

# Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ■ Segundo Semestre de 2011 ■ Número 12

## O Desafio do Sistema de Saúde Brasileiro



Centro de Estudos em Planejamento  
e Gestão de Saúde da EAESP

---

# Debates GVsaúde

---

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP • Segundo Semestre de 2011 • Número 12



Centro de Estudos em Planejamento  
e Gestão de Saúde da EAESP

---

# Sumário

---

<b>Ponto de Vista - Ana Maria Malik</b>	<b>5</b>
<b>O Desafio do Sistema de Saúde Brasileiro - Adib Domingos Jatene</b> Apresentado por Wilson Rezende	<b>6</b>
<b>A Experiência em São Paulo - Januario Montone</b> Apresentado por Ana Maria Malik	<b>11</b>
<b>Os Direitos das Pessoas com Deficiência - Linamara Rizzo Battistella</b> Apresentado por Lucila Pedroso da Cruz	<b>19</b>
<b>Custos no Mercado da Saúde - Miguel Cendoroglo Neto</b> Apresentado no 11º Debates GVsaúde - Custos no Mercado da Saúde Suplementar	<b>27</b>



# Ponto de Vista

**NESTE NOSSO 12<sup>o</sup>** semestre de Debates decidimos mudar o nosso formato tradicional e oferecer à nossa platéia a oportunidade de debater diretamente com os convidados. Desta forma, decidimos convidar alguns “notáveis” para debaterem alguns dos temas polêmicos do setor. Mais do que levantar novas polêmicas, optamos por abordar os assuntos sob a forma de “desafios”, para buscar possibilidades de construção. Por isso, o título do semestre: O Desafio do Sistema de Saúde Brasileiro.

Ana Maria Malik

GVsaúde FGV-EAESP

Um dos assuntos que mais debatidos nos últimos dez anos tem sido a Saúde Suplementar. O mais comum é ouvir críticas a ele, ou ter sessões em que um ator ataca a ANS e esta se defende. Nossa opção foi por trazer a Agência, para nos dizer quais os desafios que ela enfrenta e quais os que ela enxerga. O representante da Agência foi Leandro Reis Tavares e o moderador desse debate foi o Prof Alvaro Escrivão Jr, do Gvsaude, que tem trabalhado o tema há anos.

Outro tema que se torna mais atual há cada mês é o do financiamento. Quem melhor para falar a respeito que o Prof. Adib Jatene, que foi Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, Ministro da Saúde, idealizador do IPMF, depois CPMF, como aporte de recursos para o setor? O moderador dessa mesa foi o Professor Wilson Rezende Silva, do GVsaúde, que estuda estratégia.

O município de São Paulo tem como responsabilidade uma população de dimensões nacionais, ainda mais contando com sua região metropolitana. A regulação desse sistema é algo impressionante e desafiador. A tentativa de implantar no município o modelo de parcerias público-privadas, ainda inovador no país, torna a experiência de São Paulo cada vez mais curiosa. Seu atual secretário de Saúde, Januário Montone, tem na sua trajetória a implantação da ANS, que certamente não foi trivial. Assim, desafios não lhe são estranhos. Como moderadora, Ana Maria Malik, mais uma vez do GVsaúde.

E para terminar, a questão da acessibilidade – além da do acesso – merece ser tratada, uma vez que não costuma estar na ribalta dos temas mais visíveis e certamente tem uma relevância para toda a população. A celebridade convidada para essa sessão foi Linamara Rizzo Battistella, que ocupa uma Secretaria de Estado para o assunto e é professora e pesquisadora voltada para essa linha de trabalho. A moderação desse debate foi da Professora Lucila Pedroso da Cruz, que trabalha a questão do acesso e de formas alternativas à assistência a pacientes agudos há alguns anos.

Semestre relevante pelos temas, pelos convidados e pelo formato. A participação dos assistentes permitiu mais aproveitamento por parte de todos. Esperemos que a leitura deste Caderno também o faça.

# O Desafio do Sistema de Saúde Brasileiro

O Debate GVsaúde deste semestre ocorre exatamente uma semana depois de um outro grande evento que fizemos e que foi um sucesso de público e de crítica, o QualiHosp.

O segundo Debate GVsaúde deste semestre tem um formato diferente do costumeiro. Tradicionalmente tínhamos dois convidados que faziam a sua apresentação e subseqüentemente acontecia o debate entre eles e depois com a platéia. Inovamos neste semestre e, ao invés de ter dois debatedores, teremos a apresentação de um tema ou análise de alguns temas por apenas um expositor. Com isso ganharemos em profundidade.

No mês passado, tivemos aqui a presença do representante da ANS para discutir o tema *O Desafio do Sistema de Saúde Brasileiro*. E hoje temos o enorme prazer de receber o doutor Adib Jatene.

Fizemos um brevíssimo resumo do currículo do Dr. Adib Jatene, destacando que ele é nascido em Xapuri, no Acre. Graduado em medicina pela USP, onde percorreu todos os degraus, chegando a diretor do InCor e diretor da própria Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foi Secretário da Saúde do Estado de São Paulo; Ministro da Saúde em dois mandatos, o último deles no governo Fernando Henrique Cardoso. É autor e co-autor de mais de 700 trabalhos científicos publicados no Brasil e em outros países e tem, entre outros, dois livros publicados. O primeiro deles *Medicina, Saúde e Sociedade*, da Editora Ateneu, de 2005. E *Cartas a um Jovem Médico*, da Campus, publicado em 2007.

O momento é adequado para reformatação do modelo dos Debates porque é um momento de troca de governo, nos níveis federal e estadual. E neste momento são colocados o que eu vou chamar aqui de oferta e demanda, ou seja, quem assume coloca quais são as suas políticas, os seus pressupostos; e será cobrado e questionado pelos diversos atores a partir daí. Neste contexto aparecem as questões tradicionais e algumas questões novas.

As questões tradicionais passam, ou iniciam e terminam, pela questão do financiamento. Básica e fundamentalmente em todo momento, a todo ciclo, essa questão do financiamento da Saúde é posta e é colocada. Outra questão tradicional que a todo o momento se faz presente é a questão da formação do profissional de Saúde.

Mas, a par e além destas questões permanentes e tradicionais, eu acho que o momento hoje traz algumas questões com perfil um pouco diferente. Por exemplo, eu mencionaria uma pergunta e uma questão, faltam médicos no Brasil? Provavelmente se esta questão fosse posta há cinco anos ou dez anos, a resposta seria tranqüila: no interior do Brasil falta médico e nos grandes centros não falta médico. Eu não sei se a resposta hoje continuaria sendo esta, parece-me que essa é uma questão razoavelmente nova que se coloca.

Outra questão que eu acho que é razoavelmente recente e que tenta equacionar questões razoavelmente eternas é a proposta da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A proposta da criação da EBSERH viria no sentido de apoiar ou de certa forma absorver a gestão de 46 hospitais universitários. Esses 46 hospitais universitários pertencem a 32 universidades federais. E por essas 32 universidades federais, por esses 46 hospitais universitários passaram, passam hoje e passarão no futuro uma parcela significativa da formação e da capacitação de mão de obra de profissionais da Saúde. E não é segredo para ninguém que uma parcela significativa desses 46 hospitais universitários está bastante sucateada, conseqüentemente colocando um questionamento em relação à formação e capacitação desses profissionais. Essa empresa, quer me parecer, vem substituir de certa forma a tentativa de se criar as fundações públicas de direito privado que se arrastou ao longo dos últimos seis anos pelo menos e não teve nenhum resultado concreto.

Acho que outra questão que permanece, quando se analisa a questão da Saúde no Brasil, é a questão das OS. Como que fica? Qual que é a tendência dessas OS? Outra questão eterna e que aqui e acolá se agrava é a dos médicos *versus* operadoras. Na semana passada tivemos um movimento confrontando esses dois *players* o que, parece-me será uma tendência daqui para frente.

Então, seria em torno do pano de fundo explicitado, que contamos com a experiência e a sabedoria do Dr. Adib Jatene para debater conosco. Doutor, obrigado pela sua presença, mais uma vez o senhor colabora com a Fundação Getúlio Vargas. Nós temos uma parceria da Fundação Getúlio Vargas também com o HCOR, entidade da qual o professor Adib faz parte desde 1977, salvo engano meu, e é um prazer tê-lo aqui novamente. **Wilson Rezende - GVsaúde FGV-EAESP**

Adib Domingos  
Jatene

Hospital do Coração

**QUANDO FUI** convidado a vir a esta reunião para debater o financiamento da Saúde, fiquei muito satisfeito porque a Fundação Getúlio Vargas é uma instituição que tem peso nacional e internacional. Desse modo, o que sai daqui tem repercussão. Por isso, vou mostrar o que aconteceu com o sistema de Saúde no tocante ao financiamento.

Ingressei na Faculdade de Medicina da USP em 1948. A quase totalidade dos presentes não tinha nem nascido. Assim, participei de toda a evolução. Testemunhei e tive a oportunidade de interferir e de intervir. Divido em três períodos a situação da Saúde. O primeiro período que vivi foi de 1948 a 1960. Nessa fase, existiam três tipos de doente: o indigente, que era representado por um contingente significativo; os previdenciários, que eram cobertos pelos sete institutos de previdência que existiam na época; e os privados. Naquela época o privado era privado mesmo. As pessoas às vezes vendiam patrimônio pra remunerar o médico e o hospital.

Os indigentes eram os que não tinham carteira assinada e nem recursos. Eram tratadas por entidades mantidas pela sociedade, como as Santas Casas e alguns hospitais públicos universitários. No estado de São Paulo as Santas Casas eram conhecidas como entidades que abrigavam os indigentes.

Os médicos trabalhavam nas Santas Casas sem remuneração porque era a maneira que eles tinham para se introduzir na sociedade. Era comum o médico dizer: “eu trato da cozinha que me dá prestígio pra tratar da patroa, e a patroa paga”. Este período foi um período muito interessante.

O Ministério da Saúde cuidava de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e possuía alguns programas verticais. Havia o programa de puericultura com as casas de puericultura. Existia o programa vertical de tuberculose, que cuidava dos tuberculosos. Os hansenianos, com as colônias etc.

Quem fazia a assistência médica e punha recursos era a Previdência Social. Isso porque eles arrecadavam de patrão e de empregado e a população aposentada era muito pequena. Assim, eles contavam com uma massa de recursos e não sabiam direito o que fazer com ela. Foi nesse período

que cada instituto construiu um grande hospital no Rio de Janeiro, que era a capital federal. O Hospital do Servidor, o Hospital da Lagoa, que é dos bancários, o Hospital de Ipanema, dos comerciários, o Hospital de Bonsucesso, o Hospital de Andaraí etc. Eram os grandes hospitais do Rio de Janeiro que possuíam o que tinha de melhor na tecnologia, muito bem equipados porque contavam com muitos recursos. Então a parte que não era nem indigente e nem privada era da Previdência e estava muito bem suprida com os recursos dos diferentes institutos. E cada instituto cuidava dos seus segurados. Nos outros estados foi menor a participação. Aqui em São Paulo tivemos dois hospitais da previdência, o Brigadeiro e o Ipiranga.

