

Nesta edição Nº 21

Saúde em dados contextualização



Saúde e influências externas

Health and external influences

Olimpio J. Nogueira V. Bittar; José Dínio V. Mendes; Adriana Magalhães

RESUMO

O perfil de saúde recebe influências das condições socioeconômicas, históricas, geográficas, políticas, educacionais, culturais, ambientais, tecnológicas, urbanísticas, de comunicação, dos bens e serviços disponíveis, entre outras, criando ou alterando as demandas para o sistema de saúde e para a produção de programas e serviços em unidades de saúde, resultando em diferenças na qualidade da atenção, na produtividade e nos custos dos procedimentos. Revisão foi elaborada com dados do estado de São Paulo, quantificando e qualificando algumas destas influências, salientando a importância destas informações nas decisões relativas às estruturas, aos processos administrativos e às ações de saúde que possam resultar em impactos positivos para a população. A rapidez com que essas influências mudam exige das unidades de saúde dinâmica rápida na estruturação de suas áreas e subáreas. Complexa, complicada, de alto risco e custo, a inserção dela no mercado exige profissionalização e alto grau de atenção para atender o maior número de pessoas com recursos escassos.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema de saúde. Mercado de saúde. Influências na saúde.

ABSTRACT

The health profile receives influences of socioeconomic, historical, geographical, political, educational, cultural, environmental, technological, urban, communication, the available goods and services, among others, creating or changing demands on the health system and the production of programs and services in health facilities, resulting in differences in quality of care, productivity and cost of procedures. Review was made with data from the State of São Paulo, quantifying and qualifying some of these influences, stressing the importance of this information in decisions relating to structures, administrative procedures and the health actions that could result in positive impacts for the population. The speed with which these influences changing demands of the fast dynamic health units in structuring their areas and sub-areas. Complex, complicated, high risk and cost, inserting it in the market requires professionalism and high degree of attention to meet the largest number of people with scarce resources.

KEYWORDS: Health system. Health Market. Health influences.

INTRODUÇÃO

As condições de saúde são influenciadas por um amplo conjunto de fatores, que atuam direta ou indiretamente nos perfis de saúde/doença de uma dada comunidade. Questões de caráter geral, socioeconômicas, históricas, culturais, geográficas, demográficas e de políticas públicas, como o tipo de clima, a altitude, a existência de acidentes naturais, rios, entre outros aspectos geográficos, os principais tipos de atividade econômica, a poluição ambiental, a riqueza (renda bruta ou *per capita*) de uma nação ou região, a distribuição de renda, a educação e qualificação para o trabalho, o saneamento básico (água, lixo e esgotamento sanitário), a estrutura habitacional, aspectos demográficos (adensamento e envelhecimento da população, população economicamente ativa, crescimento populacional), nível de urbanização, acesso

a bens, serviços e tecnologias, transportes e meios de comunicação, entre outros, impactam fortemente na saúde da coletividade.

Outros fatores mais específicos, imbricados com as dimensões acima apontadas, influenciam diretamente nos eventos de saúde/doença, como hábitos e estilo de vida, sedentarismo, tipo de alimentação, presença de vetores e doenças endêmicas e epidêmicas, violência e acidentes (de trabalho e de trânsito), uso de drogas ilícitas, bem como a estrutura do sistema de prestação de serviços de saúde, a abrangência de acesso da população e a qualidade das ações de saúde.

Vasta literatura científica aborda a teoria dos chamados determinantes sociais de saúde e a maioria das definições acaba

expressando o conceito “[...] de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde [...]” e no Brasil, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) definiu estes determinantes “como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.¹

A CNDSS foi instituída formalmente em 2006 elaborando extenso relatório publicado em 2008, incluindo uma análise da situação de saúde nacional, com informações variadas sobre estes determinantes no país.²

Entretanto, apesar desta iniciativa, ainda se observa pouca utilização efetiva de informações sobre o conjunto destes fatores no planejamento e programação de saúde e muito comumente, as ações planejadas e executadas pelo sistema de saúde, público ou privado são bastante fragmentadas, isoladas de outras ações governamentais (de outros setores) e ignoram, parcial ou totalmente, as realidades externas ao sistema, que, no entanto, nem por isso, deixam de influir, frustrando muitas das expectativas dos técnicos, administradores/ gestores da saúde e alterando os resultados gerados pelas instituições de saúde.

Todas as estruturas administrativas devem ser geridas com dinamismo e passar por atualizações e adaptações periódicas, principalmente aquelas das instituições de saúde que neste século têm sido influenciadas pela aceleração de toda sorte de mudanças, das demográficas às tecnológicas, criando e intensificando necessidades, exigindo inovações na provisão de serviços.

O grande número de variáveis que interferem nos processos de saúde/doença e de produção em saúde exige a ampliação do escopo das informações que orientam as decisões dos gestores, muitas delas de caráter imediato, bem como de mecanismos modernos (informatização) para facilitação de seu uso interno e disseminação rápida nas instituições.

O objetivo deste artigo é a apresentação de informações relativas às variáveis externas que interferem na gestão/administração de saúde, pública ou privada, cujo conhecimento e utilização são fundamentais para a reestruturação das instituições e dos serviços de saúde, deixando clara a relação de interveniências das áreas governamentais, da sociedade e dos prestadores de serviços, no âmbito do Estado de São Paulo, optando-se por incluir aquelas informações cuja disponibilidade se mostra mais acessível aos gestores de saúde públicos ou privados. Trata-se de um estudo voltado para a prática da gestão de saúde, visando, pelos exemplos, estimular os gestores (muitas vezes, competentes profissionais de saúde, mas sem formação específica sobre gestão de serviços), a buscarem maior entendimento da realidade em que se inserem os serviços de saúde sob sua gestão. Não se deve entender que as variáveis abordadas no trabalho esgotam a realidade da saúde. Muito ao contrário, indicam que na busca de explicações e orientações na formulação de políticas e serviços de saúde, sempre se deve ampliar conhecimentos e incluir novos pontos de vista.

O estudo das influências internas será visto oportunamente, em outro artigo.

As influências externas que exercem seus efeitos sobre os sistemas de saúde,

aqui consideradas, podem ser visualizadas esquematicamente na figura 1,³ na qual todo o processo de produção de saúde é representado, desde suas influências externas (aqui apresentadas como Ambiente) até as condições internas próprias dos sistemas de saúde, os resultados esperados, a avaliação e retroalimentação.

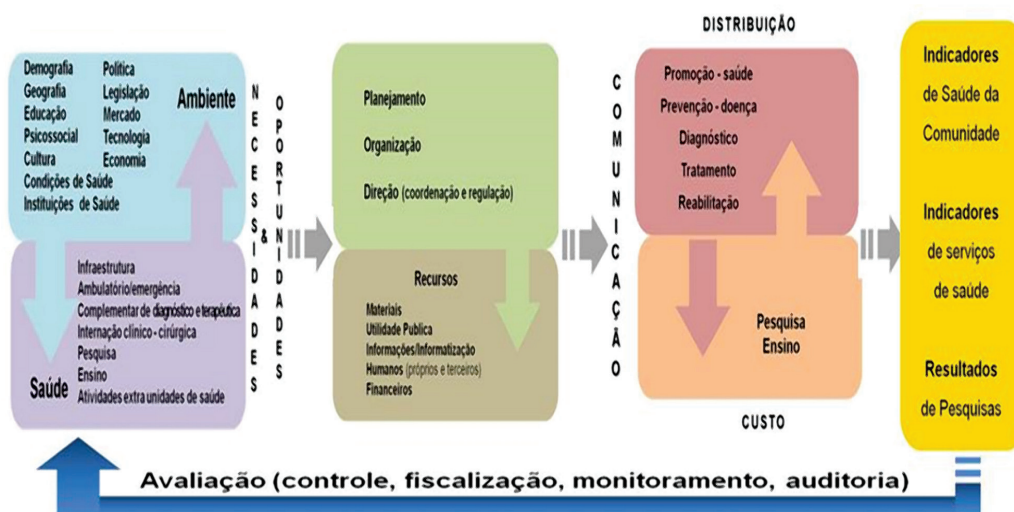
Pretende-se, assim, que as instituições de saúde deixem de ser apenas fornecedoras de bens e serviços e se transformem em organizações que gerem conhecimento necessário para agir de modo mais eficaz na resolução de problemas da área, monitorando inúmeras variáveis de responsabilidade de outras áreas da sociedade e do poder público, que participam na elaboração e implementação de políticas públicas e inovação tecnológica, buscando antecipar, influir e facilitar a elaboração de soluções sustentáveis para benefício da sociedade.

MÉTODOS

Estudo descritivo que apresenta alguns aspectos de impacto de variáveis externas

à área de saúde, no Estado de São Paulo, em anos recentes. Procurou-se sempre a comparação dos dados atuais de 2015 com outros previamente publicados, cujo limite foi o ano de 2008. Por fugir ao escopo de um trabalho descritivo, não se pretende estabelecer a existência de associações ou relações causais entre as variáveis apresentadas e a situação de saúde, mas sim sugerir explicações que possam ser úteis para a compreensão da complexidade da situação de saúde pelos gestores de saúde, e, se for o caso, gerar investigações futuras.

Tratando-se de trabalho que aborda o amplo universo de variáveis externas, a seleção de algumas informações para comentários, implicará, infelizmente, na necessária exclusão de inúmeras outras. Não se procedeu assim por estabelecimento de hierarquia de valores ou de importância entre as variáveis e sim por critérios que atentavam para a disponibilidade e facilidade (informações existentes) e também de escolha empírica dos autores, baseada na experiência com diferentes níveis e esferas de gestão na saúde.



Fonte: Bittar (2015)

Figura 1. Sistema de Saúde

As fontes de dados foram o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Sistemas Nacionais de Informação disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), como o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), entre outros, além de informações técnico/administrativas das Coordenadorias de Saúde e seus órgãos subordinados, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

Alguns dados de 2015, principalmente a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), obtidas no DATASUS, podem sofrer alterações por reprocessamento no período de três meses, no ano de 2016, mas nada que prejudique a análise de tendências. O mesmo ocorre com o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) a apresentação de dados preliminares referentes ao ano de 2015, passíveis de ajustes em 2016.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados, conforme as variáveis incluídas no item “Ambiente” da figura 1 e realizadas observações sobre sua importância e potencial para os gestores de saúde, no enfrentamento dos problemas, no aproveitamento das oportunidades, na formulação de ações, e na provisão de programas e serviços com qualidade, produtividade e custos compatíveis ao atendimento das necessidades da população.

Entre as diversas variáveis apontadas, não existe uma sequência rígida de apresentação ou de priorização para avaliar necessidades e oportunidades de produção de programas e serviços que proporcionem promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação para determinada população. As informações sobre estes tópicos são, na maior parte dos casos, inter-relacionadas e adquirem maior importância quando são verificadas em conjunto, gerando uma visão abrangente que facilita o sucesso no planejamento das iniciativas da área de saúde.

Geografia/Sustentabilidade

Especificidades geográficas, como distância, densidade populacional e concentração urbana, vias de acesso, acidentes geográficos, clima, entre outros, são fundamentais para qualquer empreendimento, inclusive os de saúde.

A concentração urbana e a densidade populacional são fundamentais para o planejamento de estruturas de saúde, em especial aquelas muito custosas que necessitam de escala e escopo para garantirem adequada relação de produtividade/qualidade e custos, como hospitais de referência e serviços especializados com alta tecnologia embarcada (como por exemplo, a imagenologia, ressonância magnética, entre outros).

Neste sentido, o Estado de São Paulo (ESP), figura 2, conta com cinco regiões metropolitanas e dois aglomerados, tabela 1, inclusive da capital do Estado, com grandes distâncias entre as regiões mais densamente povoadas e o restante dos seus municípios, porém servidos por rodovias de qualidade que permitem a locomoção de pacientes e profissionais com

certa rapidez e tranquilidade. As sete regiões citadas concentram 73,3% dos 43 milhões de habitantes em apenas 162 municípios.

Apesar de o Estado possuir, em média, bons indicadores de água encanada, coleta de esgoto e de lixo, o grande êxodo rural ocorrido no Estado resultou em aglomerados urbanos com largas regiões periféricas de sub-habitacões, com diversos fatores que impactam em danos à saúde coletiva, como aglomeração doméstica, condições sanitárias precárias, presença de vetores, violência urbana. Questões ambientais, como a poluição do ar, devidas principalmente à industrialização mal planejada e ao trânsito caótico, seguramente impactam nos problemas de saúde metropolitanos, principalmente no inverno, aumentando diversas doenças crônicas e possivelmente, a mortalidade por elas.⁴ Todas estas questões precisam ser levadas em conta no planejamento das ações da atenção primária, na atenção à urgência/emergência e na rede de referência de saúde.

A distribuição da população é muito desigual nos municípios do Estado, sendo que os de pequeno porte (483 municípios, que superam 60% do total) apresentam por vezes dificuldades e até mesmo impossibilidade de estruturar e manter serviços de saúde de qualidade. Entretanto, historicamente, muitos estes municípios criaram pequenos hospitais filantrópicos (Santas Casas), com baixa sustentabilidade para o desempenho adequado e com qualidade, da assistência hospitalar moderna, por falta de economia de escala, condições econômicas locais, interesse do profissional de saúde em se fixar. De fato, 220 municípios não possuem leitos hospitalares (e seguramente não devem ter mesmo) e 168 não possuem médicos residentes (os profissionais que atendem em

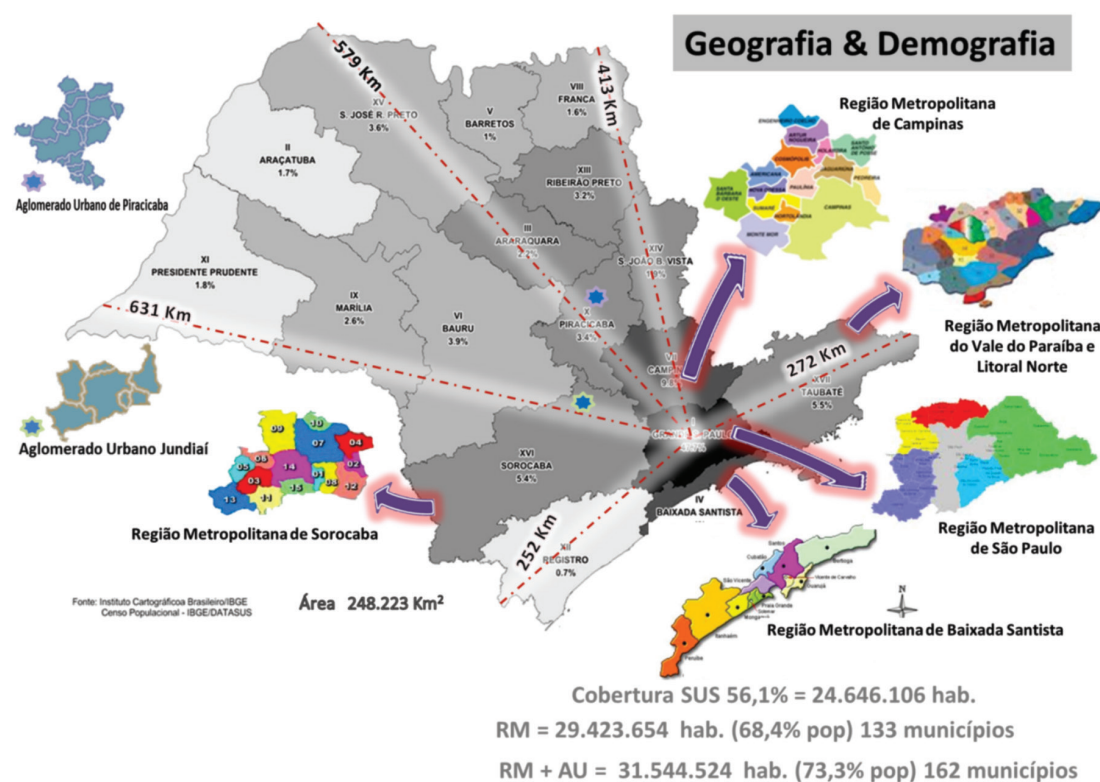
suas unidades residem nos municípios maiores da sua região), o que no ESP não é um grande problema, tendo em vista a boa rede de estradas, mas que em outras regiões do Brasil, como na Região Norte, pode se constituir em barreira para o atendimento médico.

Esta constatação remete os gestores a buscarem formas de associações que pudessem garantir determinados tipos de atendimento ao conjunto de municípios de algumas regiões, como a figura do consórcio de saúde, embora este tipo de prática não tenha muita tradição em nosso Estado e careça ainda de melhor legislação, objetivos e planejamento para não incidir em práticas pouco sustentáveis. O Estado possui 17 deles, sem significância na resolução dos problemas de saúde regionais.

A boa rede de transporte facilita a comunicação entre as regiões, mas torna também as barreiras geográficas frágeis e facilmente transponíveis, facilitando a capacidade de difusão rápida dos vetores e das doenças, não faltando exemplos atuais como a zika e chikungunya.

As regiões administrativas do ESP, inclusive as de saúde, precisam ser revistas com o apoio de profissionais como geógrafos, demógrafos, antropólogos, para melhor efetividade de uma nova divisão do Estado.

Finalmente, as divisas com vários outros Estados e qualidade do atendimento a saúde em São Paulo fazem com que a migração de pacientes seja expressiva, atendimento este, na maioria das vezes, com recursos próprios do tesouro do ESP. A busca de atenção por população externa ao Estado precisa ser mais bem equacionada no âmbito nacional, garantindo-se organização e sustentabilidade no atendimento da demanda existente.



Fonte: SES-SP (2015)

Figura 2. Aglomerados urbanos, regiões de saúde e distâncias entre Capital e divisas do Estado de São Paulo

Tabela 1. Distribuição da população do Estado de São Paulo segundo regiões e aglomerados, 2015

Localidade	Habitantes	%	Nº de municípios
Região Metropolitana de São Paulo	20.443.152	47,5	39
Região Metropolitana de Campinas	3.021.313	7,0	20
Região Metropolitana do V. do Paraíba e Litoral Norte	2.383.470	5,5	39
Região Metropolitana de Sorocaba	1.826.376	4,2	26
Região Metropolitana da Baixada Santista	1.749.343	4,1	9
Aglomerado Urbano Piracicaba	1.368.787	3,2	22
Aglomerado Urbano Jundiaí	752.083	1,7	7
Subtotal	31.544.524	73,3	162
Demais municípios	11.502.031	26,7	483
Estado de São Paulo	43.046.555	100,0	645

Fonte: Secretaria do Desenvolvimento Metropolitano/Seade

Demografia

A tabela 2 demonstra de modo mais efetivo o que se afirma na seção anterior, notando-se que 42,6% dos municípios têm menos de

10 mil habitantes. Os outros 37% entre 10 e 49 mil habitantes. O menor município do Estado, Borá, tem 808 habitantes e o maior

é a capital, com 11.581.798 habitantes (maior que muitos países). Essa heterogeneidade cria grandes dificuldades na implementação de qualquer sistema de saúde. A maioria dos pequenos municípios tem dificuldades no planejamento e execução de ações de saúde, entretanto, na atual organização do Sistema Único de Saúde (SUS), são esferas de governo autônomas e pressupõe-se que tenham a mesma responsabilidade e competência técnica e de gestão dos grandes municípios.

Segundo a Fundação Seade, o crescimento populacional do ESP na última década foi o menor desde 1950 e a taxa de crescimento na primeira década do século XXI foi de 1,09% ao ano, um pouco inferior àquela registrada pelo total da população brasileira (1,17%). Além da acentuada queda da fecundidade, o componente migratório do crescimento

Paulista se reduziu fortemente, passando de 42% na década de 70 para 11% na primeira década do século XXI.⁵

Apesar desse ritmo mais lento de crescimento da população do ESP (Tabela 3), a transição demográfica implica na redução proporcional das faixas etárias mais jovens e aumento do percentual de idosos, trazendo transformações econômicas com impacto na previdência social e na saúde. A população economicamente ativa certamente diminuirá com a queda da fecundidade, aumentando as dificuldades de financiamento dos sistemas previdenciário e de saúde e do preenchimento das necessidades de recursos humanos, pois a competição por profissionais será acirrada em todas as áreas de produção. Todos estes fatos têm evidentes consequências na provisão de programas e serviços de saúde.

Tabela 2. População dos municípios do Estado de São Paulo segundo faixa de população, 2015

Faixa de população	Nº de municípios	% município	População total	% pop.
< 10 mil	275	42,6	1.372.231	3,2
10 - 49 mil	238	36,9	5.530.332	12,8
50 - 99 mil	57	8,8	3.974.183	9,2
> 100 mil	75	11,6	32.169.809	74,7
Total	645	100,0	43.046.555	100,0

Fonte: Seade

Tabela 3. População segundo faixa etária do Estado de São Paulo, 2008-2015

Faixa etária	2008		2015		Diferença % 2015/2008
	Número	%	Número	%	
< 15	9.063.093	22,4	8.451.942	19,6	-6,7
15 a 59	26.909.847	66,6	28.915.036	67,2	7,4
60 ou +	4.446.846	11,0	5.679.577	13,2	27,7
Total	40.419.786	100,0	43.046.555	100,0	6,5

Fonte: Seade

Nota-se (Tabela 4) que os 13,2% da população com mais de 60 anos no ESP são responsáveis por 26,9% das internações do SUS. Além disso, as internações das faixas etárias mais jovens envolvem principalmente os partos (que representam a primeira causa de internação pelo sistema). Os idosos geralmente têm mais de uma doença (hipertensão arterial, diabetes, artrose), habitualmente crônicas, requerendo mais tempo de internação, exames, medicamentos e assim, despendendo mais recursos.

Como não há informações disponíveis sobre a utilização dos serviços de saúde da população que utiliza o sistema de saúde suplementar (SS) (internações realizadas pelos planos e seguros privados de saúde) para realizar a estimativa do número de internações por 100 habitantes, utilizou-se a população total do ESP e a população usuária exclusiva do SUS (57,3% do total), verificando-se que em ambas, os percentuais de internação são maiores nos idosos acima de 60 anos.

Como é esperado, a redução do número de nascidos vivos ao longo do tempo tem implicações nos serviços de saúde, isto é,

influi diretamente no planejamento de leitos e de unidades especializadas em obstetrícia, como as maternidades e unidades de pediatria.

Psicossocial/Cultura

Para Delphin⁶ a cultura de um povo, expressão de inúmeras variáveis como as exemplificadas no Quadro 1, também influencia várias questões de saúde.

Em função dos valores, hábitos de consumo e costumes, pode-se verificar um conjunto de comportamentos individuais e de práticas coletivas que trazem consequências danosas à saúde e geração de doenças (Figura 3), como dieta inadequada, uso de drogas e álcool, tabagismo, sexo sem proteção, danos por causas externas (acidentes e violências), sedentarismo, insustentabilidade ambiental, automedicação, tratamento descontinuado de doenças crônicas, interferindo no volume e gastos dos atendimentos da saúde.

No ESP, as 40 primeiras causas de internação, que representam 63% das 2.337.196 internações em 2014,⁷ 2015), incluem, em sua maioria, doenças crônicas e agudas (ligadas às causas externas) relacionadas com estes fatores anteriormente apontados.

Tabela 4. Internações SUS segundo faixa etária no Estado de São Paulo, 2015

Faixa Etária	População 2015	%	Internações	%	Internação/100 hab.	
					Pop. Estado	Pop. SUS
< 15	8.451.942	19,6	338.636	14,2	4,0	6,8
15 a 59	28.915.036	67,2	1.400.637	58,9	4,8	8,6
60 ou +	5.679.577	13,2	640.057	26,9	11,3	18,9
Total	43.046.555	100	2.379.330	100	5,5	9,7

Nota: Foram excluídas as AIH de longa permanência
Fonte: Seade/ANS/DATASUS/MS

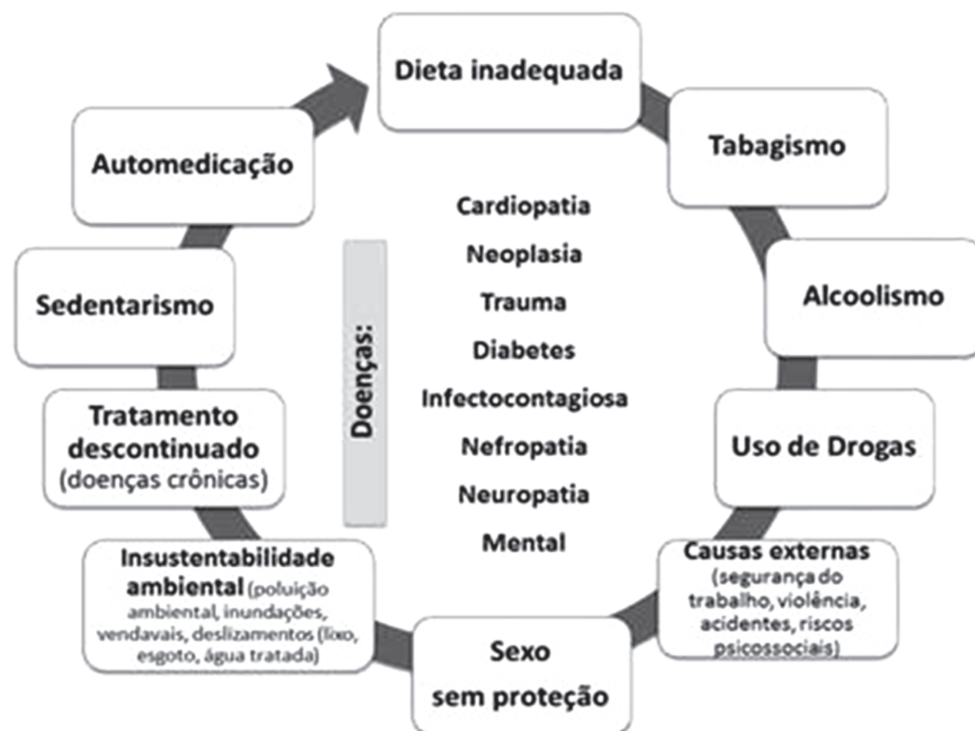
Quadro 1. Considerações culturais

• Etnia	• Nível de escolaridade
• Raça	• Orientação Sexual
• País de Origem	• Ocupação
• Gênero	• Localização geográfica
• Idade	• Capacidade física/Limitações
• <i>Status</i> Socioeconômico	• <i>Status</i> de imigração
• Língua-mãe	• Envolvimento em justiça criminal
• Domínio do idioma	• Clima político
• Espiritualidade/Religião	

Fonte: Delphin (2008)

A maioria destas questões não pode ser modificada por abordagens isoladas do setor saúde. Embora a saúde possa medir e apresentar algumas das consequências dos comportamentos de risco que são verificadas no atendimento de seus serviços, as intervenções sociais para modificação

de padrões culturais são extremamente complexas e exigem participação de setores governamentais como educação, justiça e segurança pública, assistência social, meios de comunicação e de arte, legislação, entre outros, e também de entidades não governamentais e da sociedade civil.



Fonte: Bittar (2015)

Figura 3. Fatores agravantes das condições de saúde

Um exemplo foi a atuação contra os efeitos maléficos do tabagismo, de iniciativa pioneira da saúde no ESP, foi a edição da Lei nº 13.541, de 07 de maio de 2009, que garantiu implantação de ambientes livres de fumo. Enquanto as leis anteriores (que autorizavam convivência entre fumantes e não fumantes em áreas separadas do mesmo estabelecimento de uso comum), existentes na esfera federal ou estadual eram habitualmente desrespeitadas, a Lei nº 13.541/2009 simplificou e esclareceu a população sobre ampliação da proibição do fumo em todos os recintos coletivos.

O sucesso na implantação da nova lei contou com participação de inúmeros órgãos públicos e não governamentais e de bom sistema de comunicação, razão pela qual foi muito bem aceita pela comunidade, conseguiu resultados e vem garantindo benefícios a todos os usuários dos estabelecimentos de uso comum (clientes e trabalhadores).

Outro exemplo importante dos impactos das mudanças nos hábitos de vida sobre o setor saúde diz respeito à grande ampliação no uso de drogas psicoativas. A preocupação é maior em virtude da pouca disponibilidade de profissionais para prevenção, diagnóstico e tratamento, dificuldades de adesão por parte dos pacientes e a diversidade das mesmas (maco-nha, solventes, benzodiazepínicos, orexígenos, cocaína, codeína, estimulantes, barbitúricos, esteroides, opiáceos, anticolinérgicos, alucinógenos, crack, meria e heroína).⁸

Mendes e Bittar⁹ demonstraram que a política de desospitalização da saúde mental reduziu o total de internações por distúrbios mentais no ESP. A ampliação de 75% no número de unidades ambulatoriais, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre 2008 e 2015, ocorrido no ESP conforme tabela 5, não tem dado conta das novas necessidades de saúde decorrentes do uso abusivo de drogas, cujo sucesso dependeria de ações conjuntas de diversos órgãos governamentais e da sociedade civil.

O impacto das doenças crônicas no sistema de saúde pode ser estimado pelo grande volume de internações evitáveis verificadas.¹⁰ A maior parte destas internações é relacionada com as condições crônicas e com os fatores agravantes acima citados.

Ao redor de 15,9% das internações são desnecessárias, representando quase 400 mil internações anuais (Tabela 6). Se as ações da atenção básica fossem efetivas, tivessem interface com outros setores e atuassem sobre os fatores agravantes, por meio de medidas de promoção ou prevenção em saúde, ocorreria redução significativa de custos para o sistema, além dos benefícios para a saúde dos pacientes. Há que se desenvolver tecnologia capaz de mudar comportamentos e melhorar a percepção do indivíduo e da comunidade da necessidade de auto cuidado, focados na atenção básica de saúde.

Tabela 5. Aumento dos Centros de Atenção Psicossocial no ESP, 2008-2015

Ano/Tipo de Estabelecimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Diferença % 2015/2008
CAPS	254	269	293	325	375	393	426	444	74,8

Fonte: CNES

Tabela 6. Internações por causas sensíveis à atenção básica, 2008-2015

ICSAB	2008	2015	Diferença % 2015/2008
Doenças preveníveis p/imuniz. e condições sensíveis	4.872	7.154	46,84
Gastrenterites Infecciosas e complicações	38.240	26.219	-31,44
Anemia	2.782	2.428	-12,72
Deficiências Nutricionais	6.790	4.836	-28,78
Infeccções de ouvido, nariz e garganta	4.324	6.483	49,93
Pneumonias bacterianas	19.356	20.133	4,01
Asma	18.895	12.733	-32,61
Doenças Pulmonares	28.710	34.032	18,54
Hipertensão	23.540	14.505	-38,38
Angina	22.337	25.307	13,30
Insuficiência cardíaca	48.749	45.431	-6,81
Doenças Cerebrovasculares	36.125	43.536	20,51
Diabetes Melitus	22.466	21.226	-5,52
Epilepsias	14.812	14.467	-2,33
Infeccção do rim e trato urinário	37.086	49.601	33,75
Infeccção da pele e tecido subcutâneo	14.269	23.643	65,69
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	5.499	5.255	-4,44
Úlcera gastrointestinal	10.770	11.337	5,26
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	6.045	8.968	48,35
Total	365.667	377.294	3,18

Fonte: DATASUS/MS

Aspectos culturais podem também influir (em conjunto com outras causas) na forma de uso habitual dos serviços de saúde, na excessiva medicalização e no uso exagerado de recursos da saúde (decorrentes da transformação da saúde em objeto de consumo) ou em questões que podem afetar a produtividade dos serviços, como é exemplo a alta taxa de absenteísmo verificada em ambulatórios de especialidade no SUS/SP que varia entre 14% a 40% do total

previsto, quando no máximo aceitável seria de 5%,¹¹ que coexiste, paradoxalmente, mesmo com filas e demanda reprimida para estes atendimentos. Esta situação que ocasiona redução de produtividade e desperdício de recursos de saúde, também se verifica em outros países^{12,13} em maior ou menor grau, que diferentemente daqui tem tentado utilizar distintas técnicas de comunicação para minimizar o problema.

Condições de Saúde

Conhecer as condições de saúde da população é fator primordial para poder prover programas e serviços de prevenção da doença, promoção da saúde, diagnóstico e tratamento precoce e reabilitação.

Sistemas de informações úteis para a epidemiologia estão implantados no país, com abrangência de toda a população, como os sistemas de informação de mortalidade (SIM) e de nascidos vivos (Sinasc), pelos quais é possível saber as causas de morte e as condições de nascimento. Estes sistemas estão em contínuo aperfeiçoamento, no país, com redução de informações mal definidas. No ESP já são de boa qualidade há muitas décadas. Embora sejam finalizadas com cerca de dois anos de defasagem em relação ao ano corrente, a análise das tendências é rica fonte para orientar as políticas públicas de saúde e sociais. Estudos anteriores⁹ e dados atuais (Tabela 7) demonstram a importância de doenças do aparelho circulatório e de neoplasias no Estado (estas últimas com taxa de mortalidade em elevação) e a redução da importância das moléstias infecciosas (apesar do surgimento, na década de 1980, da aids, e nos últimos anos, da gripe H1N1 e do complexo dengue/zika/chikungunya). Observa-se a queda da taxa das mortes por violências e acidentes que ainda se situa em patamares muito mais elevados que nos países desenvolvidos, com o agravante de afetar predominantemente faixas etárias jovens, em idade produtiva, representando perdas de muitos anos de vida e sequelas com graves consequências para a qualidade de vida e alto custo social e para o sistema de saúde.

Infelizmente, os dados epidemiológicos de morbidade são disponíveis apenas para as unidades do SUS (resultantes do pós-atendimento), quer sejam de internação, quer sejam os do atendimento ambulatorial e, mesmo assim, neste último caso, não são completos. As informações da rede do Sistema de Saúde Suplementar (seguros e planos privados de saúde) - SS não são acessíveis aos gestores do SUS. Apesar de algumas importantes iniciativas, faltam pesquisas de campo periódicas para ter conhecimento de doenças ou condições de agravo à saúde da população (morbidade). Mesmo com estes problemas, há importantes informações para a gestão do sistema (Tabela 8) e aperfeiçoamento de seus programas.

Apesar da riqueza destas informações, é notável sua deficiente utilização na gestão corriqueira do sistema de saúde, decorrentes do grande despreparo de seus gestores diretos, que não priorizam a gestão com base em informações, atuando, habitualmente, apagando incêndios da administração, em notável voo cego. É bem verdade que as estruturas públicas e privadas responsáveis pela gestão e gerência da atenção à saúde contam com falta de profissionais técnicos em todas as esferas (municipal, estadual e federal) que possam trabalhar estes dados nas regiões e situações específicas, prevendo prioridades e demandas que poderiam ser evitadas ou amenizadas, como é o caso dos epidemiologistas, estatísticos e atuários que calculassem probabilidades dos riscos de determinada população morrer e adoecer, além de especialistas em trabalhar o comportamento de indivíduos e comunidades.

Tabela 7. Óbitos e taxa bruta de mortalidade* segundo principais capítulos da CID 10. Estado de São Paulo, 2008-2014

Causa Principal Cap. CID 10	2008			2014			Diferença % 2014/2008	
	Óbitos	%	Taxa	Óbitos	%	Taxa	Óbitos	Taxa
IX Doença aparelho circulatório	76.555	30,7	189,4	82.459	29,4	193,2	7,7	2,0
II Neoplasias (tumores)	44.061	17,7	109,0	50.857	18,1	119,2	15,4	9,3
X Doenças aparelho respiratório	28.985	11,6	71,7	37.828	13,5	88,6	30,5	23,6
XX Causas externas de morbidade e mortalidade	23.837	9,6	59,0	24.808	8,8	58,1	4,1	-1,4
XI Doenças aparelho digestivo	14.567	5,8	36,0	16.118	5,7	37,8	10,6	4,8
XVIII. Sintomas sinais achados anormais, ex. clínicos e de laboratório	15.824	6,3	39,1	14.032	5,0	32,9	-11,3	-16,0
IV Doenças endócrinas e metabólicas	12.412	5,0	30,7	13.297	4,7	31,2	7,1	1,5
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9.934	4,0	24,6	10.362	3,7	24,3	4,3	-1,2
VI Doenças do sistema nervoso	5.845	2,3	14,5	9.165	3,3	21,5	56,8	48,5
XIV Doenças aparelho geniturinário	5.289	2,1	13,1	8.926	3,2	20,9	68,8	59,9
Todos os demais	11.938	4,8	29,5	12.843	4,6	30,1	7,6	1,9
Total	249.247	100,0	616,6	280.695	100,0	657,8	12,6	6,7

*óbitos de residentes por 100 mil habitantes
 Fonte: SIM/DATASUS/MS e SIM/SES/SP

Tabela 8. Quantidade de AIH segundo causa principal – CID 10 no Estado de São Paulo, 2008-2015

Causa Principal Capítulo CID 10	2008	2015	Diferença % 2015/ 2008
XV Gravidez, parto e puerpério	423.566	455.654	7,6
IX Doenças do aparelho circulatório	247.209	260.806	5,5
XI Doenças do aparelho digestivo	207.343	238.897	15,2
X Doenças do aparelho respiratório	232.366	232.303	-0,03
XX Causas externas de morbidade e mortalidade*	188.040	228.771	21,7
II Neoplasias (tumores)	124.934	182.025	45,7
XIV Doenças do aparelho geniturinário	137.639	177.843	29,2
V Transtornos mentais e comportamentais	194.075	137.733	-29
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	96.215	116.820	21,4
VI Doenças do sistema nervoso	70.267	71.107	1,2
Todos os demais	381.781	389.236	2
Total	2.303.435	2.491.195	8,1

*capítulo XIX e XX
 Fonte: DATASUS/MS

A coexistência de doenças infectocontagiosas menos incidentes (embora algumas, como a aids, de alto custo), convivendo com o aumento das crônicas, dependentes do uso contínuo de medicamentos (algumas utilizando-se de drogas caras) e outras terapias custosas, com maior sobrevida e dependência de reabilitação física, social e ocupacional, representam grande custo para o sistema de saúde.

Má alocação de recursos e serviços de saúde inadequados para as demandas reais levam a problemas de oferta, ociosidade, sobreposição ou ausência. Um exemplo são os procedimentos de alta complexidade na internação que se ampliaram no Estado de 7,1% em 2006 para 8,6% em 2014 no total de procedimentos do SUS/SP. Nota-se que as maiores filas de espera no SUS/SP ocorrem nos procedimentos de média complexidade.

Existem, enfim, deficiências na utilização e produção de informações epidemiológicas que permitam adequar a atenção em saúde realizada com a real condição de saúde local e/ou regional, criando unidades, programas e serviços de saúde necessários e efetivos.

Por outro lado, quando a atuação dos serviços é efetiva, inclusive com a distribuição de medicamentos, como é o caso da hipertensão e diabetes, mesmo com o aumento da incidência e prevalência, as internações diminuem gradativamente.

Educação

No que diz respeito à educação, pode-se abordar dois aspectos distintos, com influência nas questões de saúde: na população em geral e aquela específica de formação e capacitação dos profissionais ligados à produção de saúde.

Em relação à população em geral, a educação tem importância tanto na saúde pessoal como na coletiva. O amplo acesso e a qualidade educacional são elementos fundamentais para que os cidadãos possam entender os nexos causais entre os fatores relacionados com a saúde, facilitando ações de promoção e prevenção em saúde, permitindo o auto cuidado, garantindo o tratamento continuado. São exemplos a assimilação de conhecimentos sobre as boas práticas alimentares e de atividade física ou o discernimento para entender recomendações médicas complexas em doenças crônicas como a diabetes, entre outras. Evidentemente, a situação brasileira pode dificultar este trabalho, quando se verifica, segundo o IBGE (2001-2009),¹⁴ que 20% da população é analfabeta funcional, percentual que aumenta quando analisados isoladamente, a capacidade de leitura, de fazer contas, ou ambas.

Por outro lado, os deficientes níveis educacionais da população também impactam na preparação dos profissionais que ingressam no trabalho em saúde, pois exigirão maior carga horária de treinamento para que possam vencer barreiras da educação insuficiente, principalmente em tempos digitais, o que é traduzido em custos operacionais e tempo de formação/capacitação.

Especificamente em relação aos profissionais da saúde, há a falta de integração entre o sistema de saúde (nas suas três esferas) e o sistema formador, na definição das necessidades relativas ao perfil do profissional para a atualidade (principalmente das 14 categorias de profissionais de saúde), no qual ocorrem mudanças numa velocidade bastante elevada com necessidade de soluções inovadoras para manter o sistema

ágil, resolutivo e sustentável, a custo que proporcione o atendimento da população.

No caso específico da formação médica por meio da residência médica, Abramovich, Oliveira e Bittar¹⁵ referem que os problemas brasileiros são complicados, com a frequente opção pelos formandos de algumas especialidades cujo retorno financeiro é maior, conforme tabela 9, deixando de procurar as especialidades básicas e com incidência de doenças maior. Países Europeus e mesmo na América do Norte planejam a necessidade de especialistas por tempo que chega atingir três décadas.

A ausência de planejamento leva à falta de generalistas, médicos clínicos gerais, pediatras, cirurgiões cardiovasculares, neurocirurgiões, endocrinologistas, coloproctologistas, geriatras, epidemiologistas, administradores de serviços de saúde e formuladores de políticas de saúde. Este planejamento cabe ao Estado, financiador da formação deste pessoal, lembrando que mais da metade das bolsas de

residência médica brasileiras é garantida pelo ESP (seis mil bolsas).

Atualmente há um distanciamento entre os usuários de mão de obra, hospitais e outras unidades de saúde e os formadores desta mão de obra. O SUS precisa ir à universidade dizer o perfil, conhecimento e habilidade do profissional de saúde necessário para o momento, dentre as 14 categorias. A infraestrutura também necessita de profissionais especialmente formados para suporte à área de saúde, face ao avanço tecnológico rápido e complexo.

Muitos problemas criados pelas características da formação médica brasileira precisariam ser mais bem discutidos entre gestores, formadores, órgãos corporativos e usuários. Um exemplo bastante interessante são os altíssimos percentuais das taxas de cesáreas verificadas no Brasil, certamente uma das maiores do mundo. Segundo especialistas, esta taxa deveria ficar compreendida entre 15% e 25%.

Tabela 9. Percentagem de candidatos à residência médica segundo vaga em especialidades médicas para o ano de 2016

Coluna: (1)		(2)		(3)	
Especialidade	C/V	Especialidade	C/V	Especialidade	C/V
Dermatologia	44,7	Cirurgia Geral	12,4	Hematologia	3,7
Anestesiologia	35,8	Clínica Médica	12,2	Cancerologia Clínica	3,6
Oftalmologia	31,1	Pediatria	8,7	Nefrologia	2,8
Cirurgia Plástica	22,0	Ginecologia/Obstetrícia	4,8	Medicina Intensiva	1,6
Diagnóstico/Imagem	21,7	M. Família/Comunidade	0,6	Geriatria	1,5
Neurologia	16,8	-	-	Cancerologia Pediátrica	1,4

Coluna: (1)Maior procura, (2)Atenção básica, (3)Aumento da incidência/prevalência de doenças
Fonte: CRH/SES-SP

Observa-se que as taxas de cesáreas são altas no ESP, assim como no Brasil, tanto no SUS como no SS, embora neste último seja duas vezes maior (Tabela 10). Em geral, essas taxas refletem diretamente as atitudes dos profissionais médicos, que impõem a cesariana como modelo de nascimento no país.

Mercado

Embora o tema mercado seja amplo e complexo per si, principalmente três aspectos com influência sobre a saúde serão abordados, o mercado de operadoras e prestadoras de serviços de saúde, o de produtos (insumos e equipamentos) da saúde e o de profissionais de saúde.

Embora o SUS seja um sistema público ofertado a toda população pelos gestores

governamentais e não regulado pelo mercado, a legislação brasileira (como será abordado em itens subsequentes deste trabalho) não proibiu a existência de segmento privado lucrativo ou filantrópico, prestando serviços e assistência à saúde que são adquiridos (contratados) livremente por pessoas físicas ou jurídicas, regulado por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS do Ministério da Saúde.

A assistência à saúde no Brasil tem, atualmente, predominância do SUS, sendo que apenas 26% dos brasileiros possuem planos privados saúde. Em estados como São Paulo, em 2015, 57,3% da população era usuária exclusiva do SUS. A outra parte era coberta pela Saúde Suplementar (SS), 42,7%. O percentual de cobertura da SS se ampliou até meados de 2014 e estava em queda em 2015, devido à grave crise econômica desse ano (Tabela 11).

Tabela 10. Número de nascidos vivos no Estado de São Paulo* segundo número de partos e taxa de cesárea

Indicador	1998	2008	2011	2012	2013	2014	2015**
Nascidos vivos no ESP	704.337	601.872	611.545	619.297	613.330	627.443	631.756
Taxa de Cesárea no ESP	47,3	56,7	60,0	60,9	61,9	61,4	59,3
Partos (SUS)	438.044	338.318	351.880	347.656	345.944	355.094	367.606
Taxa de Cesárea (SUS)	35,2	38,9	41,2	42,7	43,5	43,5	42,8
Taxa de Cesárea (SS***)	.	.	89,3	89,7	90,8	87,9	84,0

*Mães residentes; **Dados preliminares; ***Saúde Suplementar – CIHA
Fonte: Sinasc/DATASUS-MS/ANS

Tabela 11. Operadoras de saúde segundo população, beneficiários, percentuais SUS no Estado de São Paulo

Indicadores/ano	2011	2012	2013	2014	2015	Diferença % 2015/2011
População ESP	41.579.695	41.939.997	42.304.694	42.673.386	43.046.555	3,5
Nº de Operadora*	810	786	750	723	692	-14,6
Nº de beneficiários	17.595.298	17.985.647	18.551.991	18.805.057	18.400.449	4,6
% ANS	42,3	42,9	43,8	44,1	42,7	-
% SUS	57,7	57,1	56,2	55,9	57,3	-

*médico-hospitalares com beneficiários
Fonte: SEADE/ANS

A SS possui diferentes modalidades de prestação de serviços, como cooperativa médica, seguradora especializada em saúde, medicina de grupo, autogestão e empresas ditas filantrópicas e em grande parte dos casos envolve contratos coletivos e empresariais, com redução da participação direta das famílias. Embora conhecido como sistema de saúde suplementar, não o é, em face da desintegração entre os dois sistemas, sem permuta de informações ou planejamento de ações conjuntas. Como em muitas regiões do Estado, ricas e industrializadas, a cobertura da SS é superior à média do Estado, o planejamento de saúde realizado pelos gestores do SUS fica altamente prejudicado ao desconhecer a infraestrutura, serviços e ações da SS. Além disso, como se vê presentemente, em momentos de crise, serviços da SS podem se tornar inviáveis, com migração para o SUS, já sobrecarregado com suas tarefas anteriormente planejadas.

Chama a atenção o alto percentual da sinistralidade (indicador que mostra a relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde) (Tabela 12), que pode ameaçar a sustentabilidade dos negócios, ainda mais em ambiente de crise econômica e que precisa ser monitorado continuamente pela ANS.

O desenvolvimento de novos fármacos e tecnologias para a saúde resultou em avanços terapêuticos com ganhos inegáveis para o tratamento de diversas doenças e melhor qualidade de vida.

Porém, o complexo industrial farmacêutico existente tem grande poder no estabelecimento de indução ao consumo e na atuação direta junto aos médicos e pacientes

(consumidores), ampliando muito os custos do sistema.

Finalmente, o mercado de recursos humanos também é área fundamental para o sistema de saúde, público ou privado. A saúde é uma área em que a necessidade de profissionais é intensa, com 14 categorias com nível universitário (desdobrando-se em mais de 350 subespecialidades). Outras especialidades não específicas da saúde são exigidas, principalmente na infraestrutura, como economistas, arquitetos, gerenciadores de bancos de dados. Existe ainda a necessidade em agregar geógrafos, demógrafos, antropólogos, atuários, que poderiam contribuir na formulação de políticas, programas e ações de saúde que dessem precisão na formação de redes de assistência, proovessem mudanças culturais, cálculos de probabilidade de eventos e prevenção de riscos. A competição pela mão de obra com outras áreas também é difícil.

Dificuldades poderão ser enfrentadas na obtenção de mão de obra, como já se vê na categoria médica, nos ambientes de saúde, nos quais ocorrem frequentemente situações estressantes e demandantes de atenção constante, sem a adequada compensação salarial. Os órgãos públicos da saúde já enfrentam, muitas vezes, o envelhecimento de sua mão de obra, com redução da produtividade, inadequações técnicas e dificuldade de reposição. As instituições de saúde precisam se rejuvenescer, e ao mesmo tempo saber como lidar com os jovens que se integrarão ao seu quadro de pessoal. Dificilmente, estruturas complexas como as da saúde sobreviverão sem formação e atualização profissional contínua como numa universidade corporativa.

Tabela 12. Taxa de sinistralidade segundo tipo de operadora de planos privados de saúde. Brasil

Modalidade	2011	3º Tri 2015
Operadoras médico-hospitalares	82,4	84,9%
Autogestão	91,3	93,4%
Cooperativa médica	81,9	85,2%
Filantropia	81,0	79,2%
Medicina de grupo	79,4	80,8%
Seguradora especializada em saúde	83,0	85,6%
Operadoras exclusivamente odontológicas	48,9	46,2%
Cooperativa odontológica	64,4	61,3%
Odontologia de grupo	44,0	42,5%

Dados preliminares 2015

Fonte: DIOPS/ANS/MS Caderno de Informação da Saúde Suplementar, 2012/2015

Política e Legislação

A criação do SUS em 1988 trouxe como princípios da política de saúde, entre outros, definidos na Constituição Brasileira, a universalidade e integralidade da atenção à saúde e a descentralização em sua execução. A correta intenção humanística de garantir saúde a todos os brasileiros gerou, por outro lado, inúmeras e graves questões que ainda precisam ser adequadamente enfrentadas, entre elas: o problema do financiamento (que será descrito no item sobre Economia) e as questões aqui destacadas, de dificuldades na organização política do sistema e da “judicialização” de parte da assistência.

Como referido por Mendes e Bittar¹⁶ a divisão de competências e responsabilidades entre os gestores públicos do SUS é uma das mais complexas no mundo. No Brasil, as três esferas de governo (municipal, estadual e federal) são politicamente autônomas e corresponsáveis pelo financiamento, formulação de políticas e gestão do sistema em sua área respectiva. Embora o SUS

procure integrar seus planos e programas por meio da pactuação nas comissões bipartite (estado e municípios) e tripartite (todas as esferas), muitas vezes essa integração deixa a desejar nas políticas públicas de saúde, no processo de planejamento, na elaboração de normas e do financiamento, em especial quando complicadas por disputas partidárias e eleitorais.

São exemplos dessas dificuldades, o excesso de regulamentações federais, com inúmeras portarias que definem a forma exata dos gastos com recursos federais no SUS para estados e municípios, nem sempre se observando características regionais e locais e impedindo a utilização destes recursos se as políticas estaduais/municipais utilizarem critérios diferentes daqueles fixados pelo Ministério da Saúde. Muitas delas exigem processos de habilitação a serem encaminhados ao Ministério, fixando profissionais inexistentes no mercado local, normas de edificações e outras exigências detalhadas que ampliam

enormemente a burocracia, sem ganhos para a população.

Embora pretenda ser uniformizador, a centralização de iniciativas no Ministério pode prejudicar regiões que poderiam evoluir mais rápido, como por exemplo, no desenvolvimento de sistemas de informação, no qual propostas nacionais (Cartão Nacional de Saúde, Sistema de Regulação, Controle e Avaliação – SISRCA, Mapa de Saúde, estratégia “e-SUS” para atenção básica) são por vezes inadequadas e com desenvolvimento lento de novas tecnologias.

Além disso, estas questões dificultam as políticas estaduais e o papel estadual de coordenador das ações, ao estabelecer este nível sem funções muito claras, se encontra emparedado entre a União e os municípios.

A política de descentralização também coloca em situação de igualdade, municípios enormes como a Capital do Estado de São Paulo e outros muito pequenos (conforme descrito nos itens de Geografia e Demografia), que muitas vezes não detém condições técnicas, financeiras e administrativas para gerir o sistema.

Finalmente, o direito universal de saúde, interpretado de determinada forma pelo Poder Judiciário, resultou em enorme número de ações judiciais exigindo o atendimento de pleitos individuais ao SUS, a chamada “judicialização” da assistência.

A prescrição judicial de produtos e serviços registrados ou não, sem previsão orçamentária para sua provisão, leva a um descontrole no sistema, com gastos imprevisíveis atendendo a uma fração ínfima da população (que tem acesso aos advogados), criando iniquidades, em detrimento da universalidade prevista.

No ESP, em 2015, 47,7 mil ações estavam em atendimentos, de uma população de 43 milhões de habitantes (Tabela 13), com gastos de 404 milhões, para 5.460 itens atendidos. O número de ações judiciais no Sistema de Gerenciamento e Controle de Demandas Judiciais (S-CODES) por 10.000 habitantes apresentado como o Índice Paulista de Judicialização foi de 2,3 para 4,2 entre 2010 e 2015. Além disso, no ESP também se atendem as solicitações administrativas de materiais e medicamentos que não estão previstos nos protocolos federais. Estas solicitações que exigem documentação como prescrição e documentos definidos nas normas estaduais são avaliadas por corpo técnico indicado pela SES/SP e corresponderam a 35.176 demandas administrativas implicando em gastos de R\$ 162,8 milhões em 2015.

O Estado de São Paulo é judicialmente compelido a adquirir desde: sabonete, shampoo e condicionador capilar, hidratante corporal, antisséptico oral (alguns destes itens, importados), absorventes íntimos, fraldas (mais de 56 marcas, tipos e tamanhos diferentes), preservativos, itens para nutrição – como sucos e bebidas à base de soja (com toda especificidade de marca, dos mais variados sabores e subtipos) –, água de coco, água mineral, leite de vaca e de cabra, adoçantes, achocolatados, óleo de soja, azeite de oliva, cereais integrais, amido de milho e outras farinhas e mucilagens, feira semanal para aquisição de alimentos *in natura* e materiais como poltronas de massagem, colchão, travesseiro (comuns), filtro de barro, lupas, perucas, transporte para fins de educação especializada, fornecimento de moradia com “*home care*”, até medicamentos sem registro na Anvisa (Agência de

Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde) – órgão sanitário que regula os produtos no Brasil, além de procedimentos experimentais, entre outros, mediante relatos médicos pouco precisos, sem maiores provas – justificativas de ineficácia da oferta do arsenal terapêutico disponibilizado pelo SUS, por meio de alternativas terapêuticas ou ainda, terapêuticas definidas por protocolos de tratamento.

Embora o direito aos medicamentos seja universal, deve ser necessariamente regulamentado, e se a universalidade exige que todos os cidadãos tenham acesso aos medicamentos necessários para preservação e recuperação de sua saúde, este princípio não implica que qualquer solicitação de novo medicamento deva ser prontamente atendida pelo SUS, sem qualquer regra ou previsão.

Instituições de Saúde

Programas e serviços assistenciais são desenvolvidos por prestadores de serviços, públicos e privados, que se multiplicam em uma série de formas jurídicas, aumentando a complexidade do sistema. As unidades

podem ser Administração Direta do Estado (em qualquer esfera de governo), da Administração Indireta (autarquias e fundações), organizações sociais, associações e entidades beneficentes e filantrópicas como os hospitais ligados a colônias de imigrantes e as Santas Casas de Misericórdia, bem como por entidades privadas lucrativas. Das diversas formas que se apresentam, a administração direta e indireta apresentam as maiores dificuldades gerenciais pela falta de autonomia na administração de recursos humanos, na logística de insumos e serviços e nos investimentos de modernização, obrigadas a obedecer a pesada burocracia pública, que diminui a agilidade administrativa.

Existem atualmente, no Estado, 68.527 estabelecimentos de saúde de acordo com o CNES, sendo classificadas em 43 diferentes categorias, que vão de um simples consultório a unidade móvel fluvial, passando por hospitais de todos os portes, unidades de emergências, ambulatoriais e complementares de diagnóstico e terapêutica. No que diz respeito apenas a unidades de saúde com leitos, a distribuição encontra-se na tabela 14.

Tabela 13. Evolução da Judicialização no Estado de São Paulo 2010 – 2015

Descrições	2010	2015	Evolução
População*	41.252.160	43.046.555	4%
Índice Paulista de Judicialização	2,3	4,2	50%
Número de Ações judiciais Cadastradas/Ano	9.385	18.045	92%
Número de Ações em atendimento	23.405	47.784	104%
Número de Itens Judicializados	3.911	5.460	40%
Realizado**	R\$ 188.916.917,43	R\$ 404.037.920,45	114%

**Valores referentes às dispensações de Medicamentos, Materiais e Nutrição – ações executadas.

Índice Paulista de Judicialização = (nº ações judiciais/10.000 habitantes)

Fonte: *IBGE 2010/Seade 2015/S-CODES-SES-SP.

Tabela 14. Número de leitos* existentes (totais e SUS) por Tipo de Unidade. Estado de São Paulo, 2015

Tipos de Unidade	Existentes**			SUS		
	Unidades	Leitos	%	Unidades	Leitos	%
Hospital Especializado	166	20.678	21,7	106	15.567	27,3
Hospital Geral	728	71.058	74,4	461	39.871	69,9
Total de Hospital	894	91.736	96,1	567	55.438	97,2
Hospital/dia – Isolado	142	1.553	1,6	25	244	0,4
Pronto Atendimento	9	142	0,1	7	97	0,2
Pronto Socorro Especializado	7	162	0,2	3	129	0,2
Pronto Socorro Geral	27	438	0,5	12	294	0,5
Unidade Mista	20	222	0,2	15	196	0,3
Outros tipos de Unidades	92	1.199	1,3	61	625	1,1
Total Geral	1.191	95.452	100	690	57.023	100

*não inclui leitos complementares (UTI); **Inclui todas as unidades com leitos registrados na base CNES, com ou sem vínculo com o SUS
Fonte: SES/SP-GAIS 46

Os hospitais são as unidades mais custosas para o setor saúde, razão pela qual vale a pena observar certas características da rede paulista. Sua origem histórica inclui grande conjunto de serviços criados pela filantropia (rede de Santas Casas, por exemplo), em épocas nas quais o atendimento em saúde era tecnologicamente simples e barato, que se distribuíram conforme o avanço urbano ocorria nas diferentes regiões do Estado, em muitos casos, unidades bem pequenas (até 50 leitos). Outros tantos foram criados pelo serviço público estadual, com finalidades específicas, como o atendimento de moléstias infecciosas e endemias (tuberculose, hanseníase, entre outras) ou internação em saúde mental. Em ambos os casos, estas unidades apresentam inúmeras inadequações para atendimento hospitalar integral nas condições tecnológicas atuais do setor saúde.

Atualmente, boa parte dos procedimentos é resolvida sem a internação do paciente

e o hospital passou a ser lugar de pacientes agudos, com necessidade de procedimentos de alta complexidade. Leitos complexos exigem equipamentos, mão de obra qualificada, altamente treinada e isto representa custo alto.

No ESP há a necessidade de ajuste e discussão do perfil dos diferentes tipos de hospitais que foram incorporados ao longo do tempo sem estudos epidemiológicos e tecnológicos, planejamento de sua evolução, investimentos, revisão de seus orçamentos e integração em rede. Parte dos maiores serviços, com estrutura e localização adequada, deve ser referência regional para a rede primária de saúde, garantindo escala de atendimento, qualidade e otimização de custos. Outros precisam ter outro destino.

Atualmente a rede paulista está com 1,65 leitos/1000 habitantes.¹⁷ Para leitos gerais, clínica médica, cirurgia, pediatria e obstetrícia, aplicando os cenários

da Portaria GM/MS nº1.631/2015¹⁸ os leitos/1000 habitantes podem variar de 1,06 a 1,96, cenários estes que dependem da taxa ocupação, tempo médio de permanência e do volume de internação.

Estima-se que algo em torno de 20.000 leitos estão ociosos, muitos em hospitais pequenos ou com estruturas arcaicas, disponíveis para outras utilizações, também necessárias, como para cuidados de longa permanência, retaguarda de pacientes crônicos, reabilitação de pacientes ortopédicos e neurológicos, psiquiátricos (internação breve), enfim, o sistema pode fazer bom uso deles, apesar das insuficiências dos mesmos.

Outro ponto é a qualidade dos serviços, é que dos quase 600 hospitais que atendem o SUS/SP, somente 14 têm acreditação pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação, 91 pela Organização Nacional de Acreditação e 28 pela *Joint Commission International*. Portanto, a revisão do papel dos pequenos hospitais e a melhor qualificação dos demais para garantir qualidade assistencial são medidas indispensáveis.

Por outro lado, é fundamental estabelecer redes eficientes entre todas as unidades de saúde, ambulatoriais e hospitalares, com dimensionamento demográfico, geográfico, demanda e oferta de serviços, facilitando políticas de atenção primária, secundária e terciária de saúde, valorizando a referência e contra-referência de pacientes, profissionais e insumos, além de viabilizar consórcios de saúde para localidades próximas e com pequeno número de habitantes, o que permite melhores coberturas e eficientes financiamentos.

Neste contexto, práticas eficazes de regulação da atenção precisam ser moderni-

zadas, ampliadas e implantadas. O mesmo pode ser dito da logística de medicamentos, de exames laboratoriais, de imagem ou de traçado, que é inadequada, principalmente nos municípios pequenos ou de transporte sanitário, que é precário, sem organização e logística. É impossível administrar área complexa sem sistema de informação robusto, não só para coletar dados internos como também externos.

Mais importante do que redefinir os tipos de unidades é a oportunidade de oferecer real autonomia administrativa às existentes, permitindo que recursos de todos os tipos sejam colocados em programas e serviços sem delongas legais e burocráticas, o que muitas vezes as inviabilizam.

O financiamento do SUS tem sido motivo de desagrado para os prestadores (públicos e privados), à medida que o valor repassado para os procedimentos não chega a cobrir os custos. Embora esta alegação reflita o encarecimento do setor saúde e a ampliação do papel dos serviços frente a universalidade do sistema, sua correção é muito difícil porque as unidades (públicas e privadas) desconhecem os custos dos procedimentos e as negociações são realizadas sem base neles, tornando o orçamento destas unidades incerto e casuístico. Portanto, as negociações de preços de procedimentos dependem de poder de barganha de conselhos ou especialidades com poder de imposição de preços, que nem sempre são cobertos, levando a déficits no financiamento. É certo que entidades filantrópicas gozam de isenções fiscais, mas mesmo assim, não conseguem se viabilizar, necessitando de contínua ajuda suplementar dos gestores.

A soma destes fatores passa a exigir informação de melhor qualidade, sofisticação tecnológica, logística precisa, rapidez, tanto para insumos como para referenciar pacientes, enfim, infraestrutura moderna baseada em profissionais atualizados em disciplinas novas, capacitados, flexíveis. As transições são permanentes.

A baixíssima produção de pesquisas operacionais na gestão de saúde leva a situações como a falta de formação de “massa crítica” para monitorar, publicar e debater temas a respeito de unidades e do sistema, impedindo a formação de gestores e formadores de políticas de saúde, melhoras na operacionalização de programas, serviços e ações, não criação de inovações na gestão e principalmente não formação de parâmetros que permitam comparação nas medições das ações.

Tecnologia

Até os anos 1970, o médico e o enfermeiro com pouquíssimos recursos tecnológicos eram a solução para os problemas de saúde, resultando em simplicidade, baixo custo e alto risco. A partir da metade dos anos setenta, com ênfase no século XXI, a sofisticação tecnológica imperou modernos equipamentos, robótica, computação vestível, novas drogas, procedimentos menos invasivos, tele saúde, tornando o setor de saúde complexo, complicado, de alto custo e de alto risco. O avanço deu-se inicialmente no diagnóstico (equipamentos, genética) pouco acrescentando na terapêutica. Houve aumento dos custos, exames foram acrescidos para comprovar diagnósticos, crescendo-se aos exames anteriores e não como substituição dos mesmos. A substituição da semiologia por exames laboratoriais e de imagem ampliou os

custos para o sistema e nem sempre resultou em melhorias, como é exemplo a grande frequência de resultados normais, indicando exagero no uso das técnicas empregadas.

Na sequência, a tecnologia impacta a terapêutica, tornando-a menos invasiva (videolaparoscopia etc.), mais resolutiva (drogas, medicamentos), vantagens como retornar o paciente para suas atividades sociais e ocupacionais mais rapidamente, aliviando dor e sofrimento, reduzindo leitos e internações. A desvantagem é sua incorporação acrítica, além de muitas vezes sobrepor a algo já existente, aumentando custos.

A inovação integra a indústria e a saúde, disciplinas básicas como a química, a física, a matemática a biologia e a tecnologia da informação, tornando a complexidade ainda maior, com recursos de maior resolubilidade e aumento de custos.

Os desafios tecnológicos para os próximos anos dependerão de investimentos em capacitação profissional de grande magnitude, haja vista a evolução demonstrada na tabela 15 que apresenta a aproximação da quarta revolução industrial, em que as barreiras entre homem e máquina serão ultrapassadas.

O SUS e os gestores públicos dependem da academia para a certificação e incorporação de inovações tecnológicas que chegam ao mercado com velocidade e complexidade cada vez maior, nem sempre sendo a incorporação segura e por vezes conveniente, financeiramente. Logo estas políticas dependem de estabelecimento de regras conjuntas entre todos os interessados.

Como citado por Barata e Mendes,¹⁹ em vários países desenvolvidos, com sistemas universais de saúde, há preocupação em

avaliar e comparar as novas tecnologias antes de incorporá-las ao atendimento, como é exemplo o Reino Unido, por meio do “*National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*”, ligada ao “*National Health Service (NHS)*”, a Espanha por meio da COHTA, Agência pública ligada ao Serviço de Saúde Catalã, ou o Canadá, por meio da “*Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA)*”. A incorporação das novas tecnologias médicas e farmacêuticas pelo SUS é feita de maneira pouco criteriosa, muitas vezes por via judicial (como já comentado), causando exagerado encarecimento da assistência médica. Este problema tem sido melhor tratado após a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec pela Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

A sinergia entre áreas do governo como saúde, educação, ciência e tecnologia, planejamento e outras, racionalizam ações e o financiamento de pesquisa e inovação, o ensino, viabilizam o sistema de saúde.





Economia

Os gastos com saúde têm crescido em todo o mundo,²⁰ inclusive no Brasil, por motivos

semelhantes, como o envelhecimento da população, a ampliação de doenças crônicas que exigem uso contínuo de medicamentos, o desenvolvimento tecnológico, as inovações terapêuticas e o encarecimento das práticas de saúde. Com o desenvolvimento do SUS, o Brasil também enfrenta a necessidade de ampliar a cobertura do sistema, garantindo atenção integral. Médici comenta que em 2013 (último ano com informação global da OMS sobre o tema) os gastos em saúde alcançaram 8,6% do PIB mundial e no Brasil, o gasto com saúde em 2013 alcançou 9,7% do PIB (48% gasto público e o restante privado).

Embora, de forma recorrente, os gestores do sistema apontem a questão do subfinanciamento do SUS como fator primordial para corrigir as deficiências do sistema, uma vez que o Brasil gasta menos que outros países com saúde pública, não pode ser esquecido que a saúde disputa recursos com outras áreas igualmente importantes, como educação, saneamento básico, segurança, habitação, assistência social entre outras, e, portanto, os limites concretos para o crescimento das despesas de saúde devem ser levados em conta. A discussão econômica tem que ser incluída na equação dos problemas de saúde, buscando-se medidas sustentáveis para o crescimento das despesas do SUS, dentro das possibilidades do PIB brasileiro.

Tabela 15. Navegando para a próxima revolução industrial

Revolução	Ano	O que aconteceu?	
	1	1784	Vapor, água, produção equipamentos mecânicos
	2	1870	Divisão de trabalho, eletricidade, produção em massa
	3	1969	Computador, eletrônicos e internet.
	4	?	Dissolve barreiras entre homem e máquina

Fonte: Impressions at the World Economic Forum – Annual Meeting of the New Champions in Dalian, People’s Republic of China. Copyright by World Economic Forum / Benedikt Von Loebell (2015)

Neste cenário, a crise econômica que se agravou em 2015/2016 tem impacto dramático sobre o SUS, seja diretamente, pela redução de recursos disponíveis para o sistema público, seja indiretamente, pelo grande impacto sobre a SS, que apenas em 2015 perdeu mais de 700 mil segurados, que passam a utilizar integralmente o SUS, agravando suas deficiências crônicas.

Assim, é preciso reconhecer a necessidade de modernização da gestão, sem a qual, não será possível ao sistema atingir seu objetivo de cobertura universal, integral e com qualidade para todos.

Questões de efetividade e eficiência no gasto de recursos públicos precisam ser enfrentadas, buscando-se a obtenção de impacto em três pilares: qualidade, produtividade e custos.

A definição do volume de financiamento para os serviços de saúde, atualmente o foco principal das queixas, é, na verdade, a última etapa de um longo processo de reajustes e reformas necessárias em todas as práticas do sistema.

Não se trata apenas de tentar aumentar o que já é feito (“mais do mesmo”) e sim, buscar novas formas de organização do sistema, de rearranjo da rede de serviços, de avaliação constante dos resultados, que otimizem a estrutura existente, aumentem a produtividade, atendam a qualidade desejada, e possam assim, ampliarem a cobertura de forma sustentável, para o estágio atual da economia nacional.

Considerações finais

Os gastos crescentes do setor saúde tendem a onerar cada vez mais o PIB dos países emergentes, como o Brasil, principalmente

em momentos de crise econômica. Porém o país precisa continuar o desenvolvimento do SUS e ampliar a cobertura e a integralidade do sistema.

A ampla gama de fatores aqui apontados demonstra a necessidade de modernização do setor. Tanto no setor público como no privado, a maioria das instituições não tem atualizado sua estrutura administrativa para enfrentar estes desafios, precisando de reformas que só serão elaboradas conjuntamente, em longo prazo. Mas o trajeto precisa ser planejado e trilhado.

Paralelamente ao diagnóstico situacional, estudos para nova normalização deverão ser iniciados, o que implicará em racionalização da legislação, desburocratização das ações, renovação, capacitação e dimensionamento da força de trabalho na saúde, e não menos importante o apoio de consultorias com experiência comprovada internacionalmente em revisões de sistemas de saúde e montagem de cenários preditivos, agregação de disciplinas econômicas, sociais e de saúde, para as próximas e inovadoras décadas, em todas as áreas do conhecimento, relacionadas ou não à saúde.

A área da saúde está desprovida de quadros (recursos humanos) para uma reformulação ampla que propulsione os impactos citados.

A integração entre gestores de saúde e responsáveis pela formação de recursos humanos torna-se essencial para o desenvolvimento de currículos escolares que permitam a obtenção de objetivos assistenciais inerentes as necessidades da população.

É preciso observar que as especificidades da área da saúde, inclusive instituições do

porte e complexidade como ministérios e secretarias de saúde não se estabilizam sem um constante aperfeiçoamento dos seus funcionários e podem exigir órgãos internos formadores de pessoal, como as universidades corporativas, que preparem a disseminação e formas de utilização de novos conhecimento e tecnologias.

Ênfase deve ser dada ao compartilhamento de informações e outros aspectos da saúde com outras áreas de conhecimento.

O papel do funcionário público, necessário neste sistema, precisa ser revisto, técnica e administrativamente, sem ficar preso aos aspectos corporativos e ideológicos, que não aceitam qualquer mudança do *status quo* vigente.

A terceirização pode ser oportuna nas estruturas de saúde, porém, há diferenças quando a reestruturação ocorre em unidades de prestação direta de serviços ou órgãos centrais. Nos primeiros, pode-se avançar em algumas atividades-fim, no segundo existe a necessidade de se ter um corpo estável que preserve a história destas instituições e a continuidade das políticas, mantendo-se profissionais que conhecem a técnica, a administração e a cultura essencial aos programas e serviços de saúde.

O tamanho e complexidade da estrutura administrativa precisam ser avaliados em face de tecnologia atual, da disponibilidade e formação de recursos humanos, da atualização em comunicação e dos aspectos culturais tanto das áreas de saúde, como da economia, dos setores sociais e da própria sociedade.

A reforma estrutural na área pública é necessária nas grandes estruturas gestoras,

como o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e aquelas dos grandes municípios, com a criação de estruturas administrativas modernas e ágeis, para áreas tradicionais como a vigilância epidemiológica e sanitária e controle de vetores, e também para outras novas ou com menos tradição no setor público de saúde, como auditoria, controladoria, tecnologia de informação e informações para a gestão, enfim, inteligência para a gestão geral da rede de serviços, sempre com foco em qualidade, produtividade e custos. Qualquer mudança nestes órgãos tem implicações diretas também na área de saúde privada, haja vista questões de vigilância sanitária e epidemiológica, regulação, controladoria, auditoria contratos e financiamento do sistema.

A reforma também deve ocorrer no nível das instituições prestadoras de serviços. Os serviços de saúde necessitam de conhecimento e tecnologia para buscar na sua produção qualidade, maior produtividade e custos compatíveis com a provisão da maior quantidade possível de assistência, pesquisa e ensino na saúde. Conhecimento está baseado em pessoas e na saúde envolvem grande quantidade de categorias profissionais e suas respectivas especialidades. Isto exige capacidade de negociação, de entrosamento que permitam a formação de equipes e o entendimento tanto de situações internas como externas aos serviços de saúde.

É preciso investir com inteligência na promoção da saúde e prevenção da doença, cuja abordagem transcende em muito o setor saúde, dependendo da difusão de conhecimento, hábitos e mudanças culturais. Quando necessária atenção em saúde, fortalecer

serviços de ações de atenção primária para o adequado tratamento e acompanhamento contínuo de doenças crônicas, prevenindo internações desnecessárias, melhorando a qualidade de vida e reduzindo custos para os pacientes e o sistema.

A falta de qualidade ou cobertura dos serviços de atenção básica leva a situações inusitadas como, por exemplo, os pacientes se dirigem diretamente aos pronto-socorros dos grandes hospitais, tendo sido constatado em um deles que 60% dos pacientes com cefaleia estava ali para apenas para tomar um comprimido, tomando o lugar de paciente com maiores necessidades de cuidados.

Em todos os níveis de prestação de serviços as unidades devem ser continuamente comparadas quanto aos seus resultados e integradas em redes de serviços. A formação de redes, por outro lado, é dificultada pela

atual fragmentação do SUS. É possível que novos arranjos organizacionais públicos sejam criados para garantir o pleno desenvolvimento de redes de saúde eficientes e eficazes. Da mesma forma é necessário integrar os dois sistemas existentes no Brasil, o SUS e a SS.

Finalizando, é importante que o setor saúde consiga incorporar a análise de todas estas influências e variáveis, conhecendo suas limitações, definindo o que está sob governabilidade da saúde e o que deve ser trabalhado por toda a sociedade. Reconhecer a importância de políticas econômicas e sociais adequadas ao desenvolvimento do país e seu impacto na saúde.

Garantir eficácia na administração pública, superando modelos históricos que já não funcionam mais, mudar para conquistar e garantir a universalidade com qualidade na atenção à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buss PM, Pellegrini Filho AA. Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. saúde coletiva*. 2007; 17(1):77-93.
2. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)*. Abril, 2008.
3. Bittar OJNV. Saúde: medir para conhecer. In: Isosaki M et al, organizador. *Indicadores de Nutrição hospitalar*. São Paulo: Atheneu; 2015:1-12.
4. Saldiva PH. A poluição causa doenças e mata. *Pesqui. FAPESP*. 1997; 21:4-5.
5. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Mudanças nos componentes da dinâmica demográfica paulista. Boletim SP Demográfico*. 2012; 12(3).
6. Delphin ME. *Cultural Competence: an introduction* [internet]. [acesso em 19 mar 2016]. Disponível em <https://www.magellanprovider.com/media/11875/intro.pdf>
7. Mendes JDV. *Morbidade nas internações no SUS no Estado de São Paulo – 2014. Boletim Gais*. 2015; 7(40):1 -10.
8. Duarte PAV, Stempliuk V, Barroso LP. *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Justiça, 2009.

9. Mendes JDV, Bittar OJNV. Saúde Pública no Estado de São Paulo – informações com implicações no planejamento de programas e serviços. *Rev. Admin. Saúde.* 2010; 5:71.
 10. Ministério da Saúde (BR). PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008. Publica, na forma do Anexo da Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html
 11. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, Felizola NGB, Falcão LHB. Absenteísmo ambulatorial, BEPA, *Bol. epidemiol. paul.* 2016; 13(152):19-32.
 12. Hasvold PE, Wootton R. Use of telephone and SMS reminders to improve attendance at hospital appointments: a systematic review. *J. telemed. telecare.* 2011; 17(7):358–364.
 13. Moss J. Reducing Did Not Attends. Derby Hospitals NHS Foundation Trust. 2013. Disponível em http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/*/http://institute.nhs.uk Acesso em 10 fev.2016. (as informações desta referência não são compatíveis com o link disponibilizado. Verificar)
 14. Taxa de Analfabetismo funcional, período 2001-2009 [internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso em: 14 jan 2016]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?t=taxa-analfabetismo&vcodigo=PD384>
 15. Abramovich I, Oliveira N, Bittar OJNV. Saúde e educação médica. *Valor Econômico.* 11 jan. 2016; p. A8.
 16. Mendes JDV, Bittar OJNV. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba.* 2014; 16(1):35-9.
 17. Mendes JDV, Osiano VLRL. Leitos Hospitalares no SUS/SP em 2015. *Boletim Gais [internet].* 2015 [acesso em 4 abr 2016]; 7(46):1-12. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/gais-informa/gais__46_outubro_2015.pdf
 18. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1631,1 de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS [internet]. [acesso em: 24 mar 2016]. Disponível em: http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_02.10.2015-III.pdf
 19. Barata LRB, Mendes JDVM. Uma proposta de política de assistência farmacêutica para o SUS. *Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial.* São Paulo: Atlas, 2010.
 20. Médici A. Fazer mais, gastar menos [internet]. *Revista Feira Hospitalar.* 2016:36. [acesso em 26 abr 2016]. Disponível em: http://www.hospitalar.com/images/download/AF_Revista_HP16_Reduzido.pdf
-
-



Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Colabore com o BEPA:
bepa@saude.sp.gov.br