

As ameaças ao setor de saúde brasileiro

Threats to the Brazilian health sector

Milton M. Osaki¹

1. Médico, especialista em administração em saúde. Presidente da Sociedade Paulista de Medicina Preventiva e Administração em Saúde (SOMPAS)

RESUMO

O presente artigo pretende apresentar algumas dificuldades atuais e previstas do setor de saúde do nosso país que exigem atenção para garantir o bem-estar dos cidadãos.

Os gastos com a assistência à saúde no Brasil atualmente atingem cerca de 9% do PIB. Porém, o crescimento dos gastos preocupa pela velocidade com que ocorre. Caso os gastos continuarem evoluindo com a mesma taxa destes últimos anos, poderão chegar a representar 20 a 25% do PIB em 2030, dificultando o custeio da assistência à saúde.

Para o contingenciamento dos custos, o aperfeiçoamento e consolidação dos modelos de atenção aos idosos é necessidade prioritária pelo perfil de envelhecimento da população. Investir em saneamento básico é fundamental para a contenção dos custos de assistência às doenças infectocontagiosas. É importante a conscientização da população quanto à prevenção de doenças para minimizar gastos assistenciais. Do lado governamental, o investimento e melhoria das ações de promoção à saúde é necessidade urgente para o mesmo fim. Nosso país necessita ainda trabalhar ferramentas de gestão, como a integração de dados do paciente, utilizar tecnologias e incorporar inovações para a melhoria do setor de saúde brasileiro.

Porém, investir na melhoria da governança é indubitavelmente a maior necessidade para assegurar a melhoria e viabilidade do setor.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Demografia; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Governança

ABSTRACT

The present article intends to present some current and foreseen difficulties of the Brazilian health sector that demand attention to guarantee the well-being of the citizens.

Expenditures on health care in Brazil currently reach around 9% of GDP. But spending growth worries about the speed with which it occurs. If expenditures continue to evolve at the same rate in recent years, they may account for 20-25% of GDP by 2030, making it difficult to afford health care costs.

For the cost contingency, the improvement and consolidation of care models for the elderly is a priority need due to the aging profile of the population. Investing in basic sanitation is essential to contain the costs of assisting infectious diseases. It is important to educate the population about disease prevention to minimize care expenses. On the government side, investment and improvement of health promotion actions is an urgent need for the same purpose. Our country still needs to work on management tools, such as integrating patient data, using technologies and incorporating innovations to improve the Brazilian health sector.

However, investing in improving governance is undoubtedly the greatest need to ensure the improvement and viability of the sector.

Keywords: Unified Health System; Demography; Health Policy, Planning and Management; Governance

INTRODUÇÃO

Em 2017, o déficit da Previdência foi de R\$ 268 bilhões de reais. Um déficit que vem crescendo ano após ano, de maneira muito rápida, colocando em risco a boa gestão das contas públicas e, principalmente, reduzindo a capacidade de investimento do governo. Assim, áreas como a saúde, educação, segurança tem menos recursos devido a Previdência representar expressivo volume de despesas do governo ⁽¹⁾.

Em busca do equilíbrio das contas públicas, no mês de fevereiro de 2019, o governo brasileiro encaminhou proposta da reforma da previdência na qual se deseja economia de cerca de 1 trilhão de reais em dez anos. Espera-se assim, tornar possível a existência de recursos para investimentos governamentais.

Entretanto, imaginar que a melhoria do setor de saúde brasileiro passa apenas pelo aumento de investimentos pode proporcionar frustrações. Este setor enfrenta desafios que preocupam quando se projeta não apenas a melhoria da assistência à saúde como também a própria viabilidade. A velocidade de crescimento dos custos da assistência à saúde é assustador e necessita rápida atuação para permitir a continuidade funcional.

O setor de saúde público brasileiro é representado pelo SUS-Sistema Único de Saúde, criado em 1988.

Esta entidade é por definição constitucional um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade e ao mesmo tempo nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento e participação da comunidade ⁽²⁾.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e garante, constitucionalmente, assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população ⁽³⁾.

No final de 2018, este sistema contava com 7.815 hospitais, públicos, filantrópicos e privados, com um total de 575.115 leitos, onde são realizadas em média cerca de 1 milhão de internações por mês ⁽⁴⁾.

As Unidades Básicas de Saúde são cerca de 51.200 cobrindo cerca de 55,35% da população brasileira ⁽⁵⁾.