Onde não havia hospitais da Previdência ela fazia convênios com hospitais privados e com as Santas Casas. No momento em que a Previdência começou a fazer convênio com as Santas Casas, a sociedade que mantinha essas entidades começou a retirar seu apoio e deixar que os convênios com a Previdência mantivessem as Santas Casas.

O que aconteceu no período entre 1960 a 1988. Como se sabe, nosso desenvolvimento industrial foi muito tardio. A revolução industrial nos países de primeiro mundo foi em meados do Século XVIII. No Século XIX, esses países já estavam amplamente desenvolvidos. Quando se construiu a Torre Eiffel, em 1889, para comemorar os 100 anos da Revolução Francesa, São Paulo possuía 65 mil habitantes. Os países que participaram da revolução industrial adquiriram enorme poder, tinham colônias nos vários continentes e drenaram a riqueza do planeta.

Começamos nossa revolução industrial com a construção da Companhia Siderúrgica Nacional, como contrapartida da entrada do Brasil na guerra de 1939 a 1945 e no segundo período do governo de Getúlio, quando ele criou a Petrobrás e trouxe a Mannesmann para Minas Gerais. Juscelino veio depois, com o programa de *50 anos em 5*, desencadeando um enorme desenvolvimento. Trouxe as indústria automobilística, eletroeletrônica, química, naval, fez Brasília etc. Foi aí que começamos. Por isso partimos de 1960. E isso gerou um grande fluxo de população para as cidades. Em 1950 o Brasil tinha 50 milhões de habitantes. Todas as cidades brasileiras somadas representavam 18 milhões e o interior somava 33 milhões. Hoje estamos com 82% da população urbanizada de um total de 190 milhões. Passamos de 18 milhões para mais de 150 milhões em pouco mais de 50 anos. Apenas para comparação a França em 1890 tinha 33 milhões de habitantes e hoje tem 63 milhões.

Nesse período continuávamos com os indigentes, com os previdenciários e com os privados e acrescentamos os convênios. O primeiro convênio foi o da Policlínica aqui em São Paulo. O segundo foi o da Samcil. E o terceiro foi o da Amico. Então era a medicina de grupo que estava se desenvolvendo aqui no Brasil e principalmente em São Paulo. A Associação Médica Brasileira reagiu contra a medicina de grupo porque tirava das pessoas a possibilidade de escolher o médico, escolher o local de atendimento. O que se dizia à época era que ela atingia a livre escolha. Hoje ninguém mais fala em livre escolha porque mudou muito, mas na época era uma bandeira, a livre escolha. E quem comandou esse processo foi o doutor Kassab, que era presidente da Associação Médica Brasileira. Ele foi durante muitos anos presidente da AMB.

E foi aí que os médicos resolveram reagir criando as cooperativas médicas. As Unimed são desse período, que foi uma reação à medicina de grupo. E como continuavam os indigentes em grande número, os médicos sanitaristas começaram a desencadear um processo que se denominou *reforma sanitária*, advogando que se precisava fazer assistência a toda a população e não apenas aos segurados da Previdência Social. Esse foi um período de grande conturbação.

Nesse período tivemos a Revolução, em 1964, que resultou em ditadura que durou 29 anos. Em 1966 houve a fusão de todos os institutos em um só: o INPS, Instituto Nacional da Previdência Social, com dois ramos: o INSS, que cuidava de aposentadorias e pensões; e o INAMPS, que era o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, que cuidava de todos os brasileiros que tinham carteira assinada. O INAMPS tinha superintendências em cada estado e o superintendente do INAMPS é quem comandava a assistência médica do estado. Eu vivi esse período porque eu fui

secretário de Saúde de 1979 a 1982. O superintendente do INAMPS de São Paulo tinha mais recursos que o secretário estadual e tinha, por isso, muito maior ascendência sobre a assistência médica.

A Secretaria de Saúde na época se preocupava muito mais com a vigilância epidemiológica, com vigilância sanitária, com os seus programas, que estavam sendo modificados por influência do professor Leser que foi secretário durante dois períodos governamentais. No período de Abreu Sodré e no período de Paulo Egídio Martins. Então ele foi oito anos secretário e ele teve uma influência enorme aqui no estado, demolindo os programas verticais e fazendo com que todos os programas fossem atendidos no posto de Saúde. Isso foi uma revolução porque o pessoal dizia: “mas como vou pôr o tuberculoso junto com a criança? Isso é impossível.” E ele criou na Faculdade de Higiene o curso de médico sanitarista e formou uma geração de sanitaristas. Esse curso teve uma importância fundamental no desenvolvimento da assistência à Saúde no nosso estado.

Em 1980 tivemos a 7ª Conferência Nacional de Saúde. Foi realizada no auditório do Itamaraty. Eu era secretário de Saúde de São Paulo. Estávamos trabalhando aqui no Plano Metropolitano de Saúde e fui fazer uma palestra sobre Expansão de Serviços Básicos nas Áreas Metropolitanas. Não tinha participação da população. Apenas o pessoal técnico participava. Em contraste, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e realizada no ginásio de esportes de Brasília, havia enorme participação popular, que estava sendo mobilizada pelos sanitaristas que se envolveram na disputa de que era preciso universalizar o atendimento. O relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde que foi redigido pelo professor Guilherme Rodrigues da Silva, que era professor de Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da USP, serviu de orientação para a Constituinte. Foi aí que se criou a ideia de que Saúde era um *direito do cidadão e dever do estado*. O estado tinha que assumir esse contingente dos indigentes, atender e se responsabilizar por todas as despesas daí decorrentes.

Então a partir de 1988, os indigentes não mais existiam, porque toda a população tinha que ser atendida e o estado tinha que dar cobertura a toda a população com universalidade, com equidade. Essa foi uma conquista importante, porque países do primeiro mundo ainda têm parcela significativa de sua população que não tem assistência. Aqui no Brasil, a assistência é para toda a população. Se se consegue cumprir isso, ou não, é outro problema que nós vamos discutir adiante.

Desse modo, em 1988 houve uma mudança significativa na área da Saúde, desapareceu o indigente, que se tornou igual ao previdenciário. O indigente tinha o mesmo direito do previdenciário. Criou-se o SUS para atender toda essa população. Mas, no mesmo momento em que se criou o Sistema Único de Saúde, se considerou que a assistência era livre à iniciativa privada. A iniciativa privada, que já desde a década de 1960 estava se organizando em convênios, depois a Unimed, depois o seguro Saúde, a autogestão, passou a ter um papel muito importante na população que tinha mais renda, seja pessoal, ou porque trabalhava em indústrias, em empresas que tinham capacidade de comprar o seu seguro.

No começo, na década de 1960, inclusive, a Previdência Social devolvia para as empresas uma parte da contribuição patronal para que as empresas contratassem os convênios. Quer dizer, não foi uma doação das empresas para os seus empregados, foi um entendimento entre o governo e as empresas, devolvendo o dinheiro empresa para que ela contratasse esse serviço para os seus empregados.

No terceiro período, de 1988 a 2010, tivemos esta diferença, praticamente desapareceu a medicina privada ou ela está restrita a uma parcela muito pequena da população. E os convênios assumiram um papel importante que a Agência Nacional de Saúde está movimentando. E a população previdenciária e os antigos indigentes passaram a ser objeto do Sistema Único de Saúde. Neste momento, quando se criou o Sistema Único de Saúde, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, se estabeleceu que devesse haver um comando único em cada esfera de governo. Isto significava que o INAMPS tinha que sair da Previdência Social e ser incorporado ao Ministério da Saúde. Esta incorporação foi feita. Inclusive, todas as unidades do INAMPS dos

estados passaram às secretarias estaduais e municipais.

A Previdência Social disse “se o INAMPS é do Ministério da Saúde, eu não ponho mais dinheiro nenhum”. Assim, no momento em que aumentamos extraordinariamente a clientela do sistema público, o financiamento encolheu. Quando o INAMPS veio para o Ministério da Saúde, em 1990, já chegou com 14,5% da receita da Previdência que gastava 20, 25, até 30% da sua arrecadação com o INAMPS. Já, quando veio para o Ministério, chegou com 14,5% e, três anos depois, zero. Foi quando o Ministro da Previdência Antônio Brito constatou que, como o número de aposentados vinha crescendo aceleradamente, como consequência da urbanização e da industrialização e também da incorporação dos trabalhadores rurais, tomou a decisão, acolhida pelo presidente Itamar, de não mais destinar qualquer recurso da Previdência para a Saúde.

O Ministério da Saúde já teve participação importante no orçamento, de 4,57 do PIB, 4,31 do PIB, 4,10 e isso foi oscilando. Chegou a 1,1% em 1970. Em 1980 estava em 1,38. Ou seja; o Ministério da Saúde foi tendo os seus recursos diminuídos porque a previdência assumia.

Em 1960 tínhamos 4,57 do PIB. Em 1970, 1,11. Em 1980 1,38. Em 2000, 1,73. Em 2008, 1,72. Os Gastos federais, hoje, são todos do Ministério da Saúde.

Se olharmos os países vizinhos, Argentina, Uruguai e Chile, o Brasil é o que tem menor gasto, 631 dólares per capita. A Argentina tinha 1 091, o Uruguai 1 007, o Chile 697. A Colômbia, que gastava 612, representava 5,3% do seu PIB. E Cuba que gastava 193, representava 6,1% do PIB.

Os países do primeiro mundo, Estados Unidos, Alemanha, Canadá, Suécia, Reino Unido, Japão, que na década de 1960 oscilavam de 3 a 5,2%, em 2004 oscilavam de 7,8 para 15%, como nos Estados Unidos cujo PIB era de 10 trilhões de dólares.

Se olharmos os gastos totais em Saúde de alguns destes países, veremos que nos anos 1960 o gasto variava de 490 a 600 dólares *per capita*. Já em 1990, esse gasto variou de 1 100, 1 600, até 2 115 e aqui não está os Estados Unidos porque eles gastavam muito mais. Em 1998 temos gastos que oscilavam entre 1 450 e 2 400. E em 2006, gastos que oscilavam de 2 597, no reino Unido, para 3 419 no Canadá. Em 2006, gastávamos 750 dólares per capita/ano, na paridade de poder de compra. Ou seja, em 2006 estávamos gastando mais ou menos o que esses países gastavam em 1964 e 1965. O que significa que estávamos praticamente quarenta anos atrasados em termos de financiamento, o que não comporta a incorporação de toda a tecnologia desenvolvida nos últimos anos.

