

19/07/2019 - 05:00

Gastos públicos com saúde e educação

Por **Naercio Menezes Filho**

Os gastos com saúde aumentaram bastante nos últimos 30 anos e os indicadores de saúde melhoraram também. Apesar dos vários problemas que ainda persistem, entre 1990 e 2015 houve aumentos significativos na expectativa de vida e nas taxas de vacinação e quedas acentuadas na mortalidade infantil, desnutrição e hospitalização das crianças. Em muitos desses indicadores nós estávamos atrás dos demais países latino-americanos e agora estamos à frente. Em alguns casos atingimos indicadores de países

ricos. Será que o aumento de gastos foi responsável pela melhora dos indicadores de saúde? O que será que a educação poderia aprender com a saúde para melhorar seus indicadores de aprendizado de forma mais rápida?

O Sistema Único de Saúde foi criado em 1990 com base nos princípios da Constituição de 1988 de fornecer saúde universal e gratuita para todos. Uma das principais inovações do SUS foi atuar de forma descentralizada desde o início, transferindo recursos e responsabilidades para os estados e municípios. Mas, as decisões sobre prioridades, gerenciamento do sistema e recursos sempre foram tomadas de forma compartilhada, com cada esfera de governo responsável por uma parte do sistema.

Um dos principais programas derivados do SUS foi o programa saúde da família, um dos mais importantes que o país já teve. O time do programa é composto por um médico da família, uma enfermeira, uma enfermeira assistente e seis agentes comunitários da saúde, responsáveis pela visitação dos domicílios. As equipes também contam com dentistas. Cada equipe é responsável pela atenção primária de cerca de 1.000 famílias e estão baseadas em unidades básicas de saúde (UBS), que teriam que ter infraestrutura suficiente para resolver os problemas de saúde mais básicos e encaminhar as famílias para hospitais nos casos mais grave (o que nem sempre ocorre).

Há consenso sobre o que deve ser feito em saúde, ao passo que na educação, reina o dissenso

O número de equipes do programa passou de 2 mil em 1998 para 43 mil em 2018 e o número de pessoas atendidas passou de 7 para 130 milhões de pessoas (62% da população) nesse período, empregando 264.000 agentes comunitários (que visitam as casas das famílias) e 26.000 equipes de dentistas. Vale notar que a grande maioria dessas famílias jamais tinha recebido qualquer atenção do poder público até aquela época, ou seja, as únicas informações sobre saúde que elas recebiam antes do programa vinham das novelas.

Desde a criação do SUS, os gastos com saúde aumentaram bastante. A partir de 2000, os estados e municípios passaram a ter que gastar 12% e 15% das suas receitas com saúde e o gasto da união também aumentou em linha com o crescimento do PIB. Em 2015, o gasto da união também foi vinculado à sua receita corrente líquida, o que

foi modificado recentemente pela PEC dos gastos. Assim, os gastos per capita com saúde aumentaram de R\$ 535 para R\$ 985 entre 1990 e 2015, um crescimento de 83% em termos reais.

Em artigo recente, mostramos que as transferências do governo federal para os municípios tiveram impacto na redução da mortalidade infantil, na proporção de famílias atendidas pelo programa saúde da família e na proporção de mães que fazem mais de 7 consultas pré-natal. Mais ainda, o impacto foi maior nos municípios menores e mais pobres¹. Além disso, vários estudos mostram que o programa saúde da família teve impactos significativos na diminuição da mortalidade infantil e materna e nas doenças cardiovasculares.

Por que o aumento de gastos com saúde teve impactos tão claros nos indicadores, ao passo que na educação o aprendizado nas séries finais demora tanto para apresentar resultados? O segredo está nas condicionalidades, na parceria entre os entes federativos e no consenso sobre o que deve ser feito em cada caso. No caso da saúde, desde o início foram estabelecidos critério rígidos para a transferência de recursos para os municípios. Para recebê-los, eles tiveram que montar uma estrutura administrativa para a saúde alinhada com os princípios do SUS, criar um fundo municipal de saúde e montar equipes para operar os sistemas de informações hospitalares e ambulatoriais e os bancos de dados com informações sobre nascimentos, mortes e doenças infecciosas de todos os seus habitantes. Essas informações são repassadas periodicamente para o Ministério da saúde, que as usa para monitorar a evolução dos indicadores e formular políticas². Os municípios que não enviam essas informações não recebem recursos. Além disso, a transferência de recursos para o programa saúde da família depende da cobertura do programa: quanto maior o número famílias atendidas, maior a quantidade de recursos recebidos.

Em comparação, na educação não há condicionalidades para os recursos recebidos pelos municípios. Os estados e municípios recebem recursos através do Fundeb, dependendo apenas do número de alunos em cada rede. Isso fez com que as redes mantivessem os alunos nas escolas por mais tempo, o que foi necessário para aumentar a escolaridade da população. A união complementa os recursos do Fundeb para os estados que não atingem o gasto mínimo por aluno. A união deveria aproveitar o novo Fundeb para exigir contrapartidas dos municípios em termos de avaliações de aprendizado de todos os seus alunos e implementação de medidas para melhorar a qualidade da educação, como foi feito no caso da saúde.

Mas que medidas seriam estas? Aí reside outro problema. Na saúde, a ciência já mostrou o que deve ser feito para prevenir doenças entre crianças e adultos. Por exemplo, saneamento básico, monitoramento da pressão arterial e exames de sangue periódicos são medidas conhecidas. Mas, na educação não é bem assim. Se você perguntar para um educador, um sociólogo e um economista quais as medidas prioritárias para melhorar o aprendizado dos alunos, cada um deles dará uma resposta diferente. Além disso, cada município decide o que fazer por sua conta..

Em suma, a chave para aprender com o sucesso na saúde é notar que o aumento de gastos foi feito dentro de um sistema bem definido de cooperação entre união, estados e municípios e que os recursos sempre foram transferidos para os municípios mediante resultados. Além disso, há consenso sobre o que deve ser feito em saúde, ao passo que na educação, reina o dissenso. É por isso que a saúde, apesar dos seus inúmeros problemas de gestão que precisam ser resolvidos (incluindo a sua judicialização), tem avançado mais rapidamente que a educação.

1 "Brazil's Unified Health System: the first 30 years and prospects for the future", Castro et al, The Lancet, 2019.

2 Ver "Transferências do SUS: substituição de gastos ou recursos adicionais?" Parmagnani e Rocha, 2017.

Naercio Menezes Filho, é professor titular da Cátedra Ruth Cardoso no Insper professor associado da FEA-USP e membro da Academia Brasileira de Ciências, escreve mensalmente às sextas-feiras (email: naercioamf@insper.edu.br)