

Título do capítulo	CAPÍTULO 1 SUS: DESAFIOS PARA TORNAR EFICIENTE UM SISTEMA UNIVERSAL E SUBFINANCIADO
Autores (as)	Renato Tasca Rodrigo Pucci de Sá e Benevides
DOI	
Título do livro	SUS: AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE
Organizadores (as)	Carlos Octávio Ocké-Reis
Volume	
Série	
Cidade	
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2023
Edição	1ª
ISBN	
DOI	

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2023

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://repositorio.ipea.gov.br>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUS: desafios para tornar eficiente um sistema universal e subfinanciado

Renato Tasca

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Introdução

A universalização representa o objetivo central dos sistemas de saúde. Essa afirmação está baseada em vários acordos internacionais. Em 2014, na ocasião do 53º Conselho Diretor da OPAS, todos os países das Américas e do Caribe se comprometeram a alcançar o objetivo comum de acesso e cobertura universal¹. No ano de 2015, a Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável consolidou o compromisso com a cobertura universal, que constitui uma das metas do Objetivo 3 – Saúde e Bem-Estar². Mais recentemente, em 2019, a Declaração Política das Nações Unidas sobre Cobertura Universal reiterou o compromisso da saúde para todos, entendida como o direito de todas as pessoas terem acesso a serviços integrais de atenção à saúde, com qualidade e proteção financeira³.

Para alcançar esse objetivo, cada país organiza seu sistema de saúde de acordo com o próprio contexto e dentro dos marcos legais vigentes, construindo sistemas de saúde singulares, complexos e que tendem a evoluir de acordo com as prioridades e políticas dos governos que se sucedem. Como resultado, não existem ‘modelos’, ou seja, não é possível dizer qual o ‘melhor’ sistema; e, mesmo que fosse possível, seria impossível reproduzi-lo em um contexto histórico diferente do que o gerou.

Dessa forma, no mundo, observamos uma multiplicidade de sistemas de saúde, que percorreram caminhos diferentes para ampliar a cobertura de atenção à saúde de suas populações. Alguns países, como o México e o Peru, apostaram na implementação de planos ou seguros públicos de saúde que priorizam a população mais

pobre, oferecendo carteiras de serviços bastante amplas, com garantias explícitas de acesso, mas ainda com limitações ao princípio da integralidade⁴. Em outros casos, os sistemas de saúde funcionam de forma segmentada, com diversos prestadores, que, de acordo com as características socioeconômicas dos indivíduos, oferecem pacotes diferenciados de serviços⁵. Esse tipo de arquitetura nos sistemas ‘mistos’ conseguiu resultados concretos em termos de aumento da cobertura. Outras experiências, devido a lacunas na carteira de serviços, à excessiva segmentação do sistema e à insuficiente proteção financeira, mostraram-se pouco efetivas na redução das desigualdades^{6,7}.

O Brasil, da mesma forma que o Canadá e alguns países europeus (Reino Unido, Itália, Portugal e Espanha, entre outros), optou pela construção de um sistema público universal, baseado no direito social à saúde. A corajosa decisão de juntar todos os prestadores públicos em uma única entidade – o SUS – rompeu com as práticas de segmentação no setor público, enfrentando o desafio da integralidade^{8,9}.

Perseguir a universalização é uma tarefa difícil e cheia de obstáculos. Precisa de financiamento suficiente, políticas públicas coerentes, marcos legais robustos, recursos humanos qualificados e suficientes, sistemas de governança coerentes e participativos e modelos de atenção resolutivos. As desigualdades no Brasil são muito exacerbadas. O mais recente Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento¹⁰ mostrou que o país ocupa o posto de sétimo mais desigual do mundo, abaixo apenas de África do Sul, Namíbia, Zâmbia, Lesoto, Moçambique e República Centro-Africana. As desigualdades representam a principal barreira à universalidade, já que o perfil de saúde das pessoas é profundamente influenciado por determinantes sociais, econômicos e ambientais¹¹.

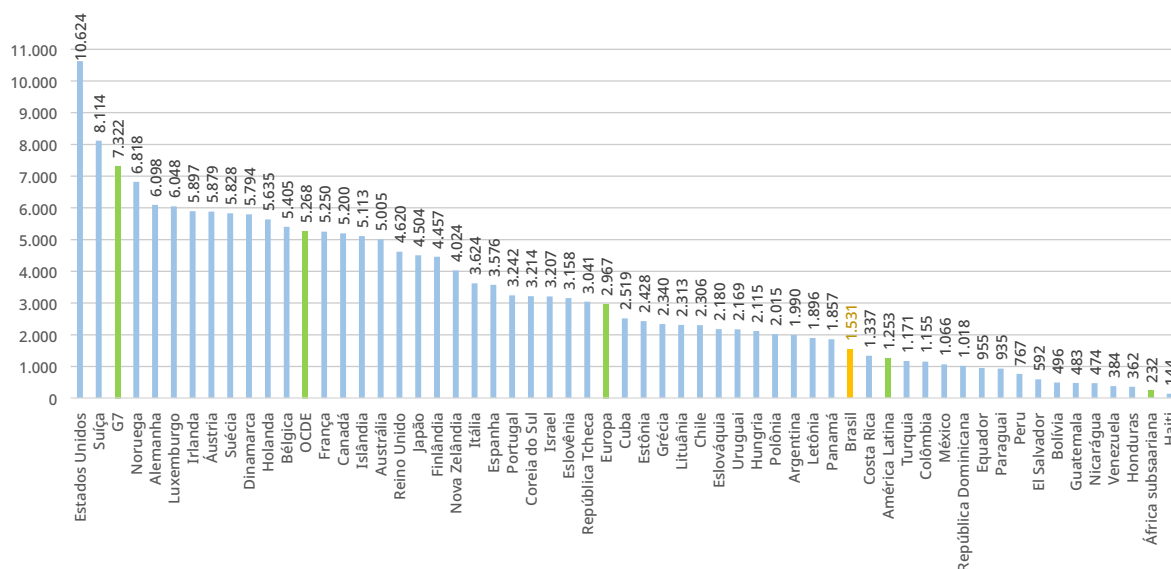
O subfinanciamento do SUS e a particularidade da composição do gasto em saúde no Brasil

Um estudo de 2019, feito por pesquisadores do Instituto de Estudos de Políticas de Saúde (IESP), comparou o Brasil com os países da OCDE e outros da América Latina¹². Os dados apresentados permitem observar que o principal obstáculo para o SUS, durante as suas mais de três décadas de vida, foi, sem dúvida, representado pelo financiamento insuficiente. O estudo apresenta dados de 2015, e os resultados continuam válidos para os últimos indicadores divulgados pela OMS, referentes ao ano de 2018.