Estão vinculados diretamente ao SUS 290.155 médicos, 60.458 cirurgiões dentistas e 885.307 profissionais de enfermagem ⁽⁴⁾.

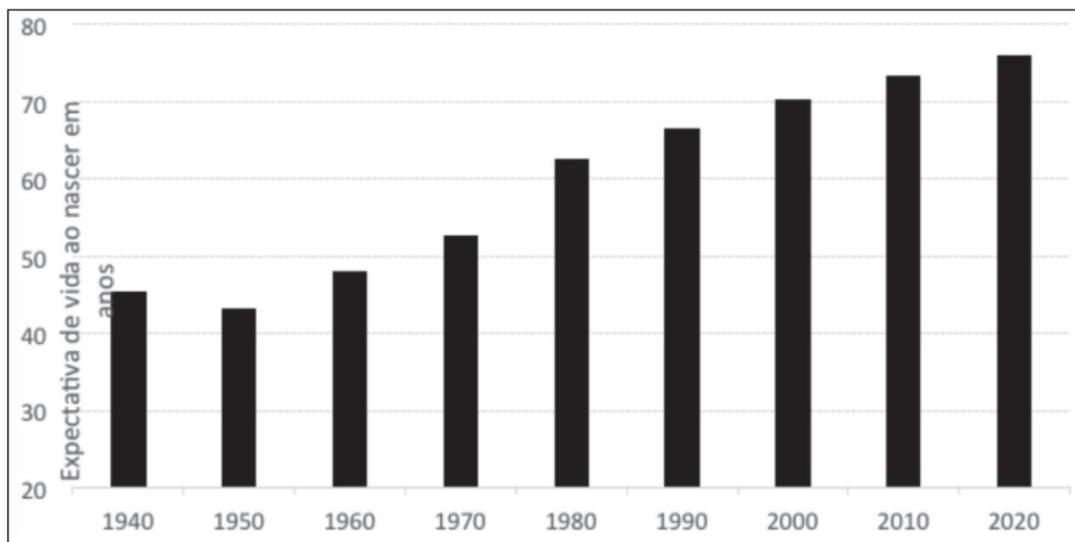
O financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo. Desde setembro de 2000, data da aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC-29), ocorre a vinculação de receitas dos três níveis: federal, estadual e municipal ⁽²⁾.

O setor de saúde privado é regulado através da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esta entidade é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde. A ANS tem a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive nas suas relações com prestadores e consumidores ⁽²⁾.

Pode-se creditar ao SUS importantes conquistas como o aumento contínuo da expectativa de vida ao nascer, a redução das taxas de mortalidade infantil e da mortalidade materna. Graças ao SUS, contamos com um sistema nacional de transplantes, sistema de hemocentros, resgate de emergências e atendimento pré-hospitalar em situações de acidentes, tratamento da SIDA (síndrome da

imunodeficiência adquirida), distribuição de medicamentos para o controle de doenças crônicas não transmissíveis (como hipertensão e diabetes), sistemas de vacinação de grande amplitude, produção nacional de vacinas para as doenças negligenciadas ou emergentes e um exemplar programa de saúde da família ⁽³⁾.

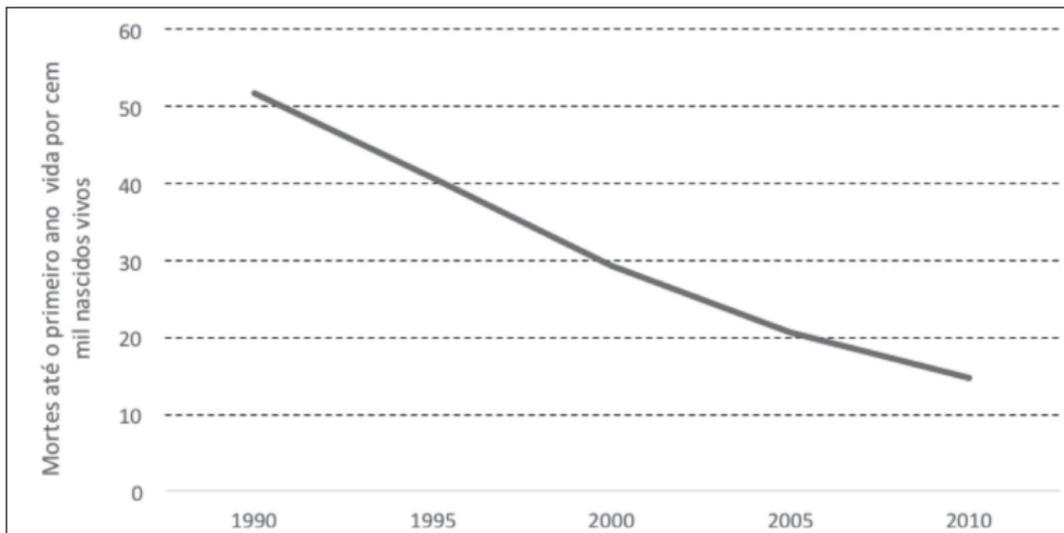
O aumento da expectativa de vida ao nascer dos brasileiros pode ser observado na Figura 1, abaixo:



Fonte: [IBGE \(2018\)](#)

Figura 1. Variação da expectativa de vida no Brasil ao nascer desde 1940. Projeção de expectativa de vida para 2020.

Importante conquista proporcionada pelo SUS foi também a redução dos coeficientes de mortalidade infantil decorrentes da expansão da assistência pré-natal e cuidados perinatais conforme mostra a Figura 2.



Fonte: [IBGE \(2018\)](#)

Figura 2. Variação da mortalidade infantil no Brasil (mortes até um ano de vida/100.000 nascidos vivos).

O SUS, consequência da Constituição de 1988, tem em princípio o objetivo de reduzir as desigualdades de acesso à saúde e promover a melhoria das condições de vida de nossa população. Preocupa, em momentos atuais, alguns aspectos que podem ameaçar o seu financiamento ao envolver perspectivas de melhoria e viabilidade do setor como veremos a seguir.

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Do ponto de vista demográfico, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada. A população brasileira, apesar de baixas taxas de fecundidade, continuará crescendo nas próximas décadas decorrente ainda aos padrões de fecundidade anteriores. O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens. Em 2042, segundo projeção do IBGE a população brasileira alcançará 232,5 milhões de habitantes, sendo 57 milhões de idosos (24,5%) ^(6, 7).

Este envelhecimento populacional significará incremento relativo das condições crônicas com conseqüente maior número de doentes com patologias como a hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e afecções relacionadas à idade. Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE de 2008 mostram que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de, pelo menos, uma doença crônica ⁽⁷⁾.

O aumento do número de idosos, o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, o conseqüente incremento de doentes crônicos projeta considerável aumento das despesas assistenciais devido às doenças crônico-degenerativas.

SANEAMENTO BÁSICO INSUFICIENTE

A cobertura de tratamento de esgoto não chega a 50% da população na maioria das regiões do país propiciando dificuldades para o controle das doenças infectocontagiosas ⁽²⁾. Na região Norte cerca de 90% dos brasileiros vivem sem saneamento básico. No Sudeste, 17% da população não contam com água encanada e esgoto ⁽⁷⁾.

Nosso país tem investido uma média anual de R\$ 10 bilhões de reais em ações de saneamento básico. Este valor representa menos da metade que seriam necessários para garantir a consecução do Plano Nacional de Saneamento Básico (PLANSAB) que prevê para 2033 uma rede de cobertura nacional de água e esgoto ⁽⁸⁾.

A falta de saneamento básico predispõe a população que não conta este recurso a problemas corriqueiros como diarreia e doenças dermatológicas, porém a falta de água tratada e coleta/tratamento de esgotos propiciam desenvolvimento de doenças como a febre tifoide e leptospirose. Importante registrar que o descaso com o saneamento permite o aumento da proliferação do mosquito responsável pela dengue, chikungunya e zika.

PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO À SAÚDE INEFICAZES

O Programa Nacional de Imunização (PNI) já foi referência mundial. O Brasil foi pioneiro na incorporação de diversas vacinas no calendário do SUS e é um dos poucos países no mundo que ofertam de maneira universal um rol extenso e abrangente de vacinas. Porém, a alta taxa de cobertura, que sempre foi sua principal característica, vem caindo nos últimos anos, conforme demonstra a Figura 3 ⁽⁹⁾.

