

5

**Propostas
para a Saúde
no Brasil**

Mario Scheffer

Instituto de Estudos Avançados da USP
28/09/2018

INTRODUÇÃO

Consenso no Brasil: importância do SUS, avanços reconhecidos e problemas estruturais

Redução do debate:
faltam recursos ou gestão é ruim ?

Consenso na literatura:
objetivos de um sistema de saúde

Responder às necessidades de saúde
(melhorar as condições de saúde e de vida)

Proteger financeiramente (evitar que gastos com saúde comprometam a renda das pessoas)

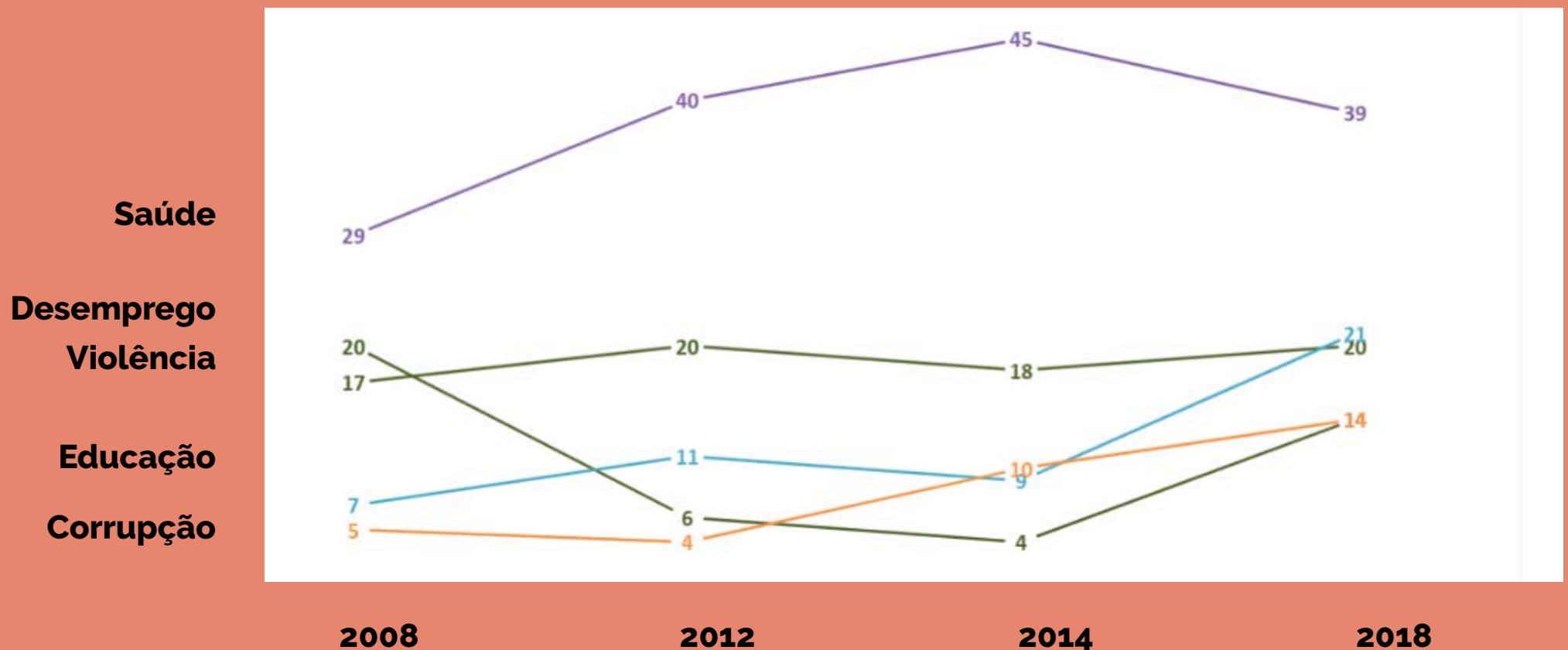
Gerar satisfação (adesão e participação da população)

RELEVÂNCIA

**A saúde deve
ser prioridade
de governo**

RELEVÂNCIA

A saúde nos governos e nas eleições não tem relevância à altura das expectativas e necessidades da população



RELEVÂNCIA

22 ministros em 30 anos de SUS

Governos:

ministério, secretarias e agências “capturadas”

Candidatos:

promessas vagas, inadequadas ou inviáveis

**Todos defendem o SUS, ampliação
de rede, promessas sem fontes e valores**

**“É preciso aumentar os recursos” ou “os recursos
são excessivos/suficientes mas mal utilizados”**

RELEVÂNCIA

PROPOSTA

Nomeação de lideranças da saúde competentes, com senso agudo de interesse público, capazes de gerar resultados de saúde em contextos adversos (político, administrativo e orçamentário), que mobilizem políticos, pessoas e instituições, redes e alianças, se apoiem na competência científica e inteligência sanitária do país.

Mais quadros técnicos bem remunerados e menos cargos de confiança apadrinhados .

Saúde como tema nuclear das campanhas eleitorais.

EQUILÍBRIO

É preciso garantir
simetria entre
recursos e uso

EQUILÍBRIO

Desproporção entre oferta de serviços
e demandas/necessidades de saúde
Privado: + profissionais, equipamentos e serviços

QUEM MAIS PRECISA UTILIZA MENOS

DESEQUILÍBRIO DE RECURSOS			
Atenção Hospitalar			
	2005	2018	Var. %
Leitos	464.358	437.529	- 5,78
Leitos SUS	353.480	301.467	- 14,71
Leitos UTI	33.398	58.333	74,66
Leitos UTI SUS	21.227	30.300	42,74
Equipamentos			
	2005	2018	Var. %
Ressonância	453	2.477	446,80
Ressonância SUS	179	947	429,05
Tomografia	2.205	7.065	220,41
Tomografia SUS	1.066	2.954	177,11

Fonte DataSUS

EQUILÍBRIO

MÉDICOS

73% SUS

78% PLANOS E PARTICULARES

Fonte: Demografia Medica /FMUSP

VALOR MÉDIO INTERNAÇÃO

Planos (R\$ 6,5 mil) 8 milhões/ano
SUS (R\$ 1,3 mil) 12 milhões/ano

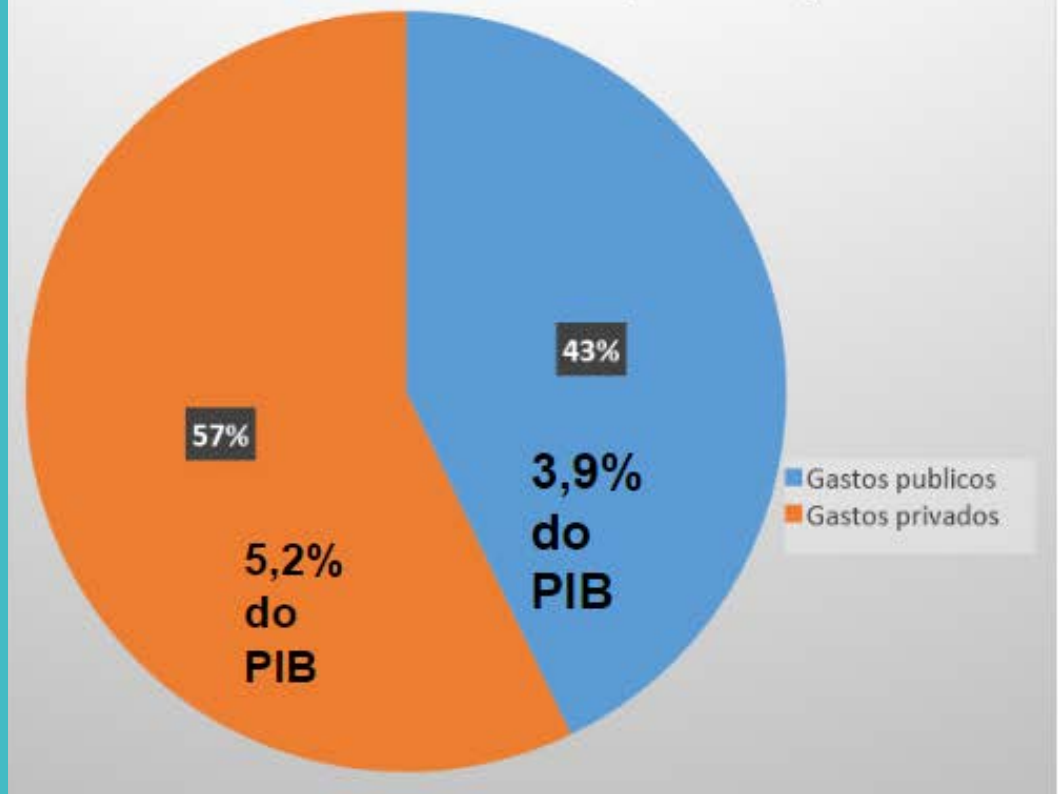
Ambulatorial

SUS : 65% da produção
e **25%** dos gastos

Privado e filantrópico não SUS:

35% da produção e **75%** dos gastos

Brasil: 9,1% PIB para Saúde



EQUILÍBRIO

PROPOSTA

Universalizar os recursos já existentes. Deslocar recursos atuais para o atendimento universal. Maior participação dos recursos privados atendendo usuários do SUS.