A participação do gasto em Saúde no PIB de países com sistema de cobertura universal e atendimento integral oscila de um mínimo de 5,7 pra um máximo de 8,2. E esses países gastam com o setor público muito mais do que gastam com o setor privado. Na Suécia 7,7% do PIB se gasta com o setor público e 1,4 com o setor privado. No Reino Unido 6,9% do PIB com o setor público e 1,2 com o setor privado. Nós gastamos em 2006, 3,34% com o setor público e 4,4 com o setor privado. Gastamos muito mais no setor privado do que no público, em descompasso com o resto do mundo. Só que nós queremos uma medicina do nível destes países. Não deixamos por menos, queremos tudo. Toda a incorporação tecnológica que foi feita no setor, queremos ter para todos. Só que não oferecemos para o setor público o mínimo de recursos suficientes para fazer face a esse atendimento.

Colocando isso em dólar *per capita*, a Alemanha gastou 3 250 dólares *per capita*/ano, que era 10,7% do seu PIB, 77% no setor público, 23% no setor privado. A Suécia gastou 3 012 dólares *per capita*, 81,7% no setor público, 18,3% no setor privado. O Reino Unido gastou 2 597, 87% no setor público, 12,9% no setor privado. Nós, que temos um sistema universal, gastamos 44% no setor público, 56% no setor privado, só que o nosso *per capita* é de 750 dólares, portanto, muito inferior ao dos outros países. O que significa que o volume de recursos não permitiria que oferecêssemos um tipo de medicina que esses países oferecem. Mas queremos esse tipo de medicina. E quando vamos olhar os equipamentos especializados, gastamos muito mais do que nós somos capazes de suportar.

Agora vejamos o que aconteceu com a famosa emenda 29, que foi do ano

2000 e até hoje não está regulamentada. Em 2000, a União gastava 60% do gasto total em Saúde, os estados 18,5, os municípios 21,5 praticamente. De maneira que somando o estado e município chegava a 40%, praticamente 60% da União. Em 2008, oito anos depois, a União gastava 44,35% e os estados e municípios somados 55,54%. Ou seja, colocamos a responsabilidade sobre os estados e municípios e a União nem manteve o gasto que tinha.

Em 2000, a União gastava o equivalente a 1,73% do PIB. Em 2008, 1,62. Os estados gastavam em 2000 0,54% do PIB, em 2008, 0,93. Os municípios gastavam 0,63, em 2008, 1,07. De maneira que este crescimento de 2,89 para 3,62 não se fez por acréscimo dos gastos da União, mas sim dos gastos dos estados e municípios.

Quando fui ministro em 1995, já tinha exercido o cargo por oito meses em 1992, por isso tinha idéia da necessidade que havia. Eu fui buscar novos recursos e já tínhamos participado de uma série de frustrações. Uma grande frustração que tivemos foi quando eu era secretário estadual da Saúde, 1980, criamos o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, o CONASS. Eu fui o primeiro presidente do CONASS e estávamos, em 1979, 1980, muito próximos da Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, de 1978, que foi em Alma-Ata. Quando Mahler, que presidia a Organização, chamou muito a atenção do mundo sobre o atendimento primário, atendimento básico, e dizia que os países davam menos atenção ao atendimento básico e mais atenção ao atendimento individual, criou a polêmica sobre o atendimento da coletividade e o atendimento dos indivíduos.

Na reunião de Alma-Ata se criou um slogan: *Saúde para Todos no ano 2000*. E os secretários estaduais, todos, empolgados com este conceito procuravam construir as Unidades Básicas de Saúde. Tive a oportunidade de criar um grupo que foi presidido pelo professor Guedes e tinha o Barradas, tinha o David Capistrano, a Rosa Barros, tinha uma série de sanitaristas, que elaborou um plano metropolitano de Saúde aqui para a área metropolitana de São Paulo que, excluindo o ABCD e Osasco, propunha 490 novos centros de Saúde e quarenta hospitais. Fomos buscar dinheiro no Banco Mundial, foi uma batalha. Passaram-se trinta anos, esse plano de 1980 não foi completado até hoje. Só que naquela época a área metropolitana tinha 12 milhões de habitantes, hoje tem 21.

Com os secretários empolgados, criando Unidades Básicas, logo surgiu a ideia de como é que nós vamos fazer isso funcionar. Precisamos de recursos. Específico. Então fomos procurar o ministro Delfim Neto, que era o Ministro do Planejamento. Fomos lá e explicamos para ele. Fomos os 27 secretários estaduais, o CONASS foi em peso. Explicamos ao ministro Delfim que não podíamos trabalhar e criar novas unidades se não tivéssemos os recursos de custeio e pedimos que ele criasse um fundo para as secretarias estaduais de Saúde. E na época sugerimos uma parcela do IPI de imposto de renda. 1% do IPI e do imposto de renda, se não me engano. Ele disse que isso não poderia fazer, mas achou que o pleito era justo e que iria estudar o problema. Mas insistiu que eu, “precisaria ir falar com o general Golbery”, que era o chefe da Casa Civil. Eu, como presidente do CONASS, fui. Expliquei ao ministro Golbery a proposta. Ele achou a idéia ótima e disse: “nós vamos fazer o Fundo”.

Passaram-se uns três, quatro meses, o Delfim me telefonou. “Você precisa vir aqui que o Fundo está criado, mas tem um problema”. Eu disse: qual é o problema? Ele disse: você vai ter que falar com o Leitão de Abreu. O ministro Golbery tinha saído e tinha assumido o ministro Leitão de Abreu. E eu fui falar com o ministro Leitão de Abreu. Expliquei, expliquei, expliquei. Ele disse: “olha, secretário, eu acho muito interessante a ideia, o Fundo está criado, mas não vai ser destinado às secretarias estaduais. Nós vamos colocar este fundo no BNDE, acrescentar um S para ficar à disposição do Presidente para atender situações emergenciais, inclusive na área da Saúde”. Esse é o S do BNDE. Foi uma frustração enorme. Nós perdemos um apoio significativo.

Então, quando propus a CPMF, obtive do presidente o compromisso de que não mexeriam no meu orçamento. As fontes que o Ministério tinha seriam mantidas com seus percentuais e se eu conseguisse aprovar a CPMF, seria o *plus* que estávamos buscando. Porque na Constituinte, nas disposições transitórias, 30% do orçamento da seguridade deveria ser destinado à Saúde.



Este item da disposição transitória nunca foi regulamentado. E nós tínhamos 22% do orçamento da seguridade. Eu queria ter 30%, então a CPMF me traria os 8% a mais.

O presidente me garantiu que não mexeriam nas alíquotas do orçamento. Eu acho que ele pensou que eu não ia conseguir porque toda a área econômica era contra, as entidades patronais eram contra. Aquilo foi uma batalha. Afinal, conseguimos a CPMF.

Em 1996 os dois maiores tributos que financiavam a Saúde eram COFINS e a Participação Sobre o Lucro Líquido. Não tinha a CPMF. Em 1997, quando começou a CPMF, o COFINS baixou de 49% para 25% e uma pequena queda no Lucro Líquido. Em 1998, quando já estava entrando toda a CPMF, a COFINS baixou para 25,95 e a participação no lucro líquido 7,96. Ou seja, o que foi retirado do orçamento que o Ministério tinha foi um pouco maior do que o que a CPMF trouxe. Esse foi o efeito da CPMF. Foi uma enorme frustração que me obrigou a sair do Ministério, porque eu não podia continuar nessa situação. O gasto total público foi de 127 bilhões e o gasto total privado foi de 143 bilhões, em 2009. Desse total, 64 bilhões eram os gastos planos de seguro, gasto direto 24 bilhões, medicamentos 55 bilhões. O gasto público contemplava o federal, estadual, municipal, sendo que 46% do gasto eram federal, - em 2000 era 60% - e 54% era gasto de estados e municípios.

Então numa conta muito primária, se o setor público gasta 127 bilhões de reais e ele têm que cobrir 160 milhões de pessoas, porque pelo menos mais de 10 milhões utilizam o SUS, ele, na verdade, vai gastar 793 *per capita*/ano. E os gastos privados vão pra 40 milhões de pessoas, vão representar 3 575 reais *per capita*/ano. Aqui precisaria uma correção porque parte desses gastos privados, especialmente medicamentos e outros são adquiridos também pela clientela do SUS. Quer dizer, a disponibilidade do privado sobre o público é, de qualquer modo, significativamente maior. O que impede que se ofereça a esse setor minimamente o que seria necessário para que a oferta de serviços fosse minimamente paritária.

Fui olhar os dados do Ministério do Planejamento de 2010. Total das receitas, um trilhão e 738 bilhões. Receitas primárias, 853, menor que as receitas financeiras. Esse não é um dado meu, é do Ministério do Planejamento.

Se eu dividir pelos vários setores, isso também é do Ministério do Planejamento, vejo que amortização da dívida, rolagem da dívida, etc., representa 43,5%, e as demais despesas financeiras 3,95, praticamente quatro. Juros e encargos da dívida 6,35. Isso aqui dá 10,4 que somados com 43,55 dá praticamente 54% do orçamento é relacionado com a dívida, o que inclui serviço da dívida, juros da dívida e amortização, lançamento de novos títulos pra amortizar a dívida e pra pagar juros. E a dívida vai crescendo. Dos 46% restantes a distribuição é feita da seguinte maneira: 8,15% são transferências para estados e municípios o que equivale a 141 bilhões; 9,74% são gastos com pessoal e encargos, equivalente a 170 bilhões; 14,13% são gastos com Previdência e Assistência Social, ou seja, 300 bilhões. Demais despesas obrigatórias, 1%. Resta, portanto, para despesas discricionárias para todos os poderes, quer dizer o dinheiro que fica disponível é de 9,97%, o que significa 173 bilhões. É daqui que tiramos o nosso dinheiro. Quer dizer, tiramos o nosso dinheiro de 10% do orçamento, e efetivamente ficamos com a maior parcela.

No ano de 2011 o orçamento cresceu, foi para cerca de um trilhão e 900 bilhões, mas, outra vez a dívida tem praticamente 53 ou 54%. Transferências de estados e municípios, pessoal e encargos sociais, previdência e assistência social continuam com a maior parcela. E todos os poderes dispõem de 10,43%, outra vez 10%.

É daqui que tiramos o nosso dinheiro. Em 2010 nós tínhamos 29,4%, a educação tinha 12,7, o bolsa-família 7,9, o PAC 14,1, e todos os demais ministérios somados tinham 35,9%. Ou seja, 62 bilhões pra todos os ministérios restantes. Em 2011 a parcela do Ministério foi de 30%. Aumentamos 0,4%.

Em uma visão geral do orçamento de 2011, de um trilhão e 940 bilhões, 89,5% são despesas obrigatórias e apenas 10,43% são despesas discricionárias.

Quer dizer, em 2011, despesas discricionárias eram 202 bilhões. Ai estudaram o orçamento e verificaram que não existia esse dinheiro. Teriam que cortar 50 bilhões. Ora, tenho 89% de despesas obrigatórias, onde praticamente nada pode ser cortado. Então, onde é que se vai cortar? Nas despesas discricionárias.

