

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A GÊNESE, CONTEMPORANEIDADE, E OS DESAFIOS DO AMANHÃ.

SUS - UNIQUE HEALTH SYSTEM: GENESIS, CONTEMPORANEITY, AND TOMORROW'S CHALLENGES.

Francisco Carlos Cobaito¹

Victor Quintães Cobaito²

Resumo

Buscou-se revisitar a história do Sistema Único de Saúde - SUS no Brasil desde a sua criação, passando por alguns dos avanços e retrocessos dos últimos cinco anos (2015 a 2019). Ademais, a partir de este retrospecto se elencar os principais desafios do atendimento universal em saúde á uma população que cresce exponencialmente, frente aos escassos recursos de profissionais de saúde e do orçamento público. Foi possível identificar alguns pontos centrais de mudanças necessárias a fim de promover uma maior abrangência do atendimento do SUS no desafio de oferecer saúde pública no Brasil; que passa não somente pelo maior empenho de verbas do orçamento público, mas também pela população como corresponsável sobre sua própria saúde, também do combate a crescente judicialização da saúde, e não menos importante, pelo esforço em se manter por mais tempo no cargo o Ministro da Saúde evitando assim a descontinuidade de políticas de saúde pública.

Palavras-chave: Práticas de saúde, Integralidade em Saúde, Sistema Único de Saúde - SUS.

Abstract

¹Mestre em Administração de Empresas pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Economista, Professor do MBA em Gestão Estratégica e Inteligência de Mercado da Universidade Paulista (UNIP).

²Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein.

We sought to revisit the history of the Unified Health System - SUS in Brazil since its creation, going through some of the advances and setbacks of the last five years (2015 to 2019). In addition, from this retrospective, the main challenges of universal health care are listed for a population that grows at an accelerated progression, given the scarce resources of health professionals and the public budget. It was possible to identify some central points of necessary changes in order to promote a greater coverage of SUS care in the challenge of offering public health in Brazil; which includes not only the greater commitment of public budget funds, but also the population as co-responsible for their own health, also combating the increasing judicialization of health, and not least, for the effort to remain in office the Minister for a longer time. thus avoiding the discontinuity of public health policies.

Keywords: Health practices, Health Integrality, Unified Health System - SUS.

Introdução

SUS-Sistema Único de Saúde foi instituído pela Constituição de 1988, e tinha como base os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Por meio deles, garantiria a todos os brasileiros o acesso ao sistema de Saúde, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças desde o nascimento até a velhice¹.

Ainda de acordo com a Constituição Federal de 1988 foi determinado que fossem as três esferas de governo – federal estadual e municipal – responsáveis por financiar o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita suficiente para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema.

O Brasil conta atualmente com 210.147.125 milhões de pessoas e ocupa a quinta posição em países com maior número de habitantes no mundo, logo atrás de nações

como a China e a Índia que possuem mais de 1.300.000.000 milhões de habitantes, Estados Unidos com 328.700.000, e Indonésia com 268.074.600 milhões².

É uma missão constitucional que este elevado contingente populacional que habita em um país com a dimensão continental de 8.511.000 km², e que de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ainda boa parte dos lares brasileiros, ou 35,7%, não têm acesso a serviços de coleta de esgoto; tenha seus problemas de saúde custeados pelo Governo, o que tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada.

As restrições orçamentárias para o setor, sobretudo a falta de recursos nos municípios, e a necessidade premente de superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS.

Nesse sentido, um dos maiores clamores sociais do Brasil é a saúde pública, materializada nos atendimentos do SUS, que se constitui hoje um dos temas mais conflitivos e exteriorizados da nossa sociedade, na medida em que às condições econômicas de restrição financeira imposta pelas políticas de ajuste econômico do governo, e os cortes na verba pública; frente aos avanços da idade média da população, geram um arcabouço complicado, onde muitos agentes públicos e privados têm diferentes interesses na formulação e aplicação de políticas e verbas públicas destinadas à saúde do nosso país.

