



Mônica Viegas Andrade

Professora titular do Departamento de Economia da Universidade Federal de Minas Gerais e coordenadora do Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade (GEESC/Cedeplar-UFGM)



Kenya Noronha

Professora associada do Departamento de Economia da Universidade Federal de Minas Gerais e vice-coordenadora do Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade (GEESC/Cedeplar-UFGM)

Desafios e perspectivas: refletindo sobre o sistema de saúde brasileiro

Este artigo inaugura uma coluna bimestral dedicada à temática da saúde no Brasil assinada por pesquisadores do Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade (GEESC) da Universidade Federal de Minas Gerais. Recebemos com muita satisfação esse convite e esperamos poder contribuir no debate e fortalecimento do sistema de saúde brasileiro.

O sistema de saúde brasileiro é composto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), universal, gratuito e integral, e pelo setor privado, financiado principalmente por planos e seguros de saúde. O SUS é a principal política social no Brasil, tendo impactos diretos e indiretos no bem-estar da população e desenvolvimento econômico do país. Com o SUS, o Brasil saiu à frente da maior parte dos países em desenvolvimento, oferecendo uma política universal de saúde, antecipando as orientações das Nações Unidas em relação às Metas de Desenvolvimento Sustentável. Ao longo de seus 35 anos, o sistema público adotou políticas de sucesso tais como o Programa Nacional de Imunização, Estratégia de Saúde da Família, combate

ao tabagismo, controle e tratamento do HIV/AIDS, oferta dos serviços de alta complexidade e organização da rede de urgência e emergência.

O principal entrave para o SUS é o subfinanciamento. O Brasil tem destinado, em média, desde os anos 2000, cerca de 9% do PIB em saúde, valor próximo ao observado na maioria dos países da OCDE. A particularidade do caso brasileiro decorre da composição desses gastos. Em 2019, enquanto o setor privado foi responsável por 57,8% do gasto total, no SUS esse percentual foi de 42,2%. Mesmo no sistema americano, que é majoritariamente privado, os gastos públicos correspondem a 48% do total. O Brasil é o único país com um sistema público universal com participação minoritária do gasto público em saúde. Essa composição evidencia que o montante de recursos públicos é insuficiente para ofertar uma cobertura adequada de serviços. O subfinanciamento do SUS se traduz em longas filas de espera e indisponibilidade de alguns serviços comprometendo a integralidade do atendimento.

Além do subfinanciamento, o Brasil frequentemente se destaca pela ineficiência nos gastos com saúde. Fatores de contexto e associados à organização do sistema de saúde podem ajudar a entender as causas dessa ineficiência. Em relação aos fatores de contexto, o estado de saúde depende das condições socioeconômicas e ambientais nas quais os indivíduos estão inseridos. No Brasil, coexistem perfis epidemiológicos associados a níveis diferentes de desenvolvimento. Observa-se, de um lado, um aumento da prevalência de doenças crônicas devido ao processo de envelhecimento populacional. De outro, persiste ainda elevada incidência de doenças infectocontagiosas e parasitárias refletindo condições de vida precárias, sobretudo de saneamento e infraestrutura, e baixos níveis educacionais. Além disso, o Brasil vivencia problemas associados à violência e acidentes de trânsito que pressionam o desempenho do sistema, tanto em relação aos gastos quanto a perdas relacionadas à saúde, incluindo mortes precoces e perdas de produtividade. Em relação aos fatores organizacionais, há elementos macroestruturantes, associados ao desenho do sistema de saúde, e elementos no nível micro, como problemas de gestão e remuneração dos prestadores. Nessa coluna, chamamos atenção para dois aspectos macroestruturantes: o princípio da descentralização e o *mix* público-privado.

Mix público-privado

No Brasil, o setor privado tem um papel duplicativo ao SUS na medida em que não há restrições à oferta de

Brasil vivencia problemas associados à violência e acidentes de trânsito que pressionam o desempenho do sistema, tanto em relação aos gastos quanto a perdas relacionadas à saúde

serviços de saúde. Esse *mix* traz vantagens, como a possível redução da demanda no setor público e a liberdade de escolha individual de serviços de saúde, mas também apresenta dilemas como a inequidade (indivíduos com cobertura privada possuem dupla forma de acesso a serviços de saúde) e a fragmentação do cuidado. Essa fragmentação ocorre uma vez que a oferta privada não é organizada na lógica do cuidado longitudinal e integral. O cuidado longitudinal envolve o acompanhamento dos indivíduos pela atenção primária, enquanto a integralidade se refere à unificação de ações de saúde preventivas, curativas e de reabilitação. Como consequência, observam-se gastos elevados, com a oferta focada no cuidado curativo.