Das despesas obrigatórias se cortou 15 bilhões, o que dá 0,8%. Das despesas discricionárias se cortou 36 bilhões, o que dá 17,8%. Será que escapamos desse corte?

Vejam aqui, agricultura, pecuária, abastecimento tinha um orçamento de 2 bilhões e 800, cortaram um bilhão 468. Ministério das Cidades tinha 21 bilhões, cortaram oito bilhões. Educação tinha 28 bilhões, cortaram três bilhões. Defesa tinha 15 bilhões, cortaram quatro bilhões. A Saúde tinha 63 bilhões, cortaram 578 mil, ou seja, 0,9%. Há um interesse do governo em preservar minimamente os recursos da Saúde, só que esses recursos são evidentemente insuficientes.

No crescimento dos gastos de 1995 a 2006 do Brasil, Argentina, Japão, França, Canadá e Estados Unidos, o nosso crescimento comparado é absolutamente desprezível.

O Canadá tem sete ressonâncias magnéticas por milhão de habitantes. Nós temos 5,4. Só que o Canadá maneja 3 400 dólares *per capita* e nós manejamos 763 dólares. E essas ressonâncias estão no setor privado, na sua grande maioria. E estão em excesso porque não precisava tanto. Se nós formos verificar o resultado dos exames, 80% são normais. Ou seja, esse um ralo verdadeiro e não o SUS.

Eu trouxe um dado sobre a distribuição dos médicos e ficou a ideia de que no interior e nas zonas remotas faltam médicos e nas capitais não faltam médicos. Temos 1,7 médicos para cada 1 000 habitantes. Isso comparado a outros países, mostra que temos poucos médicos. Por exemplo, todos os países da Europa ocidental têm 3,2 médicos por mil habitantes. Portugal tem 3,8 médicos por mil o que demonstra que nos faltam médicos.

E como está isso em relação às capitais e ao interior. Na região Norte, as capitais têm 62% dos médicos, mas aí vivem 30% da população. No Nordeste 67% dos médicos estão nas capitais e só 21% da população está nas capitais. Na região Centro-oeste mesma coisa. Na região Sudeste, 46% dos médicos estão nas capitais, onde vive 26% da população. E na região Sul, 35% estão nas capitais onde vive 13% da população. Então dizer que nas capitais tem número de médicos suficiente não é fora de propósito.

Por exemplo, no Espírito Santo, Vitória, capital, tem um médico pra 127 habitantes. É a maior concentração de médicos do Brasil. Tem 78/10 mil, 7,8/1 000. O interior tem 1,6. No Rio Grande do Sul, Porto Alegre tem um médico pra 180 habitantes, 5,5/1 000. No interior tem 1,7. Rio de Janeiro tem 1/196, ou seja 5,1/1 000. No interior tem 2,3. Pernambuco, Recife tem um médico pra 213 habitantes, tem 4,7/1 000, no interior tem 0,7/1 000. Em São Paulo tem um médico pra 315 habitantes, 3,1/1 000. No interior tem 2,2/1 000. Então, a ideia de que nas capitais tem médico bastante é perfeitamente aceitável. Olhando números globais.

Agora, quando se vai detalhar e eu peguei, um estudo de 1999 na cidade de São Paulo, que tinha 96 distritos e tinha dez milhões de habitantes. Tomamos os hospitais e colocamos, junto com a Fundação SEADE, nos respectivos distritos E depois dividimos em quatro grupos. Os distritos que tinham mais de dez leitos por mil habitantes, os distritos que tinham de três a dez, os distritos que tinham menos de três leitos por mil habitantes e os distritos que não tinham leitos.

O que nós encontramos é que nós temos 11 distritos aqui na capital onde vivem 600 mil pessoas que tem 26 leitos por mil habitantes. Depois, temos 14 distritos que tem seis leitos por mil habitantes. Se tenho 25 distritos com um milhão e 800 mil habitantes, que têm na média 13 leitos por mil habitantes. Tradicionalmente os médicos vivem nas áreas onde existem hospitais, então eles estão concentrados nessas áreas. Depois temos 32 distritos com três milhões 990 mil habitantes que tem 1,2 leitos por mil habitantes. E temos 39 distritos com quatro milhões de habitantes que não tinham nenhum leito. Se somarmos esses dois contingentes, dá oito milhões e 100 mil habitantes, com 0,6 leitos por mil habitantes. Ou seja, na capital falta muito médico na periferia. E aqui que o Programa da Saúde da Família está sendo

progressivamente implantado, sabemos a dificuldade que existe pra conseguir médico pra ir trabalhar nesses distritos. Então há um problema importante que precisa ser contemplado, a distribuição desigual em áreas da mesma cidade colocando grandes massas de população sem acesso, seja a leitos, seja a médicos.

Entramos na revolução industrial tardiamente nos anos 1950. A China entrou muito depois, nos anos 1980. Mas nós, quando entramos, já tínhamos previdência e CLT; e a China, até hoje, não tem previdência. Então o chinês tem que poupar e nós não precisamos poupar porque nós temos. Quer dizer, se não tivéssemos previdência, um quinto do que nós gastamos dava pra fazer o programa das Olimpíadas do Rio de Janeiro em 2016. Isso explica porque a China tem esse grande desenvolvimento econômico. E nós tivemos algo semelhante na época em que arrecadávamos para a Previdência e, praticamente, não tínhamos aposentados. Foi o milagre da revolução, o milagre econômico daquela época em que esse dinheiro foi usado para várias outras coisas além da Saúde. Então, é preciso que as pessoas entendam que a problemática é um pouco mais complicada.

Vejam que a Catedral de Notre-Dame foi construída em 1200, a Torre Eiffel em 1889. E se nós formos olhar a população da França em 1890 era de 33 milhões de habitantes. Em 1950, depois de duas guerras, eram 42 milhões de habitantes, e em 2011, 63 milhões de habitantes. Cresceu de 1890 pra 2011 91%. O estado de São Paulo tinha um milhão 384 mil habitantes em 1890, 1950 tinham nove milhões, em 2011 tem 41 milhões. Cresceu de 1890 pra 2011 2 962%. A cidade de São Paulo em 1890 tinha 65 mil habitantes. Em 1950 tinha três milhões e meio. Em 2011, 11 milhões. Cresceu 16 923%.

Quando comparamos a nossa situação da Saúde no Brasil com os países de primeiro mundo, não tem nada a ver. Tivemos um crescimento urbano brutal. Eles fizeram um crescimento em 250 ou 300 anos, tendo colônias, drenando a riqueza do planeta e não tinham países desenvolvidos, o desenvolvimento foi acompanhando o crescimento. Nós explodimos a partir dos anos 1960, não temos colônia, não temos dinheiro externo e o dinheiro externo que conseguimos tem que pagar juros escorchantes, o que levou à dívida que nós temos hoje. Nós eliminamos a externa, mas a interna continua muito alta. Não conseguimos atender às necessidades dessas populações. Não só Saúde, mas em educação, segurança, transporte, etc. E aí dizem que a carga tributária é muito elevada, 34%, precisa reduzir a carga tributária. Mas as pessoas não se dão conta que nesta carga tributária está embutida a previdência social. A previdência social não é recurso do governo. A previdência social é recurso dos aposentados. O governo se põs a arrecadar e administrar, mas ele não faz nada com esse dinheiro. Esse dinheiro é dos aposentados.

Eu assisti a uma palestra do Alexandre Schwartzman há duas semanas e ele dizia que a previdência social leva 14% da arrecadação. Então se eu tirar 14% de 34%, eu fico com 20%. Ora 20% num país que teve esse crescimento explosivo não dão pra atender as necessidades da população. E aí é que entra então a grande discussão de onde que nós vamos buscar dinheiro e como. E eu digo o seguinte, o sistema tributário no Brasil é predominantemente sobre produtos, bens e serviços. Nos países de primeiro mundo é sobre riqueza, herança, patrimônio e renda. Os tributos que incidem sobre produtos, bens e serviços não são as empresas que pagam. As empresas não pagam nada. Por quê? Porque tudo está na planilha de custo. Quem paga é quem compra. É por isso que se diz que quem ganha até dois salários mínimos a carga tributária é de 48% porque ele está pagando todos os tributos que as empresas embutem na planilha de custo.

E aí vem a história da reforma tributária, de que nós precisamos fazer a reforma tributária. Quando eu entrei no governo em 95, o ministro Malan me disse a mesma coisa. Nós vamos fazer a reforma tributária, em dois, três anos vamos diminuir as alíquotas, aumentar a base, aumentar a arrecadação, você vai ter o dinheiro que você precisa. Eu disse que não podia esperar e fui buscar a CPMF. Até hoje não fizeram a reforma tributária. E não vão fazer. Por quê?

Porque uma reforma tributária terá que envolver riqueza, herança, patrimônio e renda. O imposto territorial rural é ridículo. Eu tenho uma fazenda e eu sei o quanto a gente paga. É nada. Não se paga sobre patrimônio. Renda. A sonegação é brutal. Quando nós lançamos a CPMF, proibiram cruzar a informação da CPMF com o imposto de renda. O Everardo Maciel que era secretário da receita disse “vou fazer só pra ver”. E ele descobriu duas coisas absolutamente inacreditáveis. Ele descobriu que dos cem maiores contribuintes da CPMF, 62 nunca tinham pagado imposto de renda. Ele descobriu que uma microempresa, que por definição não pode movimentar mais do que 120 mil reais por ano pra ser microempresa e isenta de todos os tributos, tinha microempresa que movimentava 100 milhões de reais por ano. Aí cruzaram a informação. O que aconteceu? A Receita Federal, que arrecadava de 6,5 ou 7 bilhões por mês passou pra 20, 25, 30, 40 bilhões por mês. Isso só com o indicador da CPMF. É por isso que houve um esforço enorme pra derrubar a CPMF e conseguiram.

Então eu digo que nós, do setor da Saúde, lidamos muito com a pobreza. A área econômica lida muito com a riqueza. O ministro da Fazenda quando vem a São Paulo, vem à FIESP, Federação do Comércio, vai à FEBRABAN, vai a almoço no Fasano. Ele nunca foi à periferia, ele não conhece o problema. E ele, quando sair do governo, ele vai trabalhar nos bancos, nas grandes entidades. O médico, quando sai do governo, ele volta pra trabalhar com a pobreza. É por isso que eu digo que nós temos que mudar o enfoque. Não adianta querer lutar contra a riqueza. Eles são muito mais fortes que nós. Eles dominam a mídia. Eles controlam a mídia. É muito pouco provável que as televisões que tem grandes ganhos com a propaganda de bebida, que está fazendo com que em qualquer festinha de alunos de ginásio, boa parte deles saia bêbado, que é o primeiro passo para a droga, é muito pouco provável que essas televisões se engajem num programa contra a bebida.