Ademais, torna-se importante o entendimento da construção histórica deste marco regulador da saúde pública no Brasil, como também compreender o momento atual, em que principalmente a população pertencente à classe média, que até poucos anos atrás pensava nunca por seus pés em uma unidade hospitalar do SUS, porém hoje; devido ao aumento expressivo de valores das mensalidades dos planos de saúde de empresas privadas que desestimulam a população a manterem o plano ativo, se veem compelidas a migrarem e utilizarem cada vez mais o sistema público de saúde em sua

busca para o restabelecimento de sua saúde, e mais que isso, procurar elencar quais seriam os possíveis caminhos para este sistema SUS para as próximas décadas.

Portanto, refletir sobre a construção histórica do SUS – Sistema Único de Saúde, na ótica dos estudiosos da Medicina de ontem, de hoje e de amanhã, trata-se de desvelar as pedras de tropeço, os acertos, e os vazios que precisam ser preenchidos para se alcançar a qualidade de atendimento que a população necessita, levando-se em conta a realidade que as limitações do orçamento a saúde que um País em desenvolvimento como o Brasil proporciona.

Método

Este trabalho fundamenta-se na abordagem qualitativa, e quanto sua à tipologia alinha-se a uma pesquisa bibliográfica, que reúnem e analisam informações e dados que já foram publicados e catalogados, como a base para a construção da investigação proposta a partir de um determinado tema³.

Neste sentido, se entende por pesquisa bibliográfica a revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico. Essa revisão é o que chamamos de levantamento bibliográfico ou revisão bibliográfica, a qual pode ser realizada em livros, periódicos, artigo de jornais, sites da Internet entre outras fontes⁴.

Por ser o tema deste estudo um assunto amplamente discutido pela sociedade, foi escolhido um amplo espectro de fontes para a pesquisa, a partir da escolha das bases acadêmicas para coleta dos dados: Google Scholar e Scientific Electronic Library Online - SciELO, tendo como foco os artigos de natureza acadêmica, sendo considerados também casos de ensino, notas bibliográficas, e também outros tipos de produção como entrevistas e palestras, além de dados contidos nos sites de órgãos oficiais da administração pública do Brasil.

Resultados e discussão

Antes da criação do SUS, existia um sistema de saúde que atendia apenas aquela parte da população que tinham direito aos Institutos de Assistência, que já haviam sido centralizados no antigo INAMPS- Instituto de Assistência da Previdência Social. Então, quem não tivesse direito e acesso ao INAMPS, tinha que ser atendido em outro sistema paralelo, que eram os sistemas públicos estaduais e municipais. Boa parte da população ficava sem acesso a saúde. Já no Sistema Único de Saúde, como o nome diz, houve a unificação do acesso da população a tudo isso e, a partir de alguns princípios éticos de inclusão social, tornou o sistema aberto a toda e qualquer pessoa, sem a necessidade de comprovação de vínculo com alguma instituição, tornando-o assim universal⁵.

Parte da população saudosista lembra-se dos tempos do INANPS e categoricamente afirmam: aquilo sim que era bom! Era fornecida a população todos os remédios de forma gratuita, e se faziam todas as cirurgias...! Carvalho⁶, alerta que naqueles anos a massa de trabalhadores filiados ao INAMPS nunca passou de 30 milhões, e que nos dias atuais falamos da universalidade com uma população que já em 1994 atendia a 157 milhões de pessoas.

Ademais, o Sistema Único de Saúde (SUS) e suas bases doutrinárias foram gerados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, durante o processo de redemocratização do país e nas vésperas da realização da Constituinte de 1988⁷.

A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, esse “conceito ampliado de saúde”, foi o resultado de uma discussão e embates teóricos e políticos, que culminaram com a implantação do SUS. Porém somente em 1990 o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalhou e normatizou o funcionamento do sistema, onde a partir deste momento, a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita.

De acordo com ministério da saúde do Brasil:

O sistema único de saúde (sus) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da atenção primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. com a sua criação, o sus proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. (brasil, 1988).

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) são:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação Intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

A Constituição Federal de 1988 determina que os recursos financeiros para custear o Sistema Único de Saúde (SUS), venham das três esferas de governo federal, estadual e municipal, gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual⁸.

I-avanços e retrocessos dos últimos cinco anos (2015 a 2019)

A teoria do economista britânico Thomas Robert Malthus afirmava que as populações humanas, se não ocorrerem guerras, epidemias, desastres naturais dentre outros eventos semelhantes, tenderia a duplicar a cada 25 anos. Ela cresceria, portanto, em progressão geométrica (2, 4, 8, 16, 32...). Já o crescimento da produção de alimentos ocorreria apenas em progressão aritmética (2, 4, 6, 8, 10...). Ao considerar esses dois postulados, Malthus concluiu que o ritmo de crescimento populacional (progressão geométrica) seria mais acelerado que o ritmo de crescimento da produção de alimentos (progressão aritmética). Tal conceito, nos dias atuais pode ser estendido para outros recursos de natureza intangível, como por exemplo, a oferta pública de saúde a população que teria dificuldade em acompanhar o ritmo do crescimento populacional⁹.

A população brasileira ao final de 2014 era de 204 milhões de pessoas, já em 2019 a população subiu para 210 milhões de habitantes, o que representa um crescimento próximo a 3% acumulado nestes últimos cinco anos em um ritmo não tão acelerado como o previsto por Malthus em sua teoria. Porém, alguns outros números,

como a evolução da população idosa com uma idade superior a 60 anos, que nos últimos cinco anos segundo o IBGE² cresceu 4,5% em relação ao ano de 2015, sendo que em 2018, alcançou 13% da população Brasileira. O instituto também fez uma série de projeções de longo prazo apontando que a expectativa em 2060 à população com mais de 60 anos mais que dobre e atinja 32% do total de brasileiros.

Quanto à base de médicos, segundo o Conselho Federal de Medicina, em 2015 foram apurados cerca de 400 mil médicos atuando no Brasil, já em 2019, o Brasil alcançou o maior número de 450 mil médicos, representando um aumento de 12,50% no período, porém, somente 50% deste total de médicos atende no SUS.

Ressalta o Dr. Mário Scheffer¹⁰, que mesmo com o maior número de profissionais as desigualdades permanecem tanto geográfica quanto no interior do próprio sistema de saúde. “Faltam médicos nos pequenos municípios, nas periferias das grandes cidades e em vários serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) – na atenção primária, em prontos-socorros e em ambulatórios de especialidades.”

O orçamento para a saúde no Brasil saltou de R\$ 113,01 bilhões em 2015, para R\$ 123,42 bilhões em 2019, porém em 2019 só foi gasto efetivamente 107,88 bilhões na área da Saúde, onde apesar dos valores de bilhões de reais, o investimento público brasileiro em saúde é baixo em comparação ao de países com sistemas semelhantes de cobertura universal. De acordo com o levantamento, o gasto governamental médio por habitante em 2017 foi de R\$ 1.271,65 (cerca de US\$ 340), somando-se todas as esferas — União, Estados e Municípios. No Reino Unido, considerado modelo de sistema universal, por exemplo, o gasto per capita foi dez vezes maior: US\$ 3,5 mil, valor semelhante aos aplicados por França e Canadá. Mesmo a Argentina, com US\$ 713, investiu mais do que o dobro¹¹.

Os números absolutos do orçamento da saúde parecem altos, mas alerta que além do baixo investimento per capita, a participação pública no total de gastos em saúde é insuficiente. No Brasil, os cofres governamentais custeiam 43% dos gastos totais no setor. O restante é arcado pelas famílias com serviços de saúde privados, como

planos de saúde e compra de medicamentos. No Reino Unido, a participação estatal no gasto total chega a 80%.

Ao mesmo tempo em que o Brasil sofre com a verba insuficiente do governo federal, o SUS vê crescer a demanda por seus serviços, motivada por mudanças nos perfis socioeconômico e epidemiológico dos brasileiros. Entre elas, o envelhecimento da população, o aumento dos acidentes de trânsito e da violência e o crescimento do desemprego que fez com que quase três milhões de pessoas abandonassem os planos de saúde nos últimos cinco anos, aumentando a procura pela rede pública¹².

Em seu plano de governo¹³, no entanto, o atual presidente da República, Sr. Jair Bolsonaro, assevera que não pretende aumentar o percentual destinado à saúde, afirmando que "é possível fazer muito mais só com os atuais recursos". O também atual ministro da Saúde, o ex-deputado federal e médico ortopedista Dr. Luiz Henrique Mandetta, em seu discurso de posse sustenta que a saída é melhorar a gestão e o controle do dinheiro, com a redução de custos, e com maior eficiência nos gastos. Ele prometeu, porém, que não haverá retrocessos.

Nestes últimos cinco anos houve alguns avanços no esforço do Estado em melhorar as condições da população, como a redução da mortalidade infantil. O exemplo do calendário de vacinas do Brasil é reconhecido mundialmente, os programas de transplantes de órgãos que são feitos em grande número e com qualidade na rede pública o programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, além de maiores esforços para o controle do tabagismo, isso foi possível por meio do SUS. Hoje os brasileiros também envelhecem com mais qualidade e morrem mais tarde. Nos anos 1980, a expectativa de vida era de 69 anos já em 2018 subiu para 76 anos¹⁴.

Apesar dos percalços que o SUS atravessa, houve avanços e temos como um bom exemplo o programa da Estratégia Saúde da Família do SUS que cobre mais de 130 milhões de brasileiros com cerca de 40 mil equipes de Saúde da Família organizadas em todo o território nacional. Ainda para o autor, outro elemento muito importante de avanço do SUS nesses cinco anos foi à universalização da alta

complexidade, que são aqueles procedimentos mais caros, mais especializados, realizados em lugares de ponta para o atendimento, por exemplo, do tratamento de câncer ou transplantes¹⁵.

Por outro lado, o Brasil é o país mais populoso do mundo que se propõe a fornecer acesso à saúde a toda população, um tanto ousado para um país em desenvolvimento, mais que isso, alerta também para as políticas paternalistas do Governo que tratam a população como crianças que têm o direito à saúde, mas não tem responsabilidade de cuidar de sua própria saúde, para o autor cada pessoa também deve ser responsável pela sua saúde individual, e não deixar tudo nas mãos do Estado¹⁶.

Neste cenário, temos a visão do Dr. Drauzio Varela¹⁷ que destaca um aspecto que segundo ele é crítico na condução da saúde no Brasil, que é a constante mudança de Ministros da Saúde, que permanecem em média menos de dois anos no cargo, alerta que a cada mudança ocorrem também alterações de centenas de colaboradores do segundo e terceiro escalão da administração pública, onde ocorrem interrupções de políticas recém-implantadas, e implementações de outras novas... que poderão ser descontinuadas pelo próximo gestor, e assim sucessivamente, trazendo atrasos nas políticas públicas de saúde.

Nos últimos cinco anos houve cinco Ministros da Saúde, Arthur Chioro que é médico sanitário, de 03/02/2014 a 02/10/2015, Marcelo Castro que é médico psiquiatra, de 05/10/2015 a 27/04/2016, Ricardo Barros que é Engenheiro Civil, de 13/05/2016 a 02/04/2018, Gilberto Occhi que é advogado, de 02/04/2018 a 02/01/2019, e o atual Luiz Henrique Mandetta, que é médico ortopedista, e que, até a data limite do escopo deste trabalho, ocupa a pasta desde 02/01/2019¹⁸.

Ainda, para o médico Dr. Drauzio Varela¹⁷ existem outros dois pontos que tem se intensificado nesses últimos cinco anos, e que no seu entendimento também prejudicam o bom funcionamento do sistema SUS, que são primeiro a Judicialização da saúde, e segundo, a cultura de solicitação excessiva de exames no Brasil.

A judicialização da saúde ao tentar resolver um problema individual, tira recursos da coletividade, e não resolve os problemas de acesso por parte da população e tende a criar enormes dificuldades na melhoria da prestação de serviços do SUS, pois quebra a equidade no acesso, consome muitos recursos financeiros, cria uma segunda porta de entrada, e acaba enfraquecendo a política pública de saúde¹⁹.

As decisões jurídicas concedendo um direito no campo da saúde é algo a ser visto, dado que a decisão judicial não pode levar somente em conta a situação do paciente na efetivação de um direito, visto que conceder recursos para um procedimento de altíssima complexidade, ou fornecer um medicamento de uso contínuo de altíssimo custo pode prolongar ou salvar uma vida, mas pode condenar muitas outras na outra ponta por falta destes mesmos recursos. Não há orçamento suficiente para cobrir os gastos de se cumprir as determinações judiciais, estima-se que em 2016 o Governo Federal tenha gastado com medicamentos o montante de R\$ 1,6 bilhão²⁰.

Em relação à cultura de exames que ainda é comum, não somente no Brasil, mas em todo o mundo, que vários médicos optem por exames em excesso, devido à solicitação de testes de laboratório ser mais veloz e mais simples do que a realização de uma anamnese completa e um exame físico de qualidade. Para evitar ou diminuir esta distorção os autores propõem um instrumento simples que poderia ser eficaz na realidade brasileira seria incorporar um recurso nos prontuários eletrônicos para calcular os custos de acordo com o preço dos exames, fato que poderia sensibilizar para a solicitação daquilo que é ou não é necessário solicitar, a fim de evitar desperdício do dinheiro público¹⁴.

II-Outros sistemas universais de saúde semelhantes ao sus no mundo.

Não são muitos os países que possuem um sistema de saúde público universal. Reino Unido, Canadá, Austrália, França e Suécia integram junto com o Brasil este pequeno grupo. No entanto, de acordo com o Ministério da Economia²¹ o orçamento

brasileiro dedicado ao setor é um dos piores da lista. Em 2019, a União investiu 6,7% do orçamento em saúde.

Os outros cinco países gastam entre 14,9% e 27,9% do orçamento do governo na área. Aponta ainda a OMS²² que 52,5% dos gastos com saúde no Brasil são pagos pelos pacientes e 47,5%, pelo governo. Nestes gastos estão incluídos quaisquer investimentos em saúde, como cirurgias, consultas e medicamentos. Na média mundial, 57,6% dos gastos são pagos pelo poder público e 42,35%, pelos cidadãos.

No Reino Unido, o National Health System (NHS) é universal e gratuito, financiado por impostos. Ele foi fundado em 1948 e serviu de inspiração para a criação do SUS. Por todo o Reino Unido, existe uma rede de hospitais e clínicas públicas onde todos residentes podem ser atendidos gratuitamente.

Os centros do sistema britânico são os General Practitioner (GP), uma espécie de postos de saúde que existe em todos os bairros. Nestes centros, um clínico geral acompanha e atende as pessoas registradas e encaminhar para especialistas ou atendimentos especializados se necessário. Além dos GPs, o NHS conta com os walk-in centres, nos quais não é necessário agendar consultas, hospitais e postos de pronto atendimento 24h.

Nos últimos anos, o sistema tem sofrido algumas dificuldades em função de cortes de verbas. Porém, ainda assim, 60% dos cidadãos se dizem satisfeitos com sistema de saúde de acordo com pesquisa realizada pelo NatCen Social Research²³, instituto de pesquisa britânico.

O sistema de saúde do Canadá é exclusivamente financiado pelo Estado, ou seja, ninguém paga pelos serviços de saúde e todos os residentes têm acesso aos mesmos médicos e tratamentos. No entanto, os serviços de saúde têm execução privada: a maioria dos hospitais e clínicas não é do governo e os médicos não são servidores públicos. Os planos de saúde privados existem para cobrir serviços não prestados pelo

governo, como oftalmologia, odontologia, atendimento médico em residência, quartos privados em hospitais etc²⁴.