Proporção de municípios com coberturas vacinais adequadas por tipo de vacinas (Homogeneidade de coberturas vacinais), Brasil. 2011 a 2016

Imunobiológicos	2011	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	53,7	47,4	40,1	46,2	54,9	44,5
Poliomielite	71,2	57,5	44,7	51,2	60,4	43,1
DTP/Hib/HB	70,4	54,8	59,9	49,7	64,0	50,5
Rotavírus	58,0	52,7	44,7	50,6	71,0	59,9
Pneumocócica	47,0	49,3	56,8	48,8	60,7	59,5
Meningococo C	72,4	52,2	64,1	50,0	65,5	54,3
Triplice Viral	65,0	61,4	75,1	55,2	58,8	58,9

Fonte: MS/SVS/DEVIT/CGPNI/Sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações (<http://pni.datasus.gov.br>)

Figura 3. Variação da proporção de municípios com cobertura vacinal adequada entre 2011 a 2016.

O desserviço proporcionado pelas “*fake news*”, informações falsas veiculadas pelas redes sociais, tem causado impacto no processo vacinal. Boatos de que reações às vacinas poderiam causar outras doenças fizeram muitos deixar de se vacinar. Este fenômeno pode ser observado na vacinação contra a febre amarela. Esta doença, no período de 1º de julho de 2017 a 30 de junho de 2018, teve confirmação de 1.376 casos com 483 óbitos. No período de 1º de janeiro a 8 de novembro de 2018 foram confirmados 1.311 casos de febre amarela no país e 450 óbitos. No mesmo período do ano de 2017 foram confirmados 736 casos e 230 mortes. Desde o surto registrado em dezembro de 2017, a vacinação para febre amarela foi ampliada para 4.469 municípios, com inclusão de 940 cidades localizadas principalmente nas proximidades das capitais e áreas metropolitanas das regiões Sudeste e Sul do Brasil, onde houve evidência da circulação viral o que não ocorria até então. Porém observou-se que a cobertura vacinal não atingiu 95% da população, índice desejado para a eficácia do processo vacinal ⁽¹⁰⁾.

Ao se analisar o sarampo, doença que em 2016 o Brasil recebeu o certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo pela OMS, verifica-se que no período de 06 de fevereiro de 2018 a 21 de janeiro de 2019, foram notificados 11.398 casos, e destes 9.803 (86%) foram confirmados ⁽¹¹⁾.

Além do aumento de doenças como a febre amarela e sarampo que são passíveis de controle através da prevenção pela vacinação, verifica-se que a gestão das epidemias sazonais não está sendo eficaz. A taxa de ocorrência da dengue em 2019 apresentou incremento de 149% em relação ao mesmo período do ano anterior. Até o dia 02 de fevereiro, foram confirmados 54.777 casos da doença contra 21.992 no mesmo período do ano anterior ⁽¹²⁾.

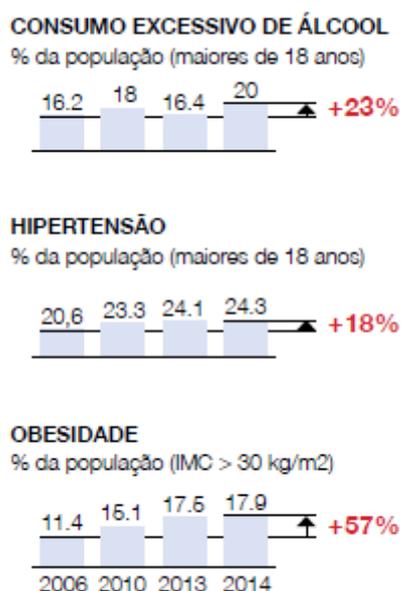
Em relação às doenças passíveis de controle pelo desenvolvimento de programas de promoção à saúde, a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2017, do Ministério da Saúde, mostra que quase 1 em cada 5 (18,9%) são obesos e que mais da metade da população das capitais brasileiras (54,0%) está com excesso de peso. Esta pesquisa mostrou também que em dez anos, houve o

crescimento de 110% no número de pessoas de 18 a 24 anos que sofrem com obesidade, quase o dobro do aumento em todas as faixas etárias (60%). Nas faixas de 25 a 34 anos, houve alta de 69,0%; de 35 a 44 anos (23,0%); 45 a 54 anos (14,0%); de 55 a 64 anos (16,0%); e nos idosos acima de 65 anos houve crescimento de 2,0%. Quando falamos em excesso de peso, o crescimento foi de 56%. Assim como a obesidade, o excesso de peso também cresceu entre as faixas etárias da população brasileira. De 25 a 34 anos houve alta de 33,0%; de 35 a 44 anos (25,0%); 45 a 54 anos (12,0%); de 55 a 64 anos (8,0%) e nos idosos acima de 65 anos houve crescimento de 14,0%. O dado geral mostra que 54% da população brasileira sofre com excesso de peso ⁽¹³⁾.