O *mix* público-privado tem consequências também sobre a demanda pelos serviços no SUS, principalmente por meio de dois mecanismos. O primeiro refere-se à incorporação tecnológica no SUS. Ao operar pela

rede privada contratada, o Ministério da Saúde perde, em certa medida, o papel de centralizador da decisão de uso e incorporação de tecnologias. Os prestadores, que atuam nos dois setores, podem induzir determinados tratamentos ainda não oficialmente padronizados no SUS pela judicialização. Em 2019, os gastos com judicialização foram de R\$ 1,3 bilhão, o que correspondeu a 0,44% dos gastos do SUS. O segundo mecanismo está associado à possível seleção de risco de procedimentos e de indivíduos no SUS. A seleção de risco de procedimentos ocorre quando indivíduos com cobertura parcial ou com rede restrita buscam acesso a serviços de saúde no SUS. O ressarcimento ao SUS é o mecanismo implementado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para compensar o setor público pelo uso de serviços por beneficiários de planos de saúde. Dados do Painel Financeiro de Ressarcimento ao SUS, disponibilizado pela ANS, mostram que a despesa total de beneficiários de planos de saúde com atendimentos realizados no SUS em relação ao total da despesa assistencial do setor de saúde suplementar alcançou 0,94% em 2019. Esse sistema, entretanto, ainda apresenta dificuldades e problemas de morosidade. A seleção de indivíduos, embora não permitida pela ANS, pode ocorrer na medida em que indivíduos mais vulneráveis (por exemplo, idosos, portadores de doenças preexistentes) podem sair do setor privado ou reduzir a cobertura devido principalmente à restrição orçamentária.

Uma das propostas que tem sido discutida é a integração dos subsistemas público e privado por um sistema único de informação. Essa integração é um dos pontos nevrálgicos que precisa ser enfrentado para a consolidação do sistema de saúde brasileiro. Esse sistema deve compreender o cartão nacional de saúde (já implementado) que permita a identificação única do cidadão nos dois subsistemas e prontuário eletrônico interligando todos os provedores das redes pública e privada. Esse sistema permitiria diversos avanços, entre os quais, aumento da eficiência dos gastos nos dois setores, público e privado.

Princípio da descentralização

Segundo a Constituição Federal de 1988, um dos princípios do SUS é a descentralização, sendo os municípios responsáveis por garantir para seus residentes acesso a todos os serviços de saúde. Esse princípio, entretanto, embora esteja em consonância com a nossa estrutura federativa, traz impasses para o provimento dos bens e serviços de saúde na medida em que grande parte dos municípios não tem capacidade suficiente de organização, principalmente da oferta dos serviços de média e alta complexidade. Como resposta, o governo federal definiu um marco normativo que organiza as ações e serviços do SUS em redes de cuidado regionalizadas e hierarquizadas para a garantia da integralidade. Além da integralidade, argumentos de natureza econômica justificam a regionalização e organização da oferta em redes de

cuidado, na medida em que há ganhos de escala, escopo e de resolutividade. O uso dos serviços de média e alta complexidade ocorre com menor frequência na população, sendo necessário ter escala populacional que otimize a capacidade instalada. Além disso, o processo de produção desses serviços apresenta ganhos de qualidade com a escala devido aos efeitos de aprendizado (*learning by doing*). O forte movimento de descentralização da gestão do sistema, entretanto, tem gerado dificuldades para a conformação das regiões e das redes de atenção à saúde. Observou-se, por exemplo, ampliação do número de hospitais municipais, em sua maioria de pequeno porte. A baixa escala de produção que os hospitais públicos operam no Brasil resulta em baixa resolutividade e no não aproveitamento de economias de escala e de escopo. Tais dificuldades se somam à baixa oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, às grandes filas para agendamento de consultas com especialistas e para cirurgias eletivas.

Diversos elementos explicam as dificuldades para a organização regional do SUS e das redes de cuidado, mas chamam a atenção os aspectos relacionados à capacidade dos gestores para implementar esse processo. Dentre eles destacam-se a descontinuidade política, a fragilidade técnica e a alta rotatividade de secretários nos municípios, assim como a fragilidade estrutural e técnica das secretarias estaduais de Saúde. Somam-se a isso a dificuldade dos colegiados regionais em superar os interesses eleitorais,

clientelistas e corporativos presentes na cultura política municipal; a incapacidade para regular o setor privado contratado, seja para a gestão ou prestação de serviço; a fragilidade dos instrumentos jurídicos para garantia das pactuações; e a dificuldade de regulação dos fluxos regionais.

Desde 2017, o governo federal tem priorizado a formação das redes de atenção à saúde. Até o momento foram criadas as Redes de Urgência e Emergência, Rede Materno-Infantil (Cegonha), Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Entretanto, há uma heterogeneidade importante no desenvolvimento e maturidade da organização dessas redes e da própria regionalização intra e interestadual. As evidências empíricas são contundentes em destacar a presença de vazios assistenciais, sobretudo em áreas remotas com menor densidade populacional. A experiência recente da pandemia de Covid-19 mostrou a heterogeneidade e desigualdade na capacidade de resposta do SUS entre as regiões brasileiras. É necessário definir políticas de médio-longo prazo para garantir não apenas a habilitação de estabelecimentos capazes de ofertar o cuidado, mas também capacidade de organização, monitoramento e regulação permitindo o fluxo dos pacientes entre os pontos da rede. ■

Mônica Viegas Andrade e Kenya Noronha escrevem a cada bimestre.