No ano de 2018, o gasto total em saúde do Brasil, considerando o financiamento público e o privado, foi de US\$ 1.531 ajustados pela Paridade do Poder de Compra (PPC) per capita (gráfico 1). O valor aplicado no Brasil mostrou-se inferior ao de quase todos os

35 países da OCDE: só Colômbia, Costa Rica, México e Turquia gastaram menos. Porém, ao comparar com o dos outros países da América Latina, o gasto em saúde do Brasil se mostra superior ao da média dessa região, classificando-se em sexto lugar, atrás apenas de Cuba, Uruguai, Chile, Panamá e Argentina.

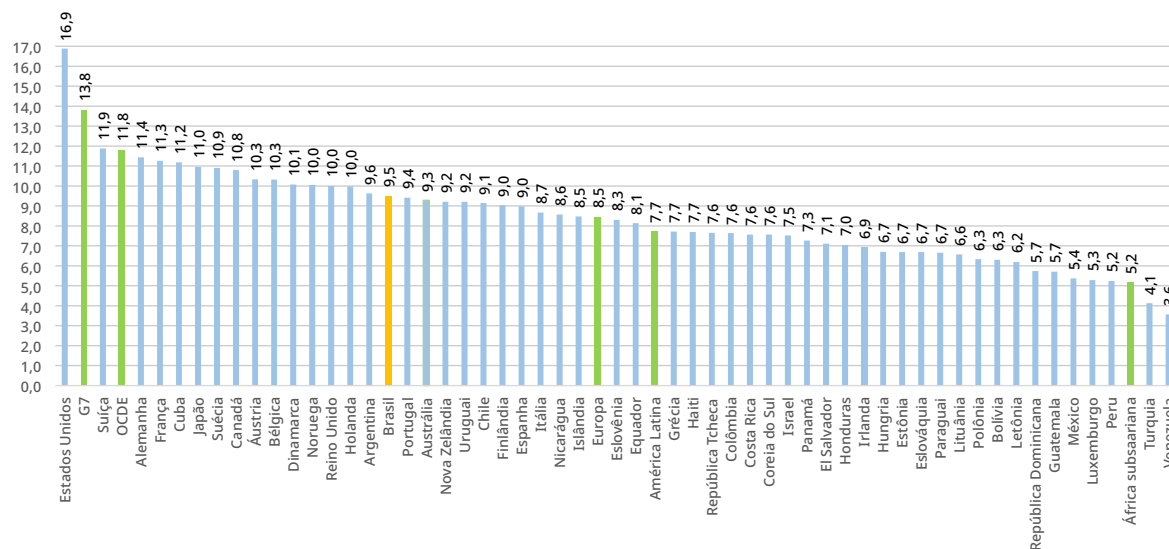
Gráfico 1. Gasto total (público e privado) em saúde per capita, OCDE e América Latina, em \$ PPC, 2018



Fonte: WHO¹³. Elaboração própria.

O gasto total em saúde brasileiro como proporção do PIB foi de 9,5% em 2018, acima da média da Europa (8,5%) e próxima à de Portugal (9,4%) e Reino Unido (10,0%). Os países mais desenvolvidos tendem a gastar entre 10% e 12% do PIB com saúde, enquanto os mais pobres gastam, em geral, entre 6% e 7% (gráfico 2).

Gráfico 2. Gasto total (público e privado) em saúde como percentual do PIB, OCDE e América Latina, em \$ PPC, 2018

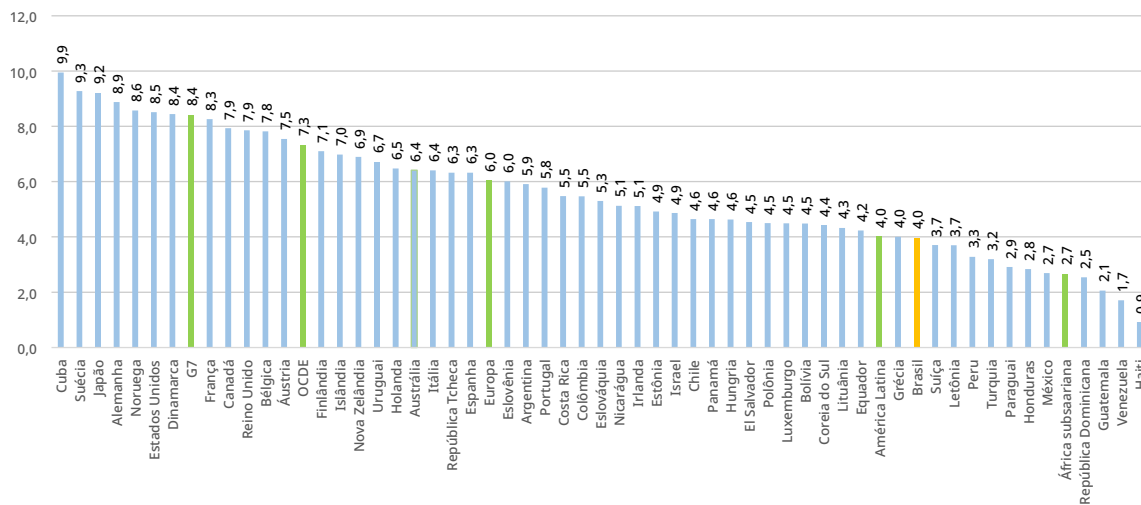


Fonte: WHO¹³. Elaboração própria.