Considerando-se que a obesidade e o sobrepeso são portas de entrada para doenças crônicas, como a hipertensão e o diabetes, preocupa o possível incremento destes tipos de patologia. Registre-se que, no período compreendido entre 2006 a 2014, aumentou em 18% a população brasileira com hipertensão arterial ⁽⁷⁾.

Outro fator preocupante para os custos da assistência à saúde é o consumo excessivo de álcool pelos brasileiros que no período de 2006 a 2014 aumentou em cerca de 23% ⁽⁷⁾.

Os gráficos da Figura 4 mostram a evolução do consumo excessivo de álcool, o aumento da hipertensão e da obesidade no período de 2006 a 2014 ⁽⁷⁾.



FONTE: Vigitel; DataSus

Figura 4. Variação do percentual de população maior de 18 anos, entre 2006 a 2014, que apresentaram consumo excessivo de álcool: 23% (gráfico superior); Variação dos percentual de população maior de 18 anos, entre 2006 a 2014, que apresentaram hipertensão: 18% (gráfico meio); Variação dos percentual de

população com IMC: índice de massa corpórea maior que 30 Kg/m², entre 2006 a 2014: 57%.

EVOLUÇÃO EPIDEMIOLÓGICA ALARMANTE (TRIPLA CARGA DE DOENÇAS)

Sob o aspecto epidemiológico nosso país vivencia uma forma de transição singular, que difere da transição observada nos países desenvolvidos ⁽⁷⁾.

A atual evolução epidemiológica brasileira tem recebido a denominação de tripla carga de doenças e traz enorme preocupação porque envolve, ao mesmo tempo, uma perspectiva de evolução das doenças infecciosas em conjunto com o crescimento das doenças crônicas, acrescido ainda do forte incremento de doenças e mortes por causas externas exemplificadas por acidentes de trânsito e violência.

No Brasil, 75% da carga de doenças são determinados por condições crônicas, 14,7% são por doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição, e 10,2% por causas externas ⁽¹⁴⁾.

A concomitância para a organização e funcionamento dos sistemas de atenção à saúde das doenças de condições agudas junto das condições crônicas exige enorme dispêndio de recursos.

INTEGRAÇÃO DE DADOS

Nosso sistema de saúde possui várias limitações quanto à integração de dados de saúde.

Pesquisas e estudos mostram que uma maior integração e inteligência no uso de dados poderiam resultar em ganhos de até 35% para o setor da saúde ⁽⁷⁾.

Segundo estes estudos existe um grande potencial para maior uso de dados e inovação em três áreas-chave apresentadas a seguir.

1. Integração e interoperabilidade de dados: a maior integração de dados torna o sistema mais eficiente, com ganhos que podem chegar a 15% de aumento de eficácia por leito hospitalar ⁽⁷⁾.

2. *Big data e advanced analytics*: o uso de dados pode resultar em reduções nos custos com saúde sendo as principais aplicações: a) suporte a decisões clínicas a partir de evidências: agrega dados individuais e de pesquisa para recomendar tratamentos ideais com base nas melhores evidências clínicas; b) modelos preditivos baseados em *insights*: avalia doenças, resultados e riscos entre pacientes e populações com análise de alternativas de tratamento e resultados a fim de determinar procedimentos ideais; c) análise em tempo real de grandes bases de dados: análise em tempo real de *big data* de genoma e métricas de desempenho de forma eficaz ⁽⁷⁾.

3. Modelos inovadores de atendimento: as tecnologias digitais permitem atender e monitorar os pacientes em formatos mais eficientes, tais como: a) agendamento de atendimento: portais *on-line* proporcionam transparência sobre a disponibilidade dos médicos e agendamento em qualquer momento; aumenta a utilização dos médicos e o fluxo de pacientes nos hospitais; b) telemedicina: interface para permitir a interação remota entre médicos e pacientes por meio de compartilhamento de dados via vídeo; aumenta o alcance geográfico do provedor e reduz custos, facilitando o acesso dos pacientes ao atendimento; c) monitoramento remoto: dispositivos para monitorar os sinais vitais dos pacientes fora das unidades de saúde; permite intervenções preventivas e fornece dados para análise; d) adesão ao uso de medicamentos: dispositivos para monitorar e promover a adesão dos pacientes ao uso dos medicamentos prescritos; aumenta a eficácia dos medicamentos e fornece dados para aprimorar pesquisas; e) suporte ao bem-estar: dispositivos e aplicativos para monitorar a alimentação e a prática de exercícios, assim como ensinar e conectar os pacientes; aprimora a dieta, os exercícios, a educação e o aspecto emocional ⁽⁷⁾.