Quando conseguimos reduzir a propaganda do cigarro e da bebida entre seis da manhã e nove da noite na televisão, entrou um artigo que dizia assim: para efeitos desta lei considera-se bebida alcoólica aquela superior a 13 Gay-Lussac. Com isso liberaram a cerveja. E a cerveja está dominando todos os eventos esportivos. Eu duvido que nós encontremos uma televisão que se disponha a fazer uma campanha contra a propaganda de cerveja.

Então a luta é muito desigual. E, além disto, tem o domínio dos congressistas porque, no nosso sistema eleitoral, quem não tiver dinheiro pra campanha, não se elege. E não somos nós que fornecemos o dinheiro pra campanha, são as grandes instituições que, em consequência, influenciam o voto.

Por isso que eu digo, que não acredito em reforma política e em reforma tributária porque, para fazer uma reforma tributária adequada, nós vamos ter que atingir quem? Quem ganha dois, três, quatro salários? Não, nós vamos ter que atingir a elite econômica e a elite financeira. Mas estes foram quem elegeram os congressistas, por isso sabem que eles não vão votar, não tem perigo. Não fizeram a reforma em 1995 e não vão fazer a reforma agora. Todo dia se fala em reforma tributária que não sai.

De maneira que a luta é muito complicada. Por isso que eu hoje estou me dirigindo mais pra tentar conscientizar a elite econômica e financeira. Eu peguei esses dados que eu mostrei pra vocês e levei pro Paulo Skaf na FIESP. Eu esperava uma reunião de 15 ou 20 minutos e ele me segurou duas horas. E depois me colocou no Conselho Superior Estratégico da FIESP. Eu fui a Sapopemba. Comemoração dos 15 anos do programa de Saúde da Família do Hospital Santa Marcelina. Eu o levei comigo pra ele assistir e sentir o problema. Quer dizer que nós temos que começar a esclarecer as pessoas que têm capacidade de resolver os problemas porque, no nosso nível, não adianta falarmos, nós todos estamos de acordo. Nós vamos falar com a população de baixa renda, ela está de acordo.

Nós precisamos mudar a idéia, que me parece equivocada, de que o público é público e o privado é privado. O privado tem que vir ajudar o público senão não temos solução. Essa é a provocação que eu queria fazer.

# A Experiência em São Paulo

É com prazer que recebemos, na terceira sessão do 1º semestre de 2011 do *Debates sobre os Desafios do Sistema de Saúde*, uma pessoa que começou sua carreira na área de energia. Depois, tornou-se gestor público, com atividade em Campinas, posteriormente em Brasília, implantou a Agência Nacional de Saúde e, no momento, é o secretário municipal de Saúde do município de São Paulo. O Dr. Januario Montone é um dos atores mais relevantes no enfrentamento dos desafios do setor, sempre em áreas e com posições polêmicas.

Em função disto, ele vai falar um pouco sobre como se manifestam, no mundo real, os assuntos sobre os quais a academia se debruça. Como tratar os desafios do SUS, uma vez que este tem um caráter bastante inclusivo. Por exemplo, uma dúvida freqüente, se a ANS faz ou não faz parte do SUS. Essa é uma discussão importante e atual, porque não se fala mais em "SUS dependente". Afinal, pela lógica, SUS dependente é toda a população, que a ele tem direito. A rigor, fala-se em quem é utilizador exclusivo do SUS. Esta nova afirmação conduz a novas discussões e a novos desafios.

Na verdade, a ANS representa o setor público se ocupando do setor privado. As secretarias de Saúde lidam com o setor privado na gestão de programas – e de estratégias – de Saúde da família, bem como na gestão de algumas OSS. Da mesma forma, aparece uma proposta de Parcerias Público Privadas, PPPs, muito polêmicas e num estágio preliminar de discussão. Assim, estamos discutindo uma das tendências que se coloca hoje ao setor Saúde que é a parceria público-privada. A nova óptica é como não dividir o mundo em duas partes indivisíveis, quer dizer, o mundo que é indivisível não pode ser dividido! Mesmo a divisão em continentes: às vezes, pesquisadores encontram provas de que não foi sempre dessa forma.

A apresentação do Dr. Montone trouxe, além de dados, uma série de opiniões, mas as opiniões são, no mínimo – e como costuma ser o caso com opiniões –, polêmicas. Se a intenção era provocar, imagino que muitos se sentiram provocados. Isso nos coloca diante de dois assuntos. O das parcerias público privadas traz implícitas algumas questões, mas vou priorizar a da transparência. Ela pode ter duas definições. Uma, de que os processos ficam bem à vista; outra, que considera a presença de um vidro entre dois interlocutores, e cada um vê o outro, ou seja, cada um enxerga uma coisa diferente. Na discussão da transparência, corre-se o risco de estar no segundo modelo. Quando se fala que algo está sendo feito de dentro para fora e de fora para dentro, cada um de nós sabe o que pensa, o que faz e o que diz. No entanto, não se sabe o que os outros estão entendendo. **Ana Maria Malik - GVsaúde FGV-EAESP**

**O OBJETIVO** da minha apresentação é tentar, partindo da temática que me foi colocada, traçar paralelos entre as experiências desenvolvidas em São Paulo e o próprio processo de regulação do setor. O desafio do sistema de Saúde nas cinco dimensões: acesso, financiamento, modernização da gestão, modelos de governança e relação do setor público com o setor privado.

Para explorar as questões referentes ao acesso e ao modelo de regulação, vou utilizar como exemplo a realidade apresentada na cidade de São Paulo: uma megacidade, onde vivem mais de 11 milhões de pessoas, com seus quase 7 milhões de veículos - felizmente nem todos estão transitando, pois ao menos um milhão destes estão sob registros falsos - e suas 3,5 milhões de residências. São Paulo se estrutura, do ponto de vista administrativo, em 96 distritos administrativos - o que vale também para a gestão da Saúde.

## A rede municipal de Saúde de São Paulo

No decorrer da explanação, vou tomar como referência apenas equipamentos próprios da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e não a capacidade instalada do Sistema Único de Saúde (SUS) na capital paulista, que está à disposição da população. Portanto, os dados adiante são da capacidade instalada da própria SMS.

Iniciaremos mostrando o salto bastante significativo de serviços da rede de 2004 para cá. Vejam, de 545 equipamentos de Saúde, naquele ano, passamos, atualmente, para mais de 900 espalhados pela cidade. Claro que boa parte desse avanço se deve à criação da rede de Assistência Médica Ambulatorial (AMA). As AMAs são pronto-atendimentos de urgência de baixa complexidade. Hoje essa rede é formada por 116 unidades em funcionamento. Além destas, existem 15 Assistências

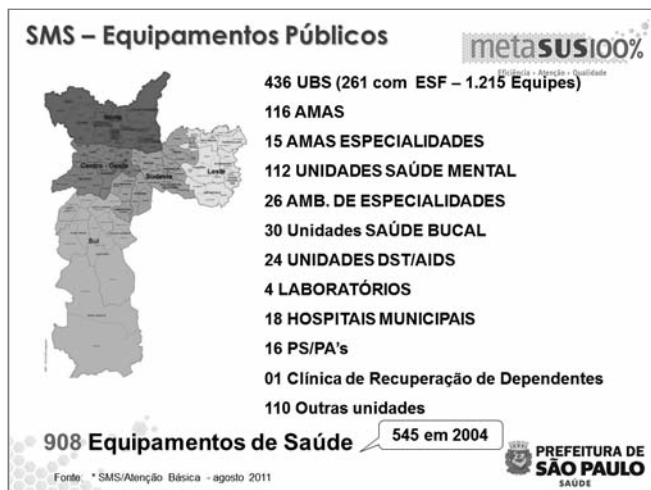
Médicas Ambulatoriais de Especialidades (AMA Especialidades). No geral, tivemos incremento de serviços em todas as áreas, como na Saúde Mental, por exemplo.

A Pasta vem adotando, desde 2005, diretrizes que não são muito diferentes daquelas ditas pelo consenso da construção do SUS ao longo dos anos. A partir das características singulares de São Paulo, a SMS trabalhou o tempo todo na redução das desigualdades encontradas nos 96 distritos da cidade. Isso, além da ampliação do acesso e da maior integralidade das ações de Saúde.

E a rede de AMAs é o melhor exemplo dessas diretrizes da gestão. A forma como as AMAs foram distribuídas e instaladas na capital paulista foi motivada, primeiro, pelo Índice de Necessidades em Saúde (INS). O INS foi desenvolvido pela Coordenação de Epidemiologia da Informação (CEInfo), liderado hoje pela Drª. Margarida,

Januario Montone

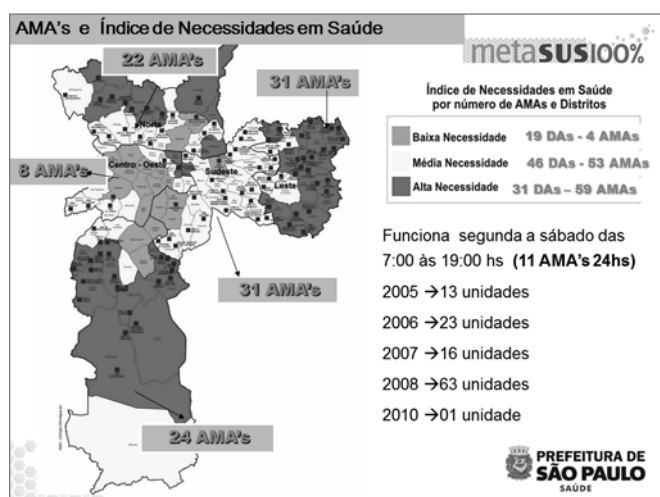
Secretaria Municipal da Saúde  
de São Paulo



que está aqui presente. Como o assunto é do rol de seus estudos, acredito que já devam estar familiarizados com ele.

A lógica do INS materializa as bases técnico-científicas de uma realidade que pode ser analisada por outras perspectivas. Por exemplo, quando fazemos o georreferenciamento da população que reside em sub-habitções e favelas, o conjunto de manchas formado por esses cerca de 1,2 milhão de paulistanos é muito semelhante ao conjunto de manchas que formam as áreas de alto índice de necessidades em Saúde. Como esse índice faz uma ponderação de 20 indicadores de Saúde, é evidente que ele acaba refletindo essa realidade de exclusão dessas comunidades, essa realidade de carência social.

O sistema de implantação da rede de AMAs veio da periferia para o centro, obedecendo bastante a regra de se colocar a maioria das unidades nas áreas de alta necessidade. Nos 31 distritos com Alta necessidade de Saúde, estão instaladas 59 AMAs. Nos 46 com Média necessidade, foram instaladas 52 AMAs. E, nos 19 com Baixa necessidade, foram quatro unidades.



Não sei se todos têm uma ideia do que significa isso em termos de aporte, não só de recursos de instalação porque, na verdade, nós usamos muito as instalações já existentes. Afirmando que 99% dessas unidades foram instaladas ampliando, reformando e adaptando unidades que, de uma forma ou de outra, já existiam na rede, mas eram subutilizadas. De qualquer forma isso significou um aporte imenso de recursos humanos qualificados. Nós estamos falando, só pra manter a escala das AMAs, de cerca de 2.500 profissionais médicos, fora toda a equipe acoplada em relação a isso.

Como a AMA foi para periferia, os médicos foram para periferia. Então, é óbvio que enfrentamos, no dia a dia, diante da opinião pública (opinião publicada), denúncias de "falta médico na zona leste". Mas, ao longo do processo, o modelo que foi adotado colocou quase oito mil profissionais na rede. E eu digo médico porque a referência do médico traz todo o restante da equipe. E do ponto de vista de montagem da rede pública em São Paulo, a verdade é que não tem havido uma dificuldade tão grande de recrutar outros profissionais de Saúde, mesmo pra regiões mais afastadas. Agora, para o médico, há uma dificuldade muito grande. Não é o caso aqui explorar os motivos, mas é uma realidade que esse sistema enfrentou e, de uma forma ou de outra, levou o atendimento para periferia.

A rede começou a tomar forma em 2007. Em 2005, foram implantadas três unidades (AMA), em 2006, foram 23, mais 16, em 2007, e 63, em 2008. A rede de AMAs já atendia quase quatro milhões de consultas por ano, em 2007. Mas, no primeiro ano em que a rede funcionou completa, com as 115 unidades (2009), tivemos cerca de 9,5 milhões de consultas. Em 2010, ficamos mais ou menos no mesmo patamar (9,9 milhões), o que demonstra certa estabilização. Não significa que o sistema está às mil maravilhas. Por quê? Nós temos AMAs absolutamente sobrecarregadas e algumas com um atendimento menor do que o previsto, mas, no global, elas estão estabilizando o número de atendimentos.

Isso é importante porque o que foi planejado é uma rede que tem

unidades básicas de Saúde (UBS) – com ou sem Estratégia de Saúde da Família (ESF). A cada três ou quatro unidades básicas, nós imaginamos uma AMA e, a cada duas ou três AMAs, nós imaginamos uma AMA Especialidades. A rede de unidades básicas, hoje, já está em uma relação de um serviço para cada grupo de 25 mil habitantes, embora tenhamos algumas regiões da cidade com maior necessidade. Portanto, eu diria que a rede básica está bem ampla e a rede de AMAs também. As AMAs Especialidades é que ainda precisam crescer.

As UBS bloqueiam 25% da agenda pra receber a demanda referenciada da AMA, que é um atendimento de urgência. Por isso que a AMA, na avaliação de projeto, não desorganiza o sistema; ela se integra ao sistema. Ela é parte da atenção básica e eu espero que os estudos que estão sendo feitos, agora, possam mostrar isso ou indicar as correções necessárias.

O investimento que nós fizemos nessa estratégia das AMAs não significou deixar de investir em outras estratégias, como a da Saúde da Família. Ao final de 2004, a prefeitura tinha menos de 800 equipes. Hoje, nós chegamos em 1.200 equipes, aproximadamente.

Aqui em São Paulo, por exemplo, temos um vasto potencial de profissionais médicos que vêm para se preparar pra residência e ficam no programa até o fim do ano. Neste período, esses médicos vão para a residência ou voltam para sua terra, abandonando o programa. Dessa forma, entre os meses de outubro e janeiro, pelos dados do banco de informações do Ministério da Saúde, encontra-se uma variação muito grande desses profissionais, mas que acaba se recompondo. Por isso temos que olhar pela média. Hoje, se você olhar as nossas 1.196 equipes, provavelmente, temos de 10% a 15% delas sem médicos. Mas, enfim, elas estão instaladas e funcionando.

Tive a indelicadeza de falar isso em uma mesa com um carioca presente, mas nós temos mais de cinco milhões de paulistanos na área coberta pela ESF, que é praticamente a população do Rio de Janeiro. Então não há uma substituição de um modelo por outro. Nós estamos testando, ao limite, o modelo da atenção primária referenciada.

Isso significou uma ampliação do acesso, que nós temos condições de verificar do ponto de vista quantitativo. Ainda é muito recente pra que a gente tenha as séries históricas epidemiológicas, embora algumas coisas já comecem a apontar uma tendência. Mas o quantitativo dessa expansão da rede é muito significativo.



A base da pirâmide de atendimento na rede demonstra a redução de apenas um tipo de consultas, as de urgências e emergências: de pronto-socorro propriamente ditas. Isso mostra que houve uma organização da rede. Hoje, nós estamos muito próximos daquela distribuição preconizada pelo Ministério da Saúde, de 63% de consultas básicas, 23% de consultas de especialidades e 15% de consultas de urgência.

Chamo atenção para ressaltar uma diferenciação que costuma gerar confusão. A AMA Especialidades, do município, não é o Ambulatório Médico de Especialidades (AME), do Estado. O AME é quase um mini-hospital,

normalmente tem de 20 a 30 especialidades. A nossa AMA Especialidades têm as sete especialidades de maior demanda no município, ou seja, as especialidades com as maiores filas, dando mais agilidade ao atendimento de quem precisa ser assistido em alguma delas.

Obviamente que, quando você aumenta o acesso às consultas, você tem que estar preparado pra aumentar a sua capacidade de produção em toda a cadeia de cuidados.

O melhor exemplo é a prescrição de medicamentos. Hoje, mensalmente, a rede básica tem atendido a 2 milhões de prescrições médicas. Em 2004, esse número de prescrições levava um ano para serem atendidas. Nossa lista, hoje, tem 207 itens de distribuição, a maior do País. Outra prescrição que evidentemente sofre pressão é a de serviços de apoio ao diagnóstico. Houve um salto de 11,5 para 33 milhões de atendimentos, entre 2004 e 2010. Isso sem redução das ações preventivas e de outras ações.

Nós tivemos um crescimento quantitativo em todos os itens: consultas, prescrições, internações. Tivemos um crescimento dos leitos na cidade de São Paulo, porque de 2005 pra cá inauguramos dois novos hospitais e no caso da prefeitura absorvemos um hospital da Santa Casa, que é o São Luiz Gonzaga, que também veio somar a nossa rede municipal.

Dentro da estratégia de buscar uma integralidade da ação e uma ação mais específica nos grupos mais vulneráveis, a Secretaria, na atenção primária, foi desenvolvendo uma série de programas que tiveram muito êxito.

O Programa Acompanhante de Idosos (PAI), por exemplo, talvez hoje seja o maior foco de pressão que nós recebemos para ampliações. O programa cresce muito, seus efeitos são muito positivos e a demanda por ele é cada vez maior. Então é uma ação ainda pouco visível, mas que tenho certeza que vai ter cada vez mais resultados.

O projeto voltado para as pessoas com deficiência tem uma ação muito específica e bastante exitosa. Estamos também ampliando e desenvolvendo o *home care* do SUS paulistano, o PROHDOM. Trata-se de um home care bem estruturado e que vem ampliando bastante o atendimento nas regiões periféricas. Nós tivemos outras ações, estou pontuando algumas ações que são mais de pioneirismo mesmo, pela amplitude ou pelo modelo.

### Saúde Mental - Modelo de enfrentamento ao crack

Já existia, de forma ainda embrionária, quando cheguei à secretaria, uma ação voltada à população em situação de rua. Tínhamos três equipes agindo de forma isolada e, frente ao desafio, optamos pela consolidação e ampliação do programa. Hoje, ele é muito maior e conta com uma ampla rede de retaguarda. São 24 equipes da Estratégia de Saúde da Família Especial para população em situação de rua atuando diariamente nos dez distritos da região central da cidade de São Paulo. Pelas nossas estatísticas, esses distritos concentram 80% da população alvo.

Houve também uma especialização das equipes que atuam na área da Nova Luz. Aos poucos fomos construindo um conjunto de ações específicas para aquela região. E, em 2009, lançamos a Ação Integrada Centro Legal, em conjunto com outros órgãos do município e também do estado de São Paulo, um trabalho qualificado para esse local de maior consumo, de grande concentração de dependentes.

Na Saúde, criamos um fluxo de atendimento testando todas as possibilidades disponíveis, mas nesse universo da dependência química não há consenso técnico, como houve, por exemplo, na implantação da política nacional de controle da epidemia de Aids. Não há, muito menos, consenso político. Quando reunimos dez especialistas, ao final de duas horas de debate temos quinze alternativas possíveis. O modelo paulistano de

enfrentamento à dependência tenta, de um lado, cumprir a política nacional, e de outro, inovar para aquilo que atende a nossa demanda, dando retaguarda técnica aos médicos, com alternativas terapêuticas diversas. Dessa forma, podemos oferecer aquilo que cada indivíduo necessita, de acordo com a avaliação médica.

A partir das equipes de rua começamos a criar uma rede de retaguarda e um fluxo de encaminhamento na medida em que ela tomava corpo e indicava as necessidades. Criamos as AMAs Boracéia e Sé, a Unidade Básica de Saúde (UBS) República, o Centro de Atenção Psicossocial 24h da Sé - novas unidades com equipes multiprofissionais especializadas no atendimento da população em situação de rua. Além disso, referenciamos uma rede de mais de dez hospitais gerais para prestar retaguarda às ações de abordagem e encaminhamento de pacientes realizadas pelos agentes de Saúde da Ação Integrada Centro Legal.

Durante dois anos de ações contínuas diárias foram cerca de 160 mil abordagens, mais de 4 mil pessoas encaminhadas para tratamento, num primeiro momento, de casos clínicos de Saúde, em média mais de duas vezes cada indivíduo. E foi a partir da criação de um fluxo de entrada para o sistema, com a inserção dessa população no SUS paulistano, que pudemos ampliar e inovar no modelo de tratamento oferecido aos dependentes na cidade de São Paulo.

Além da linha mais tradicional, implantamos o Serviço de Atenção Integral ao Dependente (SAID). O equipamento foi instalado em Heliópolis, tem 80 vagas de internação breve, é gerenciado pelo Samaritano, em parceria com a Prefeitura. Já passaram por lá mais de 500 dependentes. Temos obtido uma ocupação em torno de 80%, com uma alta qualificação. Para aqueles pacientes que necessitarem de internações prolongadas, contratamos vagas em clínicas terapêuticas privadas. Hoje são cinco ou seis clínicas contratadas. Para tratamento específico da dependência, já passaram por internação mais de 1 700 pacientes.

Agora estamos chegando a outra fase: a das moradias assistidas, na saída das pessoas desse fluxo. Então, estamos indo na efetiva construção de uma linha de cuidados complementar.