Para isso, expandir financiamento público e reduzir gastos privados.

Rever políticas públicas fiscais e de empréstimos e créditos para os setores privado e filantrópico que não atendem SUS (não “desonerou” o SUS e não melhorou o acesso).

Rever isenções fiscais para os planos de saúde pois são muito regressivas (Banco Mundial)

IGUALDADE

**Todos com
chances iguais
de não adoecer
e de receber tratamento**

IGUALDADE

Sistema de saúde deve enfrentar fatores que geram adoecimento na população

Diminuir as desigualdades em saúde:

- **na exposição** aos fatores de risco sanitário
- **no acesso** aos serviços e assistência à saúde.

Acesso e uso: em função das necessidades de saúde

Diabetes: prevalência de 5,5% (2006) para 8,9% em 2016

Transtornos mentais: depressão auto-referida em 2013 (7,6%; 10,9% M)

HIV/Aids: aumento em jovens e vulneráveis

Sífilis congênita persiste

Hepatite: 46 mil óbitos de 2000 a 2015

Cesarianas: acima de 50% do total de partos até 2025

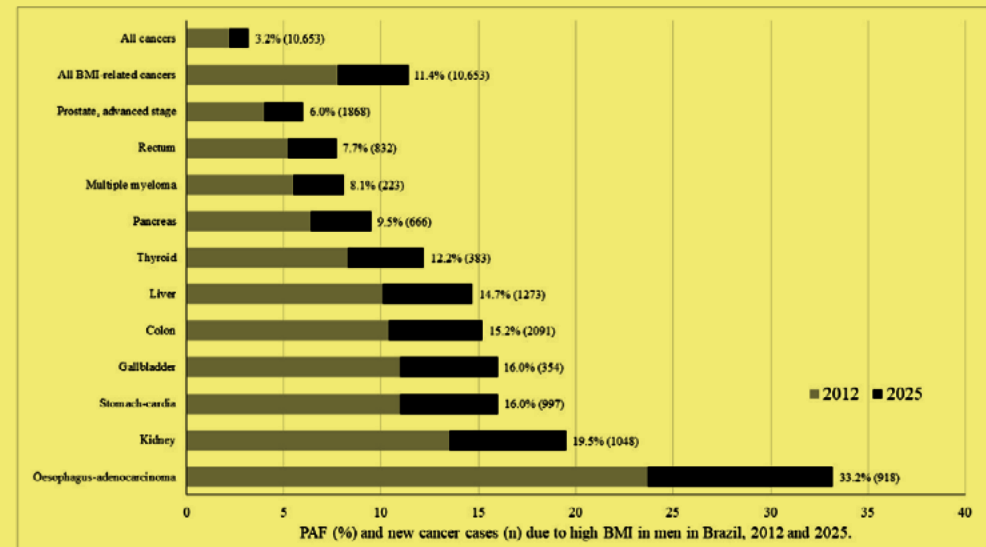
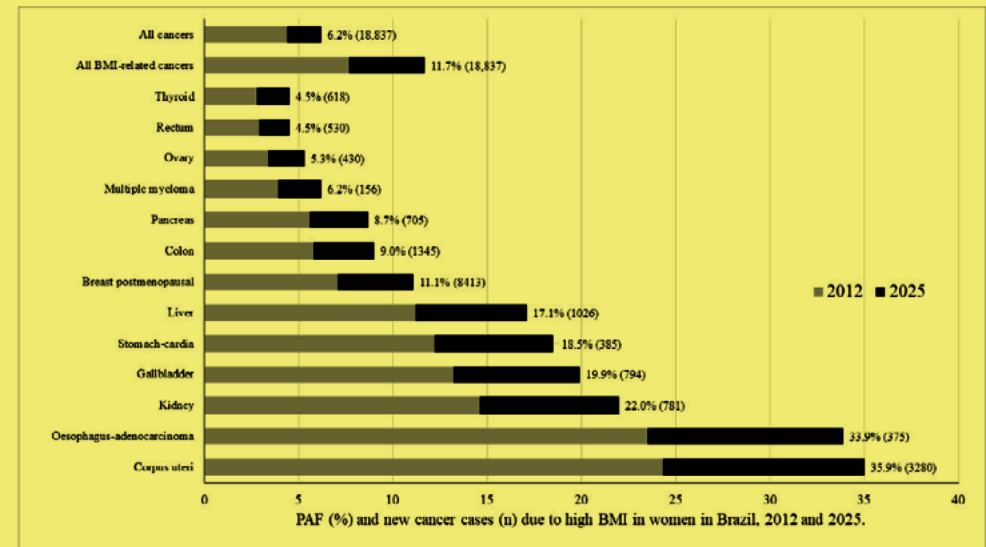
Homicídios e acidentes: taxas elevadas

IGUALDADE



Brasil : aumento de c3nceres atribu3veis ao excesso de peso e obesidade
Pol3ticas Incipientes de combate 3 obesidade (consumo de alimentos ultra-processados, atividade f3sica).

C3ncer de pulm3o: terceira causa de morte por c3ncer no Brasil e primeira causa no mundo) = SUS e pol3tica tabagismo



IGUALDADE

PROPOSTA

Igualdade de acesso (por necessidade),
“desestratificação” do acesso (por renda).

Coordenação de políticas de proteção
aos riscos (promoção e prevenção).

Intersetorialidade com políticas de educação,
emprego, renda etc (determinantes da saúde).

Inclusão dos mais vulneráveis: pobres, doentes crônicos
e deficiências, idosos, negros, índios, população carcerária,
LGBTs, periferias e interiores.

Abordagem de questões tabu (aborto, agrotóxico, propaganda
de álcool e de alimentos ultraprocessados, violência etc)

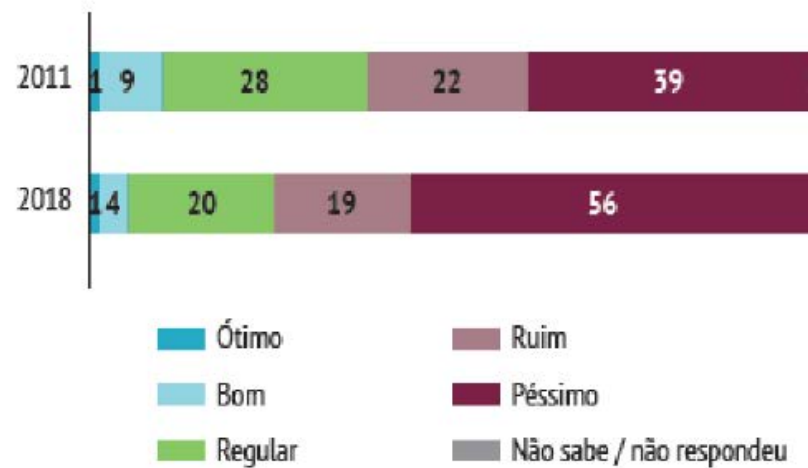
ACEITAÇÃO

**Mais qualidade
para maior
confiança
da população**

ACEITAÇÃO

Avaliação da qualidade do sistema público de saúde do Brasil de um modo geral

Percentual de respostas (%)



Ibope/2018

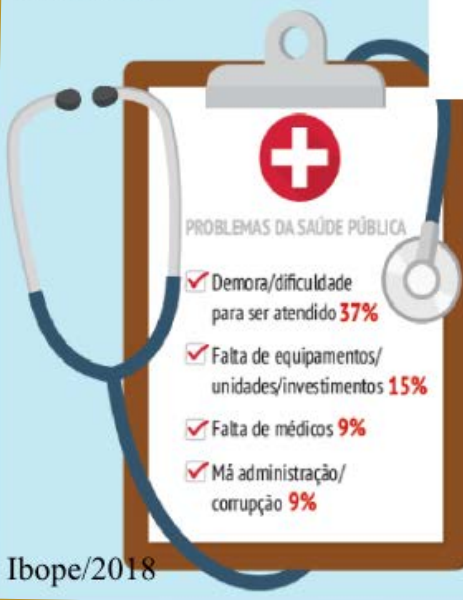
Índice de problemas em algum serviço do plano de saúde

96% relatam a ocorrência de algum problema na utilização de serviços dos planos de saúde. → Crescimento significativo em relação a 2012.



Principais problemas da saúde pública da sua cidade

Percentual de respostas (%)



Ibope/2018

FOLHA DE S.PAULO



Pacientes esperam anos por cirurgia de catarata em SP; fila chega a 24 mil

Sem acesso à cirurgia, idosos perdem emprego e adquirem novas doenças

set/2018

Mesmo com menos usuários, planos de saúde são alvos de mais ações



jan/2018

Crédito: ANPR/Fotos Públicas



ACEITAÇÃO

A população tem péssimas experiências

Sistema fragmentado = pacientes “largados” na rede

atenção primária pouco resolutive

faltam médicos, profissionais e medicamentos

gargalo da atenção ambulatorial especializada

filas de exames e cirurgias eletivas

urgências e PS lotados

insuficiência de serviços de cuidados contínuos (crônicos, idosos)
e domiciliares rede hospitalar insuficiente e ineficiente

**diferenças de tratamento e atendimento que não se explicam
pelo problema de saúde mas pela qualidade dos serviços**

« crise » (?) da assistência suplementar (menos clientes,
mais pessoas com planos usam o SUS, piores produtos, judicialização)

ACEITAÇÃO

PROPOSTA

Aumentar, com tecnologias: a escuta, o acesso a informação adequada e transparência para o cidadão usuário (prazos máximos de espera, lugar que ocupa nas filas, quando será atendido, registro obrigatório de cada atendimento para seguimento e coordenação entre profissionais e entre serviços, participação nas decisões)

Organização: concretização das regiões de Saúde instituídas pelos Estado, em articulação com os Municípios; e das redes de atenção hierarquizadas ordenadas pela atenção primária de acordo com a complexidade dos serviços.

Gestão: avaliar os 20 anos de atuação das OSs (qualidade dos serviços, satisfação e resultados de saúde)

Recursos Humanos: quantidade e formação qualificada; remuneração e condições de trabalho

ABRANGÊNCIA

Avançar e não abdicar
do **direito à saúde**
e do **SUS universal**

ABRANGÊNCIA

SUS deu certo (custo-efetivo) onde foi abrangente e universal

ampliação do acesso, expansão da ESF

programas de imunizações, transplantes, terapia renal substitutiva
atendimento móvel de urgência (SAMU),

redução da mortalidade infantil, medicamentos genéricos, tratamento
da aids, controle do tabagismo, política de saúde mental ...

**O acesso universal é o princípio para a organização
dos sistemas de saúde contemporâneos**

ABRANGÊNCIA

Diferentes prescrições
(Banco Mundial, OMS, debate interno)

Países ricos (não há dúvida)

sistema universal

baseado em oferta pública (via
serviço nacional de saúde ou
seguro social)

Países de baixa e média renda
(divergências sobre como fazer)

cobertura universal

sistema de suporte à demanda
(subfinanciamento público e
incentivo a planos privados e
gastos diretos)

No lugar do SUS Constitucional ...

concepção de seguridade social, direito à saúde, ação governamental, universalizado ,
garantido por impostos e contribuições sociais, independente da capacidade de pagamento
SUS racionado, pobre para pobres, menor e complementar em relação ao gasto com saúde
dos indivíduos, das famílias e de empresas

Fontes: FOX, A.M; REICH,M.R. The politics of universal health coverage in low-and middle-income countries: a framework for evaluation and action. Journal of Health Politics, Policy and Law. V 40 (5): 1023-1060, 2015 ; PREKER, A.S. LINDNER, M.E. CHERNICHOVSKY, D. SCHELLEKENS, O.P. Scaling up affordable health insurance: staying the course. Washington DC: World Bank, 2013

ABRANGÊNCIA

PROPOSTA

SUS progressivamente mais abrangente, com mais recursos, com setor suplementar regulado, com setor privado prestador nas estruturas universais, mas sem admitir o privado usar recursos públicos para estratificar serviços e atender clientelas diferenciadas

**Abrir portas e derrubar paredes.
Não construir “puxadinhos”
(planos “acessíveis”, clínicas populares etc)**

Para concluir

Não podemos desistir do SUS universal

**Um patrimônio compartilhado coletivamente,
motivo de orgulho**

**Acessível, não discriminatório,
financiado pela solidariedade nacional**

Expressão maior da nossa democracia



OBRIGADO!

Contato: mscheffer@usp.br