Em nosso país existe longo caminho a percorrer para a integração de dados. Inexiste definição clara quanto a integração de dados, se por região de saúde, nível estadual ou municipal ou por nível de atenção em saúde, atenção básica/primária ou secundária. O DataSUS, portal do Ministério da Saúde para acesso aos dados coletados pelo sistema, apresenta inúmeras dificuldades de acesso para o cidadão, tais como interface pouco amigável, termos excessivamente técnicos, instabilidade do site, falta de informações relevantes como, por exemplo, tempo de espera. Apesar dos avanços recentes com a proposta de um cartão unificado (Cartão SUS), a aprovação do Conjunto Mínimo de Dados e o e-SUS Atenção Básica, o Brasil ainda está muito longe do desejado ⁽⁷⁾.

Ter um prontuário eletrônico universal é um dos principais avanços necessários para melhoria da qualidade assistencial do sistema de saúde brasileiro e para a diminuição dos custos da assistência à saúde. A integração de dados dentro de um sistema de saúde facilita o usuário participar da gestão de seu estado de saúde. A ausência de integração de dados faz com que o cidadão e o médico assistente não tenham controle sobre exames realizados e terapêuticas utilizadas. Sem informações torna-se difícil o paciente exercer seu dever de cuidar da própria saúde encarecendo os custos de assistência à saúde.

POUCA CONSCIENTIZAÇÃO DO USUARIO DOS CUSTOS DE ASSISTÊNCIA

Talvez provocado pelo jargão de que a saúde é um direito do cidadão, a população brasileira parece carecer de entendimento do real valor da assistência à saúde. Infelizmente, no nosso país, os custos incidentes na saúde não são entendidos como um “dever de todos”. A maioria da população não se preocupa em poupar recursos envolvidos na assistência.

Uma consequência deste jargão é a judicialização, termo cunhado para exemplificar as manifestações judiciais que obrigam o sistema de saúde a fazer procedimentos ou adquirir remédios para pacientes específicos em virtude da complexidade e altos custos tratamento. No geral, há boa intenção do juiz, mas há também exemplos de notável despreparo do judiciário. A obrigatoriedade de fornecimento de um medicamento ineficaz (a fosfoetanolamina para o tratamento do câncer) ou exigir, por exemplo, a realização de um transplante de coração em 24 horas (esquecendo-se, por exemplo, de que é necessário haver um doador compatível), mostra que o desconhecimento também permeia muitas dessas decisões. A judicialização já custa cerca de R\$ 7 bilhões/ano ao país, sendo que isso representa apenas a parte do gasto que nos é visível. De acordo com levantamento do Governo do Estado de São Paulo, em 2015 existiam aproximadamente 18.000 demandas de ações judiciais envolvendo a assistência à saúde ⁽⁷⁾.

Pelo lado do judiciário denota-se que os magistrados têm uma visão microindividual do processo e assim como qualquer profissional de saúde este profissional também não quer ter em sua consciência a culpa por um óbito. Pode-se entender que existe por parte do judiciário incompleta compreensão do sistema de saúde brasileiro, sobretudo a macrovisão do SUS ⁽¹⁵⁾.

Para que a judicialização não inviabilize o sistema, torna-se necessário que os magistrados tenham informações mais precisas em relação aos pedidos de medicamentos ou atendimentos permitindo assim diminuir o gasto da judicialização. A judicialização precisa ser discutida definitivamente ainda de forma clara e transparente sob o aspecto de vista constitucional de forma a reduzir os custos e melhorar a gestão do sistema.

BAIXO INVESTIMENTO EM PESQUISA

O investimento em pesquisa e desenvolvimento é importante para garantir que essas tecnologias sejam desenvolvidas. Entretanto, atualmente há pouco investimento e há lentidão nas aprovações e incorporações, reduzindo a taxa de conversão de pesquisas acadêmicas em novas tecnologias. No Brasil, existem sistemas que fomentam o crescimento das pesquisas por meio de polos estratégicos de inovação, mas o país ainda está aquém da maioria dos países emergentes nesse quesito ⁽⁷⁾.

Para viabilizar modelos inovadores de atendimento e agilizar o processo de inovação é necessário haver eficiência regulatória. No Brasil, existe grande oportunidade de melhoria para a agilização do processo de aprovação de patentes e de novas tecnologias ⁽⁷⁾.

MODELO DE GESTÃO COM OPORTUNIDADES DE MELHORIA

Governança diz respeito ao gerenciamento do relacionamento entre as várias partes envolvidas incluindo governo, usuários, famílias, comunidades,

empresas, organizações não governamentais e outras entidades que tenham a responsabilidade de financiar, monitorar, prestar e usar serviços de saúde.

O modelo de gestão do SUS evidencia oportunidades de melhoria ao se constatar a baixa capacidade local para gerenciar responsabilidades descentralizadas. O processo de descentralização provocou a municipalização do sistema. Lamentavelmente, observa-se que muitos municípios não apresentam capacidade financeira e tampouco capacidade de gestão a este desafio ⁽¹⁶⁾.

Percebe-se ainda que o modelo de gestão utilizado na administração do SUS não oferece incentivos para que os provedores aumentem a eficácia no uso dos recursos disponíveis e melhorem o desempenho. O modelo de pagamento utilizado gera incentivos errados para o sistema.

O atual modelo de gestão está na contramão da boa gestão de recursos. Atualmente nosso país gasta mais com a assistência de média e alta complexidade do que os países desenvolvidos. Cerca de 67% do orçamento total são gastos com esses níveis de atenção, enquanto a média dos países desenvolvidos (OCDE) é de 55%. Prioritário seria direcionar recursos em maiores montantes para a atenção básica e ambulatorial. A atenção primária é fundamental para evitar internações desnecessárias ^(7, 16).

Apesar de existência de marco regulador proporcionado pelo SUS para a atuação do setor privado, a coordenação entre os dois setores permanece muito deficiente e as inconsistências da legislação básica do SUS permitem a existência de um setor privado forte e dinâmico. Consequente à garantia constitucional de acesso irrestrito, a capacidade operacional do SUS sempre está completa, fato que contribui para o crescimento dos planos privados de saúde proporcionando quebra das metas de universalidade e equidade previstas na elaboração do SUS ^(7, 16).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evoluir as condições atuais, os gastos da saúde no Brasil deverão chegar a níveis insustentáveis. Na atual progressão os gastos com saúde deverão atingir cerca de 20% a 25% do PIB em 2030, representando um investimento adicional de aproximadamente R\$ 10 trilhões.

A contenção dos gastos inevitavelmente passa pela melhoria e consolidação dos modelos de atenção aos idosos. Com o envelhecimento da população e perfil atual de gastos por paciente/cidadão os gastos de saúde chegarão a mais de 20% do PIB até 2035, já que o número de pessoas acima de 60 anos de idade deve triplicar até 2030. Com o novo perfil demográfico da população se instalando, resultante do envelhecimento e do aumento da prevalência das doenças crônicas, torna-se necessário alocar os recursos do sistema de maneira mais adequada para atender a essa nova demanda. Atualmente temos um déficit de leitos e de médicos especializados na atenção ao idoso. O Brasil em 2009 contava com 9 leitos em instituições de longa permanência para

idosos a cada 1.000 habitantes, enquanto no Reino Unido e no Canadá este número era de 55. Infelizmente, ainda, o Brasil não tem formado médicos voltados para o cuidado com o idoso. Resumidamente, nossa carência de médicos da família e geriatras pode ser observada com a comparação:

- O Brasil tem 1 médico de família por 10.000 habitantes enquanto a média da OCDE é de 10/10.000 habitantes.

– O Brasil tem 5 geriatras por 100.000 habitantes em comparação a 20/100.000 nos Estados Unidos e 10/100.000 no Reino Unido ⁽⁷⁾.

A viabilidade do sistema de saúde brasileiro passa pelo inevitável investimento em saneamento básico. O Brasil necessita investir mais que R\$ 10 bilhões/ano, montante previsto para dispêndio em 2019, em ações de saneamento básico. Caso mantido este patamar de investimento, apenas em 2060 se atingirá a meta prevista pelo Plano Nacional de Saneamento Básico - PLAN SAB.

A expansão e fortalecimento de ações de prevenção de doenças e promoção à saúde trata-se também de ação primária e fundamental. Campanhas governamentais para a redução do consumo do álcool, incentivo à alimentação saudável, incremento da prática de atividade física seriam o início da batalha em busca da diminuição de custos da saúde e melhoria da qualidade de vida dos brasileiros.

O Brasil necessita trabalhar também em alguns caminhos como a integração de dados do paciente. O impacto do acesso à informação é imenso, refletindo-se na conscientização do paciente, por meio da disponibilização de informações comparáveis referentes a qualidade das instituições prestadoras de atenção, na possibilidade da tomada de decisões mais fundamentadas e no maior engajamento do cidadão na cobrança do sistema. Neste processo, as informações disponibilizadas ao paciente contribuirão para a percepção por ele do montante de custos gerados.

É necessário expandir a utilização de ferramentas analíticas para mapear grupos de risco e prevenir que suas doenças piorem já que grupo de 10% da população gera 44% das hospitalizações.

Investir na melhoria da governança é necessidade fundamental. A governança atual do sistema de saúde brasileiro possui elos da cadeia que atuam de forma independente e não aproveitam oportunidades de sinergias com uma maior cooperação, seja ela entre público e privado. A alternativa de organizar o sistema por regiões de saúde pode efetivar a descentralização e melhorar os resultados. Porém a melhoria da governança passa pela prática de um modelo de gestão que utilize indicadores de desempenho, sobretudo para custos, qualidade e desfecho. O modelo de gestão não poderá prescindir da utilização de indicadores para responsabilização e promoção da transparência buscando reduzir riscos e fraudes.

REFERÊNCIAS

- 1) Brasil. Ministério da Previdência Social. Ministro do planejamento explica importância da reforma da previdência. Acesso em: 22 fev. 2019. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/noticias/emprego-e-previdencia/2018/02/ministro-do-planejamento-explica-importancia-da-reforma-da-previdencia>
- 2) Brasil. Ministério da Saúde. O sistema público de saúde brasileiro. (acesso em 23/02/2019). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf
- 3) Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Acesso em: 24 fev. 2019. Disponível em : <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>
- 4) Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde. (acesso em 24/02/2019). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>
- 5) Brasil. Ministério da Saúde. Sala de apoio estratégico à saúde. (acesso em 24/02/2019). Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>
- 6) Kalache A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. (acesso em 25/02/2019). Cad. Saúde Pública vol. 3 no. 3 Rio de Janeiro. July/Sept.1987. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1987000300001>
- 7) Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o Sistema de Saúde. Acesso em: 26/02/2019. Disponível em: <http://icos.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Relato%CC%81rioNet.pdf>
- 8) Brasil. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Acesso em: 26 fev. 2019. Disponível em http://www.cecol.fsp.usp.br/dcms/uploads/arquivos/1446465969_Brasil-PlanoNacionalDeSaneamentoB%C3%A1sico-2013.pdf
- 9) Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A queda da imunização no Brasil. Edição 25. Saúde em Foco. (acesso em 26/02/2019). Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/queda-da-imunizacao-brasil>
- 10) Brasil. Ministério da Saúde. Febre amarela: risco se aproxima e Ministério alerta para a vacinação. Últimas notícias. (acesso em 21/02/2019). Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44661-febre-amarela-risco-se-aproxima-e-ministerio-alerta-para-a-vacinacao>
- 11) Brasil. Ministério da Saúde. Sarampo: informe nº 36 24 DE JANEIRO DE 2019. Acesso em 23 fev. 2019. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/Informe-Sarampo-n36-24jan19aed.pdf>

- 12) Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde alerta para aumento de 149% dos casos de dengue no país. Acesso em 23/02/2019. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45257-ministerio-da-saude-alerta-para-aumento-de-149-dos-casos-de-dengue-no-pais>
- 13) Brasil. Ministério da Saúde. Apesar da obesidade em alta, pesquisa mostra brasileiros mais saudáveis. Acesso em 23/03/2019. Disponível em : <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43604-apesar-de-obesidade-em-alta-pesquisa-mostra-brasileiros-mais-saudaveis>
- 14) Mendes EV. As redes de atenção à saúde. (acesso em 25/02/2019). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2010.v15n5/2297-2305>
- 15) Brasil. Conass. Judicialização na Saúde. Acesso em 25/02/2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/judicializacao-na-saude/>
- 16) Rizzotto, MLF; Campos, GWS. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. Acesso em 26/02/2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200263

Recebido: 22 de abril de 2019. **Aceito:** 24 de abril de 2019

Correspondência: Milton Osaki. Av. Dr. Arnaldo, 351, 2º andar - Pacaembu - São Paulo SP - CEP: 01246-000. **E-mail:** osaki.milton@gmail.com

Conflito de Interesses: os autores declararam não haver conflito de interesses.

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited