deve criar normas que tratem da incorporação tecnológica e suas consequências para o SUS. Em vários países desenvolvidos, com sistemas universais de saúde, há preocupação em avaliar e comparar as novas tecnologias, inclusive medicamentos, e que envolve vários quesitos, como segurança, eficácia, possibilidade e indicação do uso, uso em saúde pública, custos e medidas de resultados, reflexos econômicos e éticos.

Como exemplos, no Reino Unido, o National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice) ligado ao National Health Service (NHS), que desenvolve os protocolos dos procedimentos intervencionistas e avaliações tecnológicas dos fármacos; na Espanha, a Catalan Office for Health Technology Assessment (COHTA), Agência pública ligada ao Serviço de Saúde Catalã; no Canadá, a Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA), focada na utilização de evidências e efetividade clínica e econômica.

Para superar os desafios do SUS é preciso mudar e otimizar práticas do sistema buscando ganhos de escala e de qualidade. Melhorar a assistência pelo uso de informações e de evidências científicas, que possam ser compreendidas e utilizadas pelos gestores. Deve-se evitar a tendência de soluções simplistas para o SUS, com o risco de se repetir o erro já apontado por H.L. Mencken: “Para cada problema complexo há uma solução que é simples, elegante e errada.” - H.L. Mencken

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde/RIPSA. Taxa de fecundidade total em indicadores demográficos. In: Indicadores e Dados Básicos do Brasil - IDB 2012. Brasília: DATASUS; 2012.
2. Mendes JDV. Perfil da mortalidade de idosos no Estado de São Paulo em 2010. Saúde em Dados – Contextualização. BEPA. 2012;9(99):33-49.
3. Mendes JDV, Bittar OJNV. Saúde pública no Estado de São Paulo: informações com implicações no planejamento de programas e serviços. Rev Adm Saúde. 2010; Ed. Esp. (Supl):5-71.
4. Mendes JDV, Cecilio MAM. Tendências regionais da mortalidade por câncer no Estado de São Paulo, 2000 a 2010. BEPA. 2012;9(104):24-45.
5. Medici AC. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. 3ª ed. Brasília: IPEA; 2002. p 23-68.
6. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Ginebra: OMS; 2013. p. 45, 131-42.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva.

- Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas por recursos próprios de 2000 a 2010. Brasília: SIOPS; 2012.
8. Bittar OJNV, Mieldazis EJ. Considerações sobre recursos de saúde, economia e demografia brasileiras. *Rev Adm Pública*. 1992;26(3):107-18.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 1).
 10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS; 2011.
 11. Barceló A, Luciani S, Agurto I, Orduñez P, Tasca R, Sued O. Melhora dos cuidados crônicos por meio das redes de atenção a saúde. Brasília: OPAS; 2011.
 12. Barata LRB, Mendes JDV, Andrade, MC. O gestor estadual e os desafios da atenção básica em saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS. Brasília: CONASS; 2010. p. 71-9.
 13. Bittar OJNV, Mendes JDV, Magalhães A. Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular. São Paulo: SES/SP; 2011.
 14. Gragnolati M, Lindelow M, Couttolenc B. Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde. Washington: The World Bank; 2013.
 15. Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. *Rev Adm Saúde*. 2010;12(46):7-14.