Vale ressaltar que a média do gasto público em saúde nos países da OCDE, em 2018, foi de 7,3% do PIB, quase o dobro do que se gastou no Brasil, que foi de apenas 4,0% do PIB (gráfico 3). Isso significa que o Brasil se encontra em uma situação muito diferente da dos outros países, com um gasto privado muito elevado, alcançando, em 2018, 5,5% do PIB (gráfico 4), o que representa 1,0 ponto percentual acima da média dos países da OCDE (4,5% em 2018), classificando-se em terceiro lugar, atrás apenas dos Estados Unidos e da Suíça.

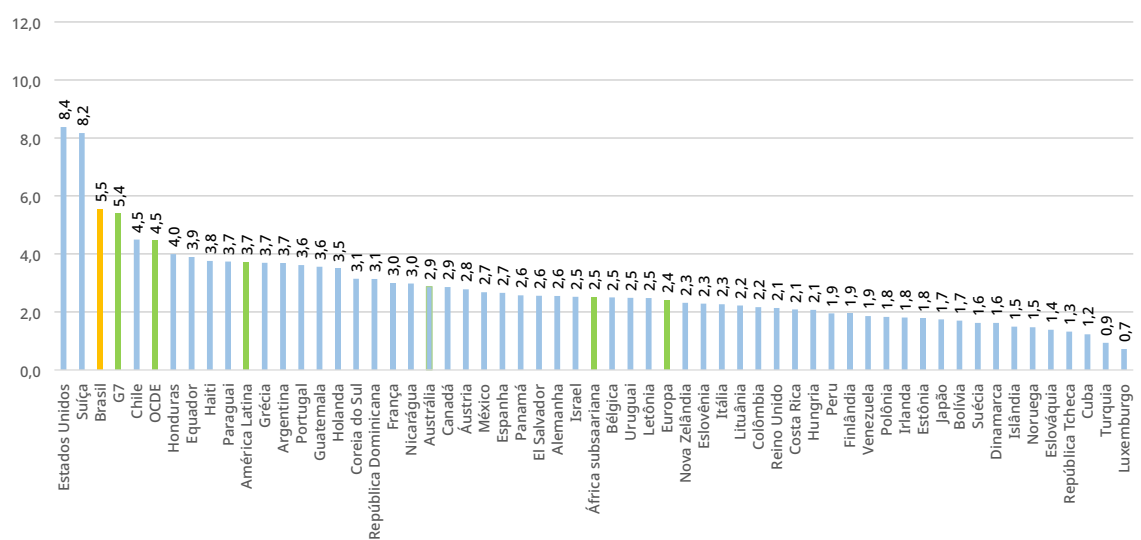
No Brasil, hoje, temos, portanto, um sistema público claramente subfinanciado, apesar da obrigação constitucional de garantir a universalidade e a integralidade. O SUS convive com um setor privado que consome mais recursos (mais de 5% do PIB), considerando os planos de saúde – que atendem ‘apenas’ a 25% da população, com responsabilidades e coberturas claramente definidas e limitadas – e um gasto direto do bolso que onera excessivamente as famílias, principalmente com despesas em medicamentos. Os dados mais recentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que, em setembro de 2019, 47 milhões de brasileiros eram usuários de planos privados de saúde¹⁴.

Gráfico 3. Gasto público em saúde como proporção do PIB, OCDE e América Latina – 2018



Fonte: WHO¹³. Elaboração própria.

Gráfico 4. Gasto privado em saúde como proporção do PIB, OCDE e América Latina – 2018



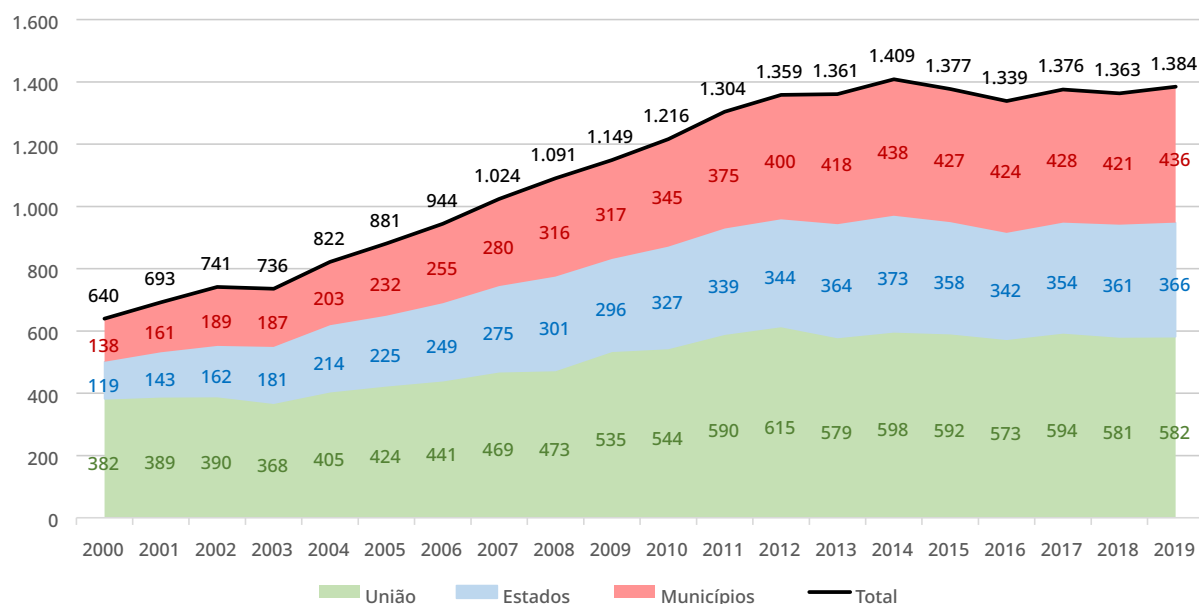
Fonte: WHO¹³. Elaboração própria.

A conta do SUS sobrecarrega os municípios

Uma análise da história do financiamento tripartite do SUS deixa evidente a progressiva redução da participação do aporte do governo federal para a saúde pública

como resultado da vinculação constitucional a partir de setembro de 2000¹⁵. No início da primeira década do século XXI, o gasto federal era de mais da metade do gasto total das três esferas. Em 20 anos, a participação federal recuou de 59,8% em 2000 para 43,0% em 2019, como resultado do aumento da aplicação de recursos estaduais e municipais (gráfico 5):

Gráfico 5. Despesa per capita com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) financiadas por recursos próprios nas três esferas de governo, 2000-2019, em R\$ de 2019



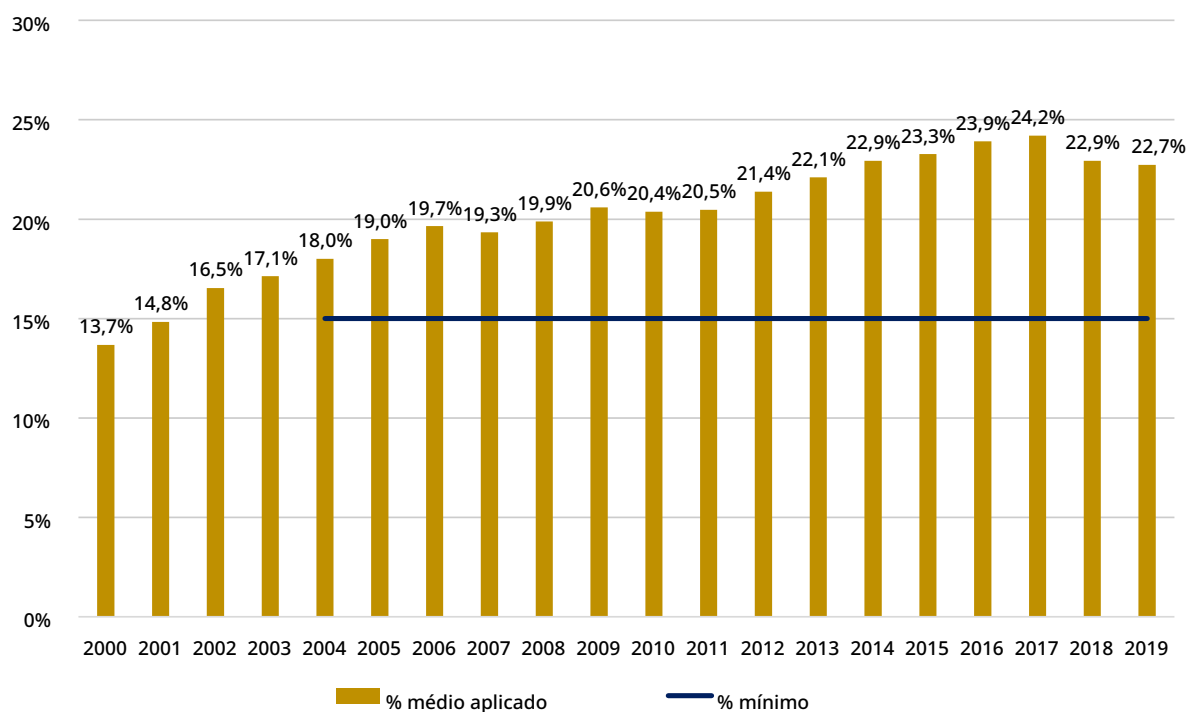
Fonte: Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) para as despesas estaduais e municipais, e Siga Brasil (Senado Federal) para as despesas da União.

Nota: 1) Para o período 2000 a 2002, a despesa estadual tem como fonte a Nota Técnica 010/2004, disponível em <https://bit.ly/36jgF3E>¹⁶. Para os demais anos foram utilizados os dados disponíveis na consulta de indicadores no *tabnet*, para o gasto municipal em <https://bit.ly/3pSNmUh>, e para o gasto estadual e do DF em <https://bit.ly/3cQbC5C> e <https://bit.ly/3rzvw95>^{17,18}. 2) valores atualizados pela variação anual média do IPCA/IBGE.

A regra de crescimento do gasto federal com base na variação nominal do PIB e a recorrente aplicação de recursos em valores próximos ao mínimo constitucional pelos diferentes governos mantiveram a participação no PIB em torno de 1,6% a 1,7% entre 2000 e 2019, enquanto os governos estaduais aumentaram a despesa com ASPS de 0,53% para 1,04% do PIB; e os municipais, de 0,61% para 1,24% do PIB. Diante do subfinanciamento crônico do sistema, que convive com a necessidade de cobrir os vazios assistenciais, re-

duzir filas e melhorar a assistência à saúde da população, a pressão dos municípios por uma saúde de qualidade forçou os municípios a investir muito além do limite mínimo de 15% de suas receitas próprias. O gráfico 6 mostra o aumento progressivo do percentual médio investido pelos municípios em saúde até 2017, com redução nos anos de 2018 e 2019, e o gráfico 7 exibe o montante, descontada a inflação, que os municípios aplicaram em saúde acima do limite mínimo exigido pela Emenda Constitucional nº 29/2000¹⁵.

Gráfico 6. Evolução do percentual médio de recursos próprios aplicados em saúde pelos municípios – 2000/2019



Fonte: SIOPS. Dados disponíveis em: <https://bit.ly/3pSNmUh>.

Gráfico 7. Valores aplicados em saúde acima do mínimo exigido pela Emenda Constitucional nº 29/2000 – 2004/2019 (Em R\$ bilhões de 2019 – variação anual média do IPCA)



Fonte: SIOPS.

O gasto dos municípios acima do mínimo constitucional totalizou R\$ 31,2 bilhões em 2019, o que equivaleu a cerca de 25% do piso federal.

Crise e austeridade fiscal ameaçam o SUS

A crise econômica iniciada em 2014 afetou violentamente a saúde da população brasileira. Já no ano de 2016, a mortalidade infantil, que se manteve em queda durante 25 anos consecutivos, voltou a subir¹⁹¹. Muitas pessoas perderam o emprego formal e, conseqüentemente, a cobertura de planos de saúde para si e para seus familiares, sobrecarregando ainda mais o SUS. Entre dezembro de 2014 e setembro de 2019, o número de beneficiários de planos de saúde, no Brasil, caiu 3,2 milhões, passando de 50,5 milhões para 47,1 milhões de pessoas¹⁴.

¹⁴ Os autores apresentaram os indicadores das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 – Assegurar uma Vida Saudável e Promover o Bem-Estar para Todas e Todos, em Todas as Idades, entre eles o da taxa de mortalidade infantil até 2017, cuja fonte é a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O número de óbitos infantis está disponível no Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, em <http://svs.aids.gov.br/danttps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/> e <https://bit.ly/3bnzjVL>.

Os cortes impostos pela austeridade fiscal introduzida pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016²⁰, por certo agravarão ainda mais os indicadores básicos de saúde. De acordo com exercícios de microssimulação, uma queda de 4% na cobertura dos principais programas sociais do Brasil – Bolsa Família e Saúde da Família – poderá resultar em um aumento importante de mortes e internações preveníveis, concentradas nos municípios mais pobres e vulneráveis²¹. Esses resultados são coerentes com os de outros estudos, que simulam os efeitos da austeridade fiscal e alertam sobre o perigo de incremento das desigualdades em saúde, caso não ocorra um aumento dos recursos – especialmente, das transferências federais – para os municípios^{22,23}.

Os resultados de várias pesquisas realizadas nos países que implementaram medidas de austeridade para enfrentar a crise econômica indicam que a cura pode ser pior do que a própria doença²⁴. Somente os países que reagiram à crise fortalecendo os próprios sistemas de proteção social conseguiram limitar a piora nos indicadores de saúde, aliviando a situação dos grupos mais vulneráveis e amenizando as desigualdades que a crise tende a agudizar²⁵.

O debate sobre a ‘ineficiência’ do SUS

Como dito anteriormente, o histórico do subfinanciamento do SUS é fato reconhecido, e os cenários futuros não permitem vislumbrar possibilidades de um incremento de investimentos na área social a curto prazo, mesmo que estes sejam essenciais para garantir serviços de qualidade a todos. Alguns atores veem na privatização a solução para ‘fazer mais’ com os recursos existentes²⁶. Enquanto não há dúvida sobre a necessidade de fazer o melhor uso possível do dinheiro disponível para ter serviços de saúde mais acessíveis e com maior qualidade, há controvérsias sobre como alcançar isso. Uma das perguntas mais complicadas é: como conseguir mais eficiência, no contexto de um país continental, com um sistema universal baseado no direito à saúde?

Um estudo recente do Banco Mundial, reportado no Relatório “Um ajuste justo: eficiência e equidade no gasto público do Brasil”²⁷, baseado na metodologia DEA, apresentou resultados que estimam a ineficiência do SUS. Esse trabalho conclui que cerca de 0,3% do PIB poderia ser economizado por meio de melhoras de eficiência em nível local do SUS, mantendo o atual nível de serviços de saúde. Estima, ainda, economias potenciais de R\$ 9 bilhões na atenção básica e de R\$ 12 bilhões nas atenções secundária e terciária²⁸.

O estudo do Banco Mundial recebeu uma série de críticas, principalmente por propor a redução da aplicação de recursos públicos em um sistema de saúde universal,

historicamente subfinanciado, e com vazios assistenciais. Outra crítica pode ser feita à forma como os dados das despesas por subfunção foram utilizados no modelo, sem correção das distorções inerentes a um sistema de informação declaratório como o SIOPS, que tem milhares de informantes, cujos dados devem ser analisados antes de serem incorporados a um modelo estatístico. Se a qualidade da informação distorce e invalida os resultados, são necessários ajustes por parte do pesquisador/especialista^{II}.

Para superar as falhas de produtividade e desempenho do SUS, o relatório do Banco Mundial sugere várias medidas, algumas contra a fragmentação e falta de integração do sistema, outras a favor da redução do número de hospitais de pequeno porte e da introdução de incentivos para obter melhor relação custo-efetividade.

Como será demonstrado ao longo deste livro, a ‘livre’ interpretação de alguns resultados do relatório do Banco Mundial deu ‘munição’ a forças contrárias ao SUS, construindo uma narrativa que o descreve como um projeto sem legitimidade, estruturalmente ineficiente e incapaz de responder à demanda da população. Esse argumento vem sendo usado para negar mais recursos ao sistema. De acordo com essa visão, mais gestão, e não mais dinheiro, seria a solução para o SUS.

Identificar e quantificar as supostas ineficiências e os desperdícios na gestão do SUS é fundamental. Contudo, é evidente que a simples subtração de recursos não vai automaticamente incrementar a ‘eficiência’; muito pelo contrário, é opinião difusa na comunidade científica que, para melhorar a eficácia e a efetividade dos serviços de saúde, são necessários programas amplos, de médio e longo prazos, que qualifiquem e apoiem os gestores públicos. Esses programas precisam de investimentos públicos importantes para poderem ser implementados com sucesso²⁹.

Em verdade, como veremos a seguir, a narrativa do SUS inviável e utópico tem pouco fundamento, portanto, não se sustenta.

As causas do desperdício na saúde

Os dados anteriormente apresentados mostram a disparidade do financiamento entre o SUS e o setor privado. Os recursos públicos são desproporcionais em relação às necessidades de saúde da população, isso é um fato. Contudo, além da necessidade de mais recursos, também urge uma melhora na gestão do SUS, o que também é real.

II O apêndice 1 do capítulo 7 demonstra as distorções existentes nas informações do SIOPS, utilizadas no modelo DEA do Banco Mundial, e propõe um ajuste para reduzir as distorções causadas pelas diferentes interpretações das classificações contábeis dos dados informados pelos governos estaduais e municipais ao SIOPS.

Para encontrar as melhores soluções para o fortalecimento da gestão do SUS, é necessário analisar as causas do desperdício de recursos da saúde. O senso comum tende a acreditar que a principal causa da ineficiência reside em falhas na gestão administrativa e operacional, como, por exemplo, compras a valores superiores aos de mercado, má contratualização de serviços de apoio logístico e estoques vencidos sem terem sido utilizados, além dos episódios de abusos, fraudes e corrupção, nos quais a ‘má gestão’ é voluntária e criminoso.

A OCDE analisou os gastos em saúde de diversos países e mostrou que a má gestão administrativa é responsável apenas pela metade do dinheiro desperdiçado³⁰. A má gestão da clínica é responsável pela outra metade do desperdício total em saúde. Esse fenômeno deve-se essencialmente a erros médicos e de governança clínica, que causam desperdícios por prescreverem e realizarem um número expressivo de procedimentos desnecessários (exames de laboratórios, consultas especializadas, procedimentos diagnósticos, intervenções cirúrgicas, tratamentos farmacêuticos etc.). Algumas vezes, essas intervenções, além de serem imotivadas, ocasionam danos diretos aos pacientes, deflagrando um ciclo vicioso de gastos recorrentes para tratar eventos adversos, e assim por diante. Em outros casos, a má gestão gera desperdícios pela inércia dos serviços, que não realizam procedimentos de caráter preventivo, de rastreamento ou de acompanhamento regular, deixando de prevenir as principais doenças crônicas ou de minimizar as complicações destas afecções, enfrentando assim altos custos de internação, procedimentos e medicamentos.

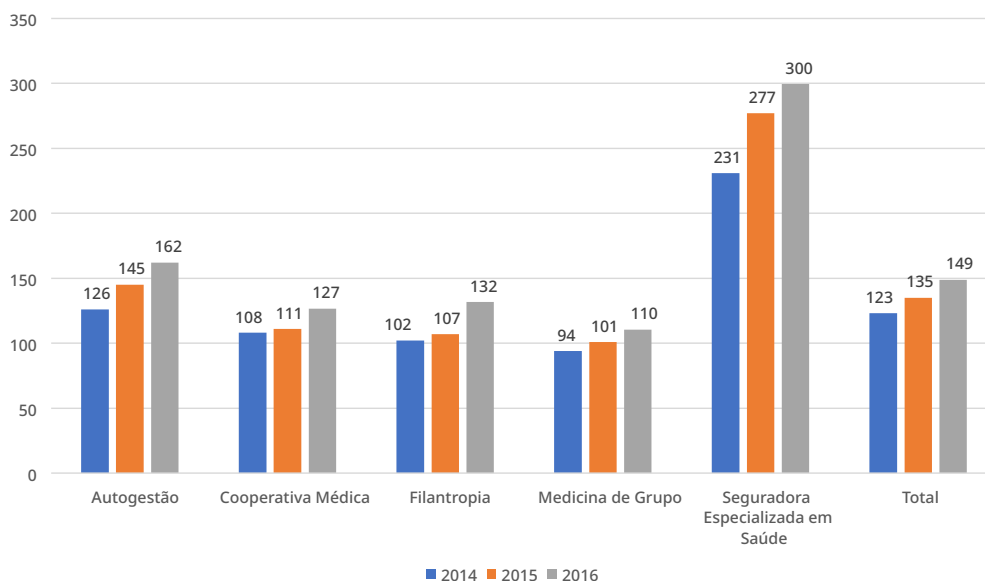
É importante destacar que as melhoras na gestão da clínica levam a um duplo resultado: por um lado, evitam gastos desnecessários, gerando economia; e, por outro, evitam as mortes, os sofrimentos e os gastos ocasionados pelos eventos adversos. Portanto, parece importante que as medidas voltadas para o fortalecimento da eficiência do SUS não se concentrem apenas nos processos administrativos-gerenciais, mas que estejam focadas também no fortalecimento da governança clínica, em todos os níveis de atenção.

O mito da privatização como solução para um SUS mais eficiente

A imagem de um SUS incapaz de gastar bem os seus recursos deu espaço à tese de que a melhor solução para acabar com a sua ineficiência seria privatizá-lo. Há dúvidas quanto à real capacidade do setor privado de evitar os desperdícios decorrentes de uma precária gestão da clínica, prevenindo procedimentos desnecessários e garantindo a segurança do paciente. Sob essa perspectiva, o setor privado não parece melhor do que o SUS. Os modelos de cobertura e de prestação de serviços do setor privado têm similaridades inequívocas com o modelo de mercado dos Estados Unidos, que é considerado um exemplo global de ineficiência³¹.

Análises comparadas entre a saúde suplementar brasileira e a dos países da OCDE dão conta de excesso de oferta e hiperutilização de diversos serviços. Por exemplo, segundo a ANS³², em 2016, foi registrada uma taxa de 149 ressonâncias magnéticas para mil habitantes na saúde suplementar, em contraste com a taxa de 52 exames por mil, registrada em 2013, nos países da OCDE. No caso das seguradoras especializadas em saúde, o indicador chega a 276 exames por mil habitantes, ou seja, mais de cinco vezes superior à média da OCDE. Outro exemplo de hiperutilização na saúde suplementar é constituído pelas cesarianas, cuja taxa é de 84,1% do total de partos em 2016, enquanto a média da OCDE é de 27,6%. O número de exames de tomografia computadorizada por mil usuários, de acordo com as informações encaminhadas pelas operadoras à ANS, apresentou um incremento de aproximadamente 21% entre 2014 e 2016, tendo passado de 123 para 149 por mil habitantes (gráfico 8).

Gráfico 8. Brasil: número de exames de tomografia computadorizada por mil usuários da 'saúde suplementar' (regime ambulatorial), por modalidade de operadora – 2014/2016



Fontes: Sistema de Informação de Produtos (SIP)/ANS/MS e Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)/ANS/MS, 03/2017³¹.

O aumento descontrolado das cirurgias bariátricas representa outro exemplo do excesso de utilização de serviços no setor privado, já que, de 2014 a 2016, o número desse procedimento por mil usuários adultos passou de 1,36 para 1,63, o que equivale a um acréscimo de 20% ao longo do período considerado^{33,34}. Para fins de comparação, a taxa de cirurgias bariátricas no SUS, em 2010, foi 0,05 por mil adultos de 18 a 60 anos³⁵,

enquanto nos Estados Unidos, a taxa se mantém estável desde 2008, registrando, em 2012, 0,47 procedimentos por mil adultos³⁶.

Os dados relativos à segurança do paciente na atenção hospitalar, no Brasil, proporcionam mais argumentos para mostrar que erros médicos e falhas nos sistemas de governança clínica geram importantes desperdícios no setor privado. Um estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)³⁷, que analisou uma amostra de quase 500 mil altas hospitalares no ano de 2017 no país, mostrou que a prevalência geral de eventos adversos é de 6,4% na população atendida pelo SUS, contra 7,1% na população atendida pela saúde suplementar. Esse estudo mostra, também, uma elevada taxa de ociosidade na atenção hospitalar (39,5%), sendo 33,25% no SUS e 53,4% na saúde suplementar. Foi também estimado que, no Brasil, em 2016, ocorreram de 170.778 a 432.301 óbitos determinados pelos eventos adversos, com impactos econômicos estimados na saúde suplementar de R\$ 15,6 bilhões, sendo R\$ 10,9 bilhões por causas preveníveis, o que representa 17% do gasto total³⁷.

Esses valores proporcionam uma ideia do enorme impacto potencial que as políticas de segurança do paciente poderiam ter, não apenas em salvar vidas e reduzir sofrimentos, mas também na redução de desperdícios. Ademais, indicam-nos que tanto o SUS quanto o setor privado têm um longo caminho a percorrer para garantir uma atenção eficiente e segura à saúde.

Atenção Primária à Saúde resolutiva é uma das chaves para um SUS eficiente e sustentável

Existem robustas evidências de que sistemas de saúde baseados na atenção primária, como o SUS, alcançam melhores resultados do que sistemas que não priorizam esse modelo de atenção³⁸. Em particular, o modelo da APS (*primary health care*) com os seus sete atributos (acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, competência cultural, orientação familiar e comunitária), preconizado pela Prof.^a Barbara Starfield, parece, atualmente, a melhor estratégia para conferir sustentabilidade a sistemas de saúde que visam à universalidade³⁹.

Muitos estudos que demonstram a eficiência (como sinônimo de eficácia e efetividade) da APS foram realizados no Brasil, na década passada, a partir dos resultados da expansão da ESF. Apesar das limitações de financiamento, a ampliação do acesso à APS no SUS pode ser claramente relacionada com a melhora nos indicadores de saúde da população, assim como com a redução de internações hospitalares por causas sensíveis à atenção ambulatorial^{40,41}. Por ter se demonstrado eficiente, nos últimos anos, o modelo de atenção do SUS

baseado na APS está sendo progressivamente implementado pelas operadoras de saúde suplementar, pressionadas pela demanda crescente e incontrolável de procedimentos de MAC e de urgência. O atual modelo de atenção dos planos de saúde, baseado no especialista e no pronto atendimento, tem grandes problemas de sustentabilidade⁴².

Enquanto a implementação da APS no SUS vem, desde a década de 1990, gerando uma importante acumulação de conhecimentos, o setor privado brasileiro ainda está dando os primeiros passos para a implementação dessa estratégia. Mesmo que as primeiras experiências de serviços com médicos de família também remontem à década de 1990, a comercialização de planos de saúde que buscam implementar os princípios da APS é muito recente, tanto nas cooperativas médicas como nas medicinas de grupo, e carecem de avaliações sistemáticas de seus resultados.

Considerações finais

A partir do que foi debatido até aqui, fica difícil imaginar que melhorar a eficiência represente a principal ou a única frente de fortalecimento do SUS. O que interessa, no final do dia, é o valor que a mobilização de recursos produz para os usuários do sistema e os seus trabalhadores.

Na visão da saúde coletiva, produzir valor público significa concretizar o direito de todas as pessoas à saúde, oferecendo atenção integral, segura, humanizada e de qualidade, capaz de promover melhorias em termos de aumento da expectativa de vida saudável e de redução de mortes e internações preveníveis.

Sem dúvidas, ter uma gestão mais eficiente é importante e urgente, porém, não é suficiente para a melhoria da saúde da população. Se o objetivo superior é incrementar o valor público do SUS, então é preciso, em primeiro lugar, oferecer a todas as pessoas uma atenção à saúde integral, cujas práticas estão baseadas na ciência, garantindo segurança para pacientes e profissionais de saúde. Para isso, é fundamental concentrar o uso dos recursos onde é necessário, evitando desperdícios causados pelo excesso de utilização dos serviços (ou pela inércia destes) e minimizando as práticas desnecessárias, especialmente as potencialmente iatrogênicas. Obter mais valor público requer inovar as práticas clínicas e os modelos de atenção, priorizando as necessidades das pessoas, das comunidades e dos territórios, não apenas aumentando a produtividade dos serviços de assistência à saúde.

O respeito aos princípios constitucionais do SUS, do direito de todas as pessoas a uma atenção de saúde universal, integral e igualitária, representa um valor intangível,

superior, que não deve nunca ser sacrificado. A busca por mais eficiência não pode, em nenhuma circunstância, restringir o acesso e o escopo dos serviços, ou afetar a segurança dos usuários e dos trabalhadores da saúde.

É difícil acreditar que os ganhos que se deseja alcançar com ‘mais eficiência’ consigam compensar o déficit de recursos que o SUS acumulou ao longo de três décadas de existência. Também, incrementar seu financiamento é mandatório, especialmente agora, quando o país precisa de estratégias estruturantes para amenizar os efeitos da crise. Cortes no orçamento da saúde pública e outras medidas de austeridade fiscal terão unicamente o efeito de aumentar as desigualdades e causar mais mortes e sofrimentos às pessoas mais vulneráveis, atrasando o desenvolvimento social do Brasil.

Referências

1. Pan American Health Organization. Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage. 53º Conselho Diretor; 66ª Sessão do Comitê regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas. Resolução CD53/5, Rev 2. Washington, DC; 2014.
2. United Nations. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1 [Internet]. New York: UN; 2015 [cited 2020 Aug 17]. Available at: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
3. United Nations. Moving together to build a healthier world. Political Declaration for the UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage (HLM UHC) [Internet]. New York: UN; 2019 [cited 2020 Jul 16]. Available at: <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/09/UHC-HLM-silence-procedure.pdf>
4. Giedion U, Tristao I, Bitrán R. Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional. BID, [s.l.], 2014.
5. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S, organizadores. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.
6. Banco Mundial. Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia [Internet]. Colombia: WB; 2019 [cited 2020 Oct 11]. Disponível em: <http://>

documents.worldbank.org/curated/en/933731564123661734/Evaluaci%C3%B3n-Externa-de-la-Calidad-de-la-Atenci%C3%B3n-en-el-Sector-Salud-en-Colombia

7. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018 [Internet]. México: Coneval; 2018 [citado 2020 set 7]. Disponível em: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
8. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 set. 20 [citado 2020 ago 17];128(182 seção 1):1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 17 ago. 2020.
9. Brasil. Lei. nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 dez. 31 [citado 2020 ago 17];128(249 seção 1):25694. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm
10. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2019 – Além do rendimento, além das médias, além do presente: Desigualdades no desenvolvimento humano no século XXI [Internet]. New York: UM; 2019 [citado 2021 jun 10]. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf
11. Oxfam Brasil. A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileira [Internet]. São Paulo: Oxfam Brasil; 2018 [citado 2020 set 26]. Disponível em: <https://oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/a-distancia-que-nos-une/>
12. Rocha R, Furtado I, Spinola P. Garantindo o Futuro da Saúde no Brasil: Necessidades de Financiamento e Projeção de Gastos. Estudos Técnicos nº 1 [Internet]. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, São Paulo; 2019 [citado 2020 jul 17]. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Garantindo-o-Futuro-da-Sau%CC%81de-no-Brasil.pdf>
13. Organização Mundial da Saúde. Dados sobre gasto com saúde de 2000 a 2018 [Internet]. 2021 [citado 2021 jun 18]. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
14. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados Gerais – Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2010-2020). Rio de Janeiro: ANS; 2020.

15. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União. 2000 set 14;138(178-E seção 1):1.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Nota Técnica nº 010/2004. Apresenta os dados dos governos estaduais, dos exercícios de 2000, 2001 e 2002, referentes à aplicação da Receita de Impostos (inclusive as Transferências Constitucionais e Legais) em ações e serviços públicos de saúde de acordo com a EC 29/2000 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 citado 2020 nov. 7]. Disponível em: <https://bit.ly/36JgF3E>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: informações de saúde (TABNET) [Internet]. Rio de Janeiro; 2018 [citado 2020 nov 7]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Coordenação-Geral de Economia da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Indicadores estaduais disponíveis em: <https://bit.ly/3cQbC5C>, do DF em: <https://bit.ly/3rzvw95>, e municipais em: <http://bit.ly/39opyPv>; e dados informados pelos governos estaduais até 2017 disponíveis em: <https://bit.ly/3wzZ2yw>, e municipais em: <https://bit.ly/3q6S3dT>.
19. Sá, EB, Benevides, RPS. Cadernos ODS: O que mostra o retrato do Brasil? Caderno ODS 3. Brasília: Ipea, 2019. Disponível em <<http://bit.ly/36bWg4U>>.
20. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2016 dez. 16;153(241 seção 1):2
21. Rasella D, Basu S, Hone T, Sousa RP, Reis COO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. Plos Med. 2018;15(5):1-20.
22. Castro M, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. Lancet. 2019;394(10195):345-56.

23. Rasella D, Hone T, Souza LE, Tasca R, Basu S, Millett C. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil. *BMC Med.* 2019;17(1):82.
24. Stuckler D, Basu S. *The Body Economic: Why Austerity Kills.* New York: Basic Books; 2013.
25. Paes-Sousa R, Schramm JMA, Mendes LVP. Fiscal austerity and the health sector: the cost of adjustments. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019;24(12):4375-84.
26. Morais HMM, Oliveira RS, Vieira-da-Silva LM. A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019;24(12):4479-88.
27. Banco Mundial. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil [Internet]. Brasília: Grupo Banco Mundial; 2017 [citado 2020 out 11]. Disponível em: <https://bit.ly/2SUTtff>.
28. World Bank. *A Fair Adjustment: Efficiency and Equity of Public Spending in Brazil. Volume I: Overview.* Washington (DC): World Bank Group; 2017.
29. Bentley TGK, Effros RM, Palar K, Keeler EB. Waste in the U.S. Health Care System: A Conceptual Framework. *Milbank Q.* 2008;86(4):629-59.
30. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Tackling Wasteful Spending on Health.* Paris: OECD Publishing, 2017.
31. Schneider EC, Sarnak D, Squires D, Shah A, Doty M. *Mirror, mirror 2017: International comparison reflects flaws and opportunities for better US health care.* Washington, DC: The Commonwealth Fund; 2017.
32. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sistema de Informação de Produtos (SIP)/ ANS/MS e Sistema de Informações de Beneficiários. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>
33. Sampaio LFRS, Mendonça CS, Turci MA. Atenção Primária a Saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Princípios, Formação e Prática.* 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
34. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Mapa assistencial da saúde suplementar 2016.* Rio de Janeiro: ANS; 2017.

35. Kelles SM, Machado CJ, Barreto SM. Ten-years of bariatric surgery in Brazil: in-hospital mortality rates for patients assisted by universal health system or a health maintenance organization. *Arq Bras Cir Dig.* 2014;27(4):261-7.
36. Nguyen NT, Vu S, Kim E, Bodunova N, Phelan MJ, et al. Trends in utilization of bariatric surgery, 2009–2012. *Surg Endosc.* 2016 Jul;30(7):2723-7.
37. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB, Abreu ACC, Leão ML. II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil [Internet]. Belo Horizonte: Instituto de Estudos da Saúde Suplementar; 2018 [citado 2020 ago 12]. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>
38. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831-65.
39. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
40. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff.* 2010;29(12):2149-60.
41. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLoS One.* 2017;12(8):e0182336.
42. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Laboratório de Inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar. NavegadorSUS. Série Técnica Navegador SUS, v. 12. Rio de Janeiro: ANS; 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/download/13530/>