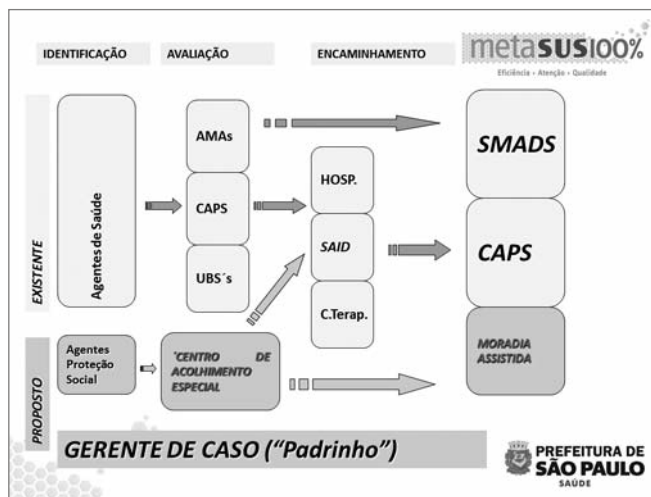
### Informatização da Rede

Olhando pela linha de ampliação do acesso, tivemos de investir pesadamente na regulação interna dos serviços. Informatizamos toda a rede. Nosso sistema é o Siga SP, software desenvolvido pela cidade de São Paulo e que foi doado ao Ministério da Saúde para possibilitar a implantação do cartão SUS nacional com base em sua rede de dados. O cartão SUS da cidade de São Paulo é extremamente prático e barato. Trata-se de uma placa plástica onde se cola uma etiqueta com código de barras que pode ser impressa em qualquer impressora. O software, ao contrário, demandou investimento pesado e, graças a ele, temos tido condições de regular cada vez melhor a nossa rede.

O Ministério rapidamente já comprou 200 milhões de cartões plásticos pra distribuir pelo Brasil afora, mas eu já avisei ao nobre ministro Alexandre

Padilha que nós só trocaremos o nosso quando o nosso conversar com a cidade vizinha. Se for só pra trocar a plaquinha, São Paulo não vai aderir ao novo cartão, vai ficar com o cartão que já tem. Porque o que nós precisamos é disto, é falar com o vizinho.

Mesmo um município como São Paulo tem limites. Quer dizer, nós informatizamos, fizemos um investimento de 300 milhões em TI entre *hardwares*, *softwares*, desenvolvimento e manutenção nesse período, de 2005 pra cá. Só esse sistema do Siga é que vem de um embrião desenvolvido no próprio



Ministério da Saúde e trazido pra cá pelo Dr. Gonzalo Vecina Neto, em 2004. Eu não lembro mais o nome do sistema, mas é o original do cartão SUS que não andou. E aqui nós pegamos essa linha e só o desenvolvimento dele nesses cinco anos deve ter custado algo em torno de 15 milhões de reais, fora a manutenção e crescimento. Então é um investimento muito pesado. Agora ele tem um limite, ele só fala com São Paulo. Ele não fala com as unidades da rede SUS que são geridas pelo estado ou que tem uma linha federal direta.

Um dos desafios que São Paulo encarou é de na medida da sua capacidade, inclusive de investimento, é ter uma certa auto-suficiência na sua própria rede pra depois ter capacidade de negociação e capacidade de barganha. Nós preferimos ficar em uma posição de primeiro atender para depois negociar.

Recentemente tivemos, por exemplo, na área de terapia renal substitutiva, 800 pacientes na fila e não conseguíamos usar o credenciamento do Ministério da Saúde pra mais clínicas de atendimento. A decisão da Secretaria foi contratar as clínicas com o dinheiro do tesouro. É evidente. Então nós tivemos aí mais de um ano, um ano e meio, esses 800 pacientes sendo atendidos normalmente pelo SUS, pagos diretamente pelo tesouro. Agora que nós vamos começar a credenciar. Agora, não são todos os municípios que podem fazer isso. Até São Paulo tem um limite.

Se observarmos São Paulo, na região metropolitana, são mais de 20 milhões de habitantes. A estimativa da nossa área de vigilância em Saúde é que um milhão de pessoas da região metropolitana transita pela cidade de São Paulo todo dia. Então não adianta. Por mais que São Paulo tenha uma excelência no atendimento de sua rede, ele está limitado pela integração do sistema. E as linhas de cuidado mais ainda.

E aqui cabe citar um exemplo de sucesso de integração da linha de cuidado calçada e possível pela informatização: a Rede de Proteção à Mãe Paulistana. Um programa com um investimento proporcionalmente e comparativamente pequeno, que possibilita acolher ao identificar precocemente a gestante, ainda na UBS, e a acompanhar, por meio de uma linha de cuidado, durante toda a gestação e o primeiro ano de vida do bebê.

A Rede de Proteção à Mãe Paulistana, hoje, envolve 38 maternidades, 23 ambulatorios, todas as nossas unidades básicas de Saúde, toda a rede de diagnósticos, serviços estaduais, serviços municipais, federais, próprios, contratados. Ou seja, é o SUS. É o SUS na expressão dele. Uma linha de cuidado completa, planejada e acompanhada; um exemplo em que o benefício da informatização fica evidente.

Um resultado prático é a redução do índice de mortalidade de gestantes com hipertensão - isso porque há um acompanhamento da gestante.

Quando nós tivemos a influenza H1N1 e o desenrolar da epidemia mostrou que as gestantes eram um grupo de risco, São Paulo rapidamente conseguiu fazer um trabalho de prevenção porque tinha como localizar a maioria das suas gestantes naquele momento. E os números do programa têm a expressão que tem a cidade de São Paulo. O que já nasceu, o que teve de parto nesse programa é mais do que a cidade de Santos, por exemplo, é mais do que a cidade de Florianópolis e por aí vai.

O que melhor demonstra o resultado do caminho adotado pela cidade de São Paulo é a redução das desigualdades regionais. Ao observarmos o coeficiente de mortalidade infantil, por exemplo, tínhamos 15 distritos abaixo de 10/1000 nascidos vivos; hoje, são 28. Temos vários outros indicadores que caminham nesta direção, mas é muito cedo ainda pra gente ter uma conclusão epidemiológica *stricto sensu*. O que nós temos são indicações de tendência, mas são indicações muito importantes.

### Investimento e gestão

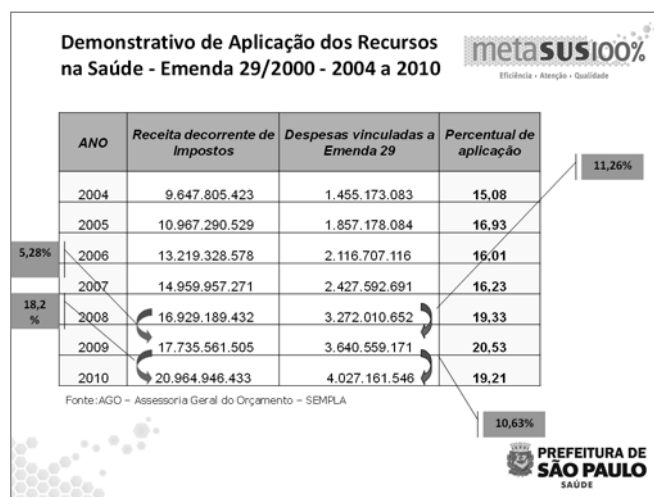
A cidade de São Paulo nos dá uma realidade concreta para desmontar o falso dilema sobre o que é necessário para melhorar o sistema de Saúde, se mais dinheiro ou uma melhor gestão dos recursos. Essas duas questões caminham simultâneas ou não há o que fazer. Aqui elas caminham simultâneas.

Quando observamos toda a expansão apresentada até aqui, vale ressaltar que ela foi sustentada por uma imensa ampliação de recursos municipais. Não houve uma redução de recurso federal, mas a ampliação dessa fonte de

recurso, nem de perto, acompanhou a elevação de investimento do município. Quando de olha os gráficos, vê-se que a participação federal, percentualmente, diminuiu.

Hoje, a cidade de São Paulo é o terceiro orçamento de Saúde do país. O orçamento da cidade de São Paulo, em 2009, ultrapassou R\$ 5,5 bilhões. O deste ano é de R\$ 6,25 bilhões. Ou seja, nosso orçamento neste ano só foi menor do que o da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e do próprio Ministério da Saúde. Ele é maior do que o do estado do Rio, do estado de Minas, da Bahia, e obviamente muito maior do que o da cidade do Rio de Janeiro, da cidade de Belo Horizonte e de Salvador. Então nós estamos falando de um aporte absolutamente proporcional muito forte e que veio de recursos municipais.

São Paulo foi uma das capitais que cumpriu legislação da Emenda 29. Ou seja, em quatro anos, a partir de 2000, ela se adaptou e ela passou a investir os 15% da receita corrente sem subterfúgio. Isso significa o quê? Que os R\$ 150 milhões por ano que mantém o Hospital do Servidor Público Municipal não entra na conta. Os quase R\$ 200 milhões que os inativos da área da Saúde custam também não entram na conta. Então, são 15% sem subterfúgio. E nós já chegamos até a 21%, em 2009, e estamos estabilizando em 19,2%. Este ano a previsão é 19,4.



Se tomarmos como referência o ano de 2010, tivemos R\$ 4 bilhões de recursos próprios. Isso significou R\$ 1 bilhão a mais do que exige a Emenda 29, do que determina a Constituição. Então, tanto do ponto de vista percentual quanto do ponto de vista absoluto é um investimento muito forte e que amplia a disputa orçamentária dentro de uma prefeitura como São Paulo. Já que em São Paulo nós temos 31% do orçamento vinculados à educação. Na Saúde nós temos 15% (mas estamos aplicando 20%). E 13% são serviços da dívida. Aquela federalização da dívida, ela custa hoje por conta de uma série de problemas, custava 9%, hoje custa 13% da receita própria. Então esses três blocos imobilizam mais de 60% do orçamento anual da PMS.

O investimento próprio, eu insistindo nisso, também aqui chegou ao limite. Nós temos que ter agora ganhos de produtividade, porque ampliar o recurso próprio do município para o sistema vai ser cada vez mais difícil. Afinal, nós temos as outras áreas de serviços públicos a serem atingidas. Então nós fazemos a lição de casa aumentando a nossa capacidade de vender serviços, afinal, nossos hospitais municipais, são vendedores de serviços para o SUS. O aumento da capacidade de faturamento dos nossos serviços junto ao governo federal é um desafio nosso e que estamos avançando. Mas também isso tem um limite.

Então o modelo de financiamento tem que ser discutido como um todo. São Paulo vai continuar investindo, está sendo ousado. A PPP que está sendo feita vai aumentar em torno de 1,5%, o impacto orçamentário da Saúde sobre a receita. Então nós vamos continuar investindo, há uma política de investimento, mas tem um limite claro.