A Austrália apresenta o sistema denominado Medicare, que é universal e oferece amplo serviço de saúde para todos os residentes do país. O governo federal é responsável pela criação de políticas de saúde, assim como a regulamentação e o financiamento por meio do dinheiro arrecadado com impostos. Os governos estaduais são responsáveis por administrar as unidades hospitalares e os profissionais da saúde. Apesar de a saúde ser majoritariamente financiada pelo Estado, coexiste com planos e serviços privados que complementam o serviço público.

O Medicare não cobre procedimentos considerados desnecessários, como os estéticos, e não presta serviço de ambulância, odontologia e fisioterapia. Algumas pessoas optam por contratar um plano de saúde privado para complementar o Medicare, cobrindo os custos totais de serviços privados, atendimento ambulatorial, odontológico etc.

A saúde pública na França funciona por meio do SHI, o Seguro Obrigatório de Saúde, um seguro universal e compulsório para todos os residentes do país. Os trabalhadores colaboram mensalmente com o fundo, com uma taxa descontada diretamente do salário, e grupos em situação de vulnerabilidade tem a cobertura do SHI sem necessidade de contribuição²⁴.

Os usuários do sistema tem liberdade para escolher o médico e instituição de preferência. Hospitais e clínicas públicas e privadas coexistem e o SHI cobre tratamentos nos dois setores. O seguro cobre a maioria dos serviços médicos e hospitalares, incluindo odontologia e medicamentos, mas em alguns serviços o paciente precisa pagar uma parcela do serviço (no máximo 25%), em um sistema de coparticipação.

O sistema de saúde da Suécia é universal - todos os residentes legais têm direito aos serviços de saúde que são financiados majoritariamente por impostos. O sistema de saúde cobre quase todos os serviços, incluindo remédios, atendimento domiciliar para idosos, tratamento psiquiátrico, oftalmologia e odontologia, mas os cidadãos devem contribuir pagando uma pequena parcela. Por exemplo, uma consulta com um clínico geral custa cerca de US\$ 14 para o paciente¹⁸.

Alguns grupos como menores de 18 anos, grávidas, e idosos, podem usar os serviços completamente de graça, mas as regras variam de região para região. Hospitais e clínicas públicas e privadas coexistem ambos prestando serviços e cobrando valores similares, com financiamento do governo e participação do paciente. Os valores dos serviços são regulados pelo governo e não podem ultrapassar o teto determinado.

Além disso, os procedimentos obedecem a prazos pré-estabelecidos: o atendimento com um clínico geral deve acontecer em no máximo sete dias e consultas com especialistas, tratamentos e cirurgias em até 90 dias. O sistema de saúde é regulado pelo governo federal, mas é responsabilidade dos governos locais administrarem as instituições e oferecer um serviço de saúde de qualidade para as pessoas.

Conclusões

Os tópicos anteriores deste artigo apresentam alguns aspectos básicos sobre o funcionamento do sistema de saúde do Brasil, como também adiantaram importantes discussões a respeito de pontos centrais na atual administração do SUS.

Os desafios fundamentais a serem enfrentados, quando se objetiva em um futuro próximo alcançar um patamar mais eficiente e abrangente de atenção à saúde podem ser resumidos em alguns pontos centrais: 1 – Fonte de financiamento, 2 - Melhor remuneração ao profissional de saúde que atuam no SUS, a fim de atrair e reter um maior número de profissionais para o sistema, 3 - Melhor gestão dos recursos

existentes, através de uma administração mais profissional com as parcerias pública privadas.

Para a melhoria desses pontos, são necessárias políticas consistentes e contínuas onde a permanência por mais tempo da mesma equipe no Ministério da Saúde também se apresenta um ponto central.

À luz dos recentes acontecimentos que afetam a sociedade de maneira geral, com a pandemia do Covid-19, entende-se que algumas atitudes econômicas devem ser adotadas pelo Estado, onde o fortalecimento do SUS tem um papel primordial no combate efetivo desta doença, representando um dos alicerces; em outras palavras, garantindo saúde para grande parte da população economicamente ativa, importante para recuperação econômica mais sustentável no período pós- pandemia.

Uma das saídas para aumentar os recursos de dinheiro para o financiamento do SUS, poderá vir através de uma reforma tributária, reforma esta, que já está tramitando no congresso nacional Brasileiro através da PEC 45/2019, cuja proposta simplifica o sistema tributário, substituindo cinco tributos (PIS, Cofins, IPI, ICMS e ISS) pelo Imposto sobre operações com bens e serviços (IBS), fato que permitiria promover justiça fiscal e social, redistribuir a carga e melhorar a arrecadação²⁵. Com maior valor arrecadado, seria possível além de proporcionar mais recursos financeiros diretos aos hospitais e programas do SUS, poderia também se investir em infraestrutura, por exemplo, saneamento básico, que aumenta o nível de saúde da população diminuindo assim muito o custo na saúde.

Nesse sentido ampliar os recursos para o custeio do sistema, fato que deve merecer atenção especial do governo, fator que abre espaço para a contratação, retenção, e melhor remuneração dos profissionais de saúde que atuam no SUS e que prestam o atendimento a população. Segundo os dados do Datasus – Departamento de informática do SUS, atualmente é pago ao médico para um atendimento de clínico geral o valor de R\$ 12,00 por paciente, enquanto na rede privada o valor médio é de R\$ 60,00, Já a remuneração de um parto normal no SUS é de R\$ 263,00 onde a

remuneração na rede privada chega a R\$ 670,00; a má remuneração pode levar a um atendimento de pior qualidade, com consultas que por vezes não ultrapassam poucos minutos. Não é possível em minutos ouvir um paciente ou sequer examiná-lo mesmo que superficialmente. Portanto, para fazer que a tabela de procedimentos médicos seja corrigida, é necessário dispor de recursos adicionais nas três esferas municipais estaduais e federais²⁶.

Outro ponto central, para promover a melhor gestão dos recursos do SUS, seria o treinamento e capacitação dos gestores locais, por meio de cursos presenciais ou mesmo à distância, a fim de que os escassos e caros recursos humanos e dos insumos hospitalares sejam adquiridos e geridos de forma profissional.

Finalmente, há que considerar aumentar o número das “parcerias públicas privadas” que podem representar um caminho para que o SUS possa alcançar uma maior abrangência e qualidade no atendimento público para população, através das OSS - Organizações Sociais de Saúde, que representam um novo modelo de gestão onde alguns hospitais são gerenciados por entidades públicas não-estatais, submetidas a contratos de gestão, que são acompanhados e avaliados por estrutura da Secretaria de Saúde do Governo.

Tais parcerias são um caminho importante para que o sistema SUS possa atender a população com qualidade, integridade e universalidade, em unidades hospitalares administradas por OSS, ocorre o aumento do número de atendimentos, cirurgias, transplantes, e os recursos são melhores administrados gerando economias e redução de desperdícios²⁷.

Em um estudo de caso aplicado no Hospital do Rim e Hipertensão em São Paulo- Brasil, hospital este que é líder em transplantes de Rim na América Latina; foi possível identificar que um hospital público tenha excelência no atendimento, através de melhorias nos arranjos organizacionais e práticas de gerenciamento de seus processos internos, serem convertidos em centros de maior eficácia, e obterem o reconhecimento público²⁸.

Muito já foi conseguido na área da saúde no Brasil nas últimas três décadas com a construção do modelo SUS. Modificações significativas foram implantadas ao longo deste período, muito ainda precisa ser melhorado. Necessita-se de uma melhor administração dos recursos e de mais recursos, porém, com a mesma perseverança que tem caracterizado aqueles que lutam na área de Saúde Pública, presume-se que o Brasil está no caminho correto e que o sistema SUS, que já é um dos maiores e mais complexos do mundo; desde que principalmente, “tenha um maior aporte de recursos financeiros e administre estes recursos de maneira profissional, e de que a população também faça a sua parte tendo responsabilidade sobre sua própria saúde”; conseguirá atingir os seus objetivos últimos, garantindo amplamente, se não na sua totalidade, pelo menos, para a maior parte da população, os direitos do acesso à saúde pública com qualidade a esse nosso povo brasileiro.

Referências

1. PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1927-1936, 2013.
2. IBGE, **Dados de saúde pública**. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude.html>
3. RAUPP, Fabiano Maury et al. Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, p. 76-97, 2006.
4. PIZZANI, Luciana et al. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 10, n. 2, p. 53-66, 2012.
5. PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.
6. CARVALHO, Gilson. **Saúde com universalidade ou com catraca?**. 1994.

-
7. VICENTE, Analia Ingridy Domingos et al. **História da saúde pública no Brasil: a participação popular na " 8ª Conferência Nacional de Saúde"**. 2019.
 8. SALGADO, Leonardo Gil et al. A regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29/2000 pela **Lei Complementar nº. 141/2012**: estimativa dos impactos sobre o financiamento e sobre a oferta de serviços do SUS-MG. 2012.
 9. SILVA, José Adailton Barroso et al. Teorias demográficas e o crescimento populacional no mundo. **Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-SERGIPE**, v. 2, n. 3, p. 113-124, 2015.
 10. SCHEFFER, Mário. **Número de médicos sobe, mas má distribuição regional permanece.** Disponível em <https://jornal.usp.br/ciencias/maior-numero-de-medicos-no-pais-nao-veio-acompanhado-de-melhor-distribuicao/>
 11. BRASIL, **Portal da transparência do governo federal.** Disponível em <http://www.portaltransparencia.gov.br/>
 12. SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento et al. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018.
 13. DUARTE, João Paulo Pereira. Planos de governo dos presidentiáveis: uma análise sobre a abordagem da reforma agrária para a gestão 2019-2022. **Espaço e Economia. Revista brasileira de geografia econômica**, 2019.
 14. ROCHA, Elaine Cristina Barros et al. NECESSIDADE DE GERENCIAMENTO DOS GASTOS COM EXAMES LABORATORIAIS NO BRASIL. **Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco**, v. 8, n. 15, 2018.
 15. SILVA, Ana Caroline Furtado da. **Política de saúde na contemporaneidade: a relação entre as estratégias de privatização e o desmonte do Sistema Único de Saúde.** 2019.

-
16. PASTERNAK, Jacyr. What is the future of the Brazilian Public Health System?. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 4, 2018.
 17. VARELA Drauzio, **O SUS tem futuro?** Disponível em <https://globosatplay.globo.com/assistir/c/p/v/8149112/>
 18. IMMERGUT, Ellen M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 30, n. 11, p. 139-163, 1996.
 19. REIS, Dalila Castro et al. Controle Social do Sistema Único de Saúde Brasileiro: Desafios e Potencialidades da Gestão Pública/Social Control of the Brazilian Unified Health System: Challenges and Potentialities of Public Management. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 13, n. 45, p. 807-817, 2019.
 20. OLIVEIRA, Mariana Ferreira et al. JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: AS DEFICIÊNCIAS DO SUS COMO FATORES DE ACIONAMENTO JUDICIAL. **IV Encontro de pesquisas judiciárias da Escola Superior da Magistratura do Estado de Alagoas**, 2019.
 21. BRASIL, Ministério da Economia. Disponível em <https://www.gov.br/economia/pt-br>
 22. OMS – Organização Mundial da Saúde. Disponível em <https://news.un.org/pt/tags/organizacao-mundial-da-saude>
 23. NatCen Social Research. Disponível em <https://natcen.ac.uk/>
 24. TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma (s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 16, p. 7-17, 2007.
 25. OLIVEIRA, Juliana Cidna Rodrigues de. Estudo analítico sobre os impactos da reforma tributária no Brasil: comparativo entre a PEC 45/2019 e a PEC 110/2019. 2019.

26. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. Disponível em

<https://datasus.saude.gov.br/>

27. BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2483-2495, 2010.

28. COBAITO, Francisco Carlos. GESTÃO HOSPITALAR, SOB A LENTE DA RESOURCE BASED VIEW-RBV. **RAHIS**, n. 9, p. 34-42, 2012.