Em 2000, a União representava praticamente 60% do financiamento do

SUS. Estados e municípios entravam com a outra parte. Você tem a regulamentação da Emenda, o período de transição vai até 2004. Em 2004, ela mais ou menos atinge o que é o objetivo da discussão. Quando se fazia muito a discussão da Emenda 29, o vir a ser, o sonho de consumo naquele momento era equilibrar em 50% pra União e os outros 50% divididos entre estados e municípios, talvez um pouco mais pros estados do que pros municípios. Em 2004, você chega um pouco nesse patamar e depois vai despencando. A União vai reduzindo a sua participação. E, olha, não tem nada a ver com CPMF, é só olhar que, até 2007, tinha CPMF. Então nós estamos falando de outra coisa. É uma conjunção de fatores, onde há uma redução efetiva no financiamento federal da Saúde.

Um dado que sempre me chama a atenção é da receita corrente federal. Quando a Emenda 29 foi regulamentada, a parte da União representava 8,1% da receita corrente da União. Em 2009, fechou em 6,7%. Essa diferença significa R\$ 10 bilhões de reais. Não era uma obrigação da União porque a regulamentação da Emenda 29 colocou para a União o orçamento do ano anterior pela variação do PIB. Então não estou dizendo que a União não cumpriu, mas o patamar reduziu e você não teve uma correção.

Então, o que precisamos é rever o modelo de financiamento da Saúde. A solução é uma nova CPMF? Eu não sei. Mas se for, jamais ela poderá ser como a anterior. Não teria lógica. Muito menos essa que está colocada no Congresso, de novo, concentrada na União, com a receita recebida pela União e a partir daí ser distribuída para os estados e municípios. Eu acho que nós temos que discutir um outro tipo de modelo.

Se houver uma recriação da CPMF, que se acerte a divisão: 40% para União, 30% para o estado e 30% para o município, na fonte de arrecadação, pra que aí você defina as políticas, etc. A modernização da gestão, para mim, o modelo de financiamento tinha que estar amarrado por lei, senão, daqui a pouco, nós corremos o risco de criar um novo instrumento de financiamento e não mudar nada a fossilização dos atuais instrumentos de gestão.

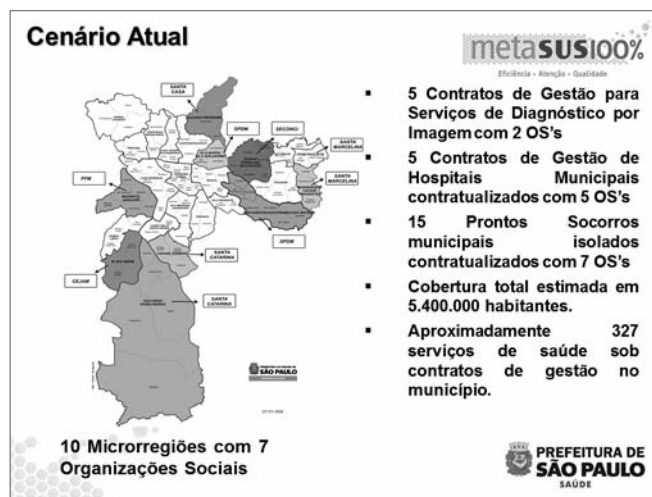
Aqui, nós levamos a parceria com o terceiro setor às consequências mais amplas. Eu sempre chamo a atenção que a parceria no caso da Saúde é intrínseca na história da Saúde. Começa que o SUS é um sistema de parceria público-público. O SUS, em si, é uma parceria público-público porque ele lida com parceiros autônomos. O município não é subordinado ao estado, que não é subordinado à União. Então você tem que ter uma relação construída. E os convênios formam um grande instrumento de construção na maioria dos programas na área de Saúde: a ESF é um deles. Então, o que você teve foi um crescimento aí da ação parceira.

Lembrando que no modelo de parceria com organização social (OS), que é o modelo implantado no estado de São Paulo e expandido aqui pela prefeitura, nós temos a organização social fazendo o gerenciamento, usando os recursos financeiros, às vezes os recursos humanos, dependendo do caso, e as instalações da área pública. Em contrapartida a OS traz a sua experiência, a sua expertise; mas ela não traz recursos financeiros. O recurso financeiro é todo ele orçamentário, público, e por isso nós temos que ter um processo público e publicizado de controle e utilização, mas não da aplicação.

Na cidade de São Paulo, o modelo de OS é mais amplo que aquele utilizado pelo estado. Isso porque o papel do município é muito mais amplo também do ponto de vista da execução do SUS. Para a cidade, não havia sentido em fazer uma lei de OS válida somente para os hospitais, já que há toda a atenção primária à Saúde sob sua responsabilidade e nossa luta é o rompimento da cultura hospitalocêntrica. Dessa forma, montamos um modelo que permite a organização social regional, referenciada ou por modelo territorial ou por área de atenção, ou por especialização dentro da própria linha da atenção primária. Então a legislação paulistana se inspira na estadual e na federal, mais na estadual na verdade, mas ela se adapta a ação do SUS no município. E nós expandimos muito rapidamente.

A legislação foi aprovada em 2006. Houve a preparação e a qualificação dos parceiros, a partir de 2007. Ainda nesse ano, iniciamos um contrato de gestão aqui na zona leste, com a OS das Irmãs Marcelinas, em Guaianazes e Cidade Tiradentes; e, na zona sul, no M'Boi Mirim, com a OS CEJAM. Esses foram os primeiros. Hoje várias áreas da cidade estão sob contrato de gestão

em que, progressivamente, a maioria das unidades passa ao gerenciamento da organização social parceira naquela região.



Pegando o exemplo do contrato de gestão para os Distritos Administrativos de Cidade Tiradentes e Guaianases, das 41 unidades de Saúde existentes nesses dois DA, 34 já estão sob contrato de gestão. Nesse mesmo caso, e como se vê em outras regiões, houve somente uma mudança do instrumento de parceria e consequente ampliação desta, pois já existia convênio com a entidade fundadora da OS nas unidades básicas responsáveis pela ESF. O que se fez foi trazer pro instrumento contrato de gestão, que é mais poderoso do ponto de vista de modelo de contratualização, inclusive pela capacidade de exigência, e aí você permite realmente a criação de uma rede de referência dentro de uma própria região sempre sob a coordenação da Secretaria. Lembre que é um processo de construção, mas a Secretaria não perde o poder de gestão nesse processo.

Recuperando aquele volume enorme de crescimento de unidades, observo que 90% delas foram feitas através de contrato de gestão ou de convênio. As AMAs, por exemplo, as 116, todas elas, são ou contrato de gestão ou convênio. E em Saúde o que nós temos é obviamente mão de obra qualificada intensiva. Então unidade de Saúde significa profissional de Saúde e nós tivemos esse crescimento. A Secretaria partiu de uma força de trabalho de 47 mil profissionais (e aqui eu estou falando só dos profissionais de Saúde) para quase 72 mil. E a grande parte do crescimento foi em profissionais contratados pelos parceiros.

Em 2004, nós já tínhamos oito mil profissionais trabalhando a partir de parcerias, basicamente do Programa de Saúde da Família. E fechamos, no segundo trimestre de 2010, ao final do ano deve ter sido um pouco mais ainda, nós chegamos a 26 mil profissionais de Saúde contratados através dos parceiros. Então hoje você tem a força de trabalho técnica disponível na Secretaria. Praticamente metade dela hoje já é contratada através de parceiros. Isso é uma tendência brasileira.

Isso significou, no caso de profissionais médicos, 58% de crescimento; 79% no número de enfermeiros; 41% na quantidade de auxiliares de enfermagem; 51% mais agentes de Saúde; e 87% em quantidade de dentistas. Grande parte desse crescimento, principalmente de médicos, é através de contratação do parceiro. Agora, a OS, aqui em São Paulo, não é uma agência de contratação de mão de obra. Ela gerencia um hospital nosso ou unidade de Saúde da atenção básica e contrata a mão de obra técnica para o serviço. Mas eu tenho medo que o modelo seja distorcido em muito lugar. Por isso que a gente tem incentivado, mesmo, a cravar o modelo paulistano como um modelo diferenciado.

Estamos lançando agora o modelo de parceria público-privado que dá mais um passo nesse modelo de parceria. Qual é a diferença básica? Primeiro com a OS, organizações sociais, nós sempre estamos falando de entidades sem fins lucrativos com especialização na área da Saúde, isso é básico. Na PPP não. Na PPP estamos falando de um processo de concessão, portanto de um

processo de licitação onde o ganhador vai investir recursos próprios pra construir o equipamento que foi determinado e da forma que foi determinada, e depois vai se remunerar ao longo de uma concessão. Do ponto de vista de modelo, você pode até dizer que é uma concessão tipo a do Metrô ou tipo de uma estrada, mas com uma diferença, não tem pedágio pro cidadão pagar. Isso também precisa ficar muito claro aqui.

A nossa PPP envolve a construção de nove novos hospitais, mas a gente pega um aqui, como exemplo. O concessionário ganhador vai construir e equipar o hospital. Se acessarmos o portal da prefeitura, ainda tem os dados da consulta pública que já foi encerrada, mas os dados estão todos lá, tem 27 *gigas* de informação ali e cada hospital está detalhado dentro do projeto. Tem plano de massa, plano funcional, o que vai fazer e como vai fazer. Então não é o concessionário que vai definir cada uma dessas coisas, mas ele vai construir e equipar com os recursos próprios. Normalmente esse tipo de investimento é feito com captação no sistema financeiro. E depois ele vai ter, ao longo da concessão, que será de 15 anos, a exclusividade na concessão de serviços não-clínicos, porque isso se adapta exatamente ao modelo que nós já temos.

Hoje, na rede municipal, nós temos seis hospitais não autárquicos, como o Cidade Tiradentes, o Vila Maria, que já estão sob o regime de gerenciamento de OS. E temos, na Autarquia Hospitalar Municipal (AHM), 12 hospitais, um deles inclusive é o Menino Jesus, sob contrato de gestão com o Sírio Libanês, sendo os outros 11 sob gerenciamento direto da própria autarquia. Nove deles, aliás, estão incluídos no projeto de PPP.

E como funciona hoje um hospital municipal da AHM? O corpo técnico do hospital é todo de servidores de carreira. Na verdade é a figura do emprego público, mas é emprego público criado por lei, concurso público, é regime de serviço público. E os serviços auxiliares não clínicos são todos terceirizados. Então é evidente que nós não podíamos ter um modelo de PPP onde o concessionário tivesse a gerência sob o setor clínico porque nós temos os nossos servidores. Mais de 15 mil servidores na autarquia são servidores de carreira e vão continuar nos nossos hospitais com PPP, no novo hospital.

A PPP inclui três novos hospitais: Hospital da Brasilândia, 250 leitos; Balneário São José, com 50 leitos, ao lado do pronto-socorro do Balneário São José; e um hospital de 250 leitos na Capela do Socorro. A reforma de três dos nossos hospitais maiores e novas edificações de outros seis hospitais.

O que significa isso? Vamos pegar aqui o Mario Degni, por exemplo, que é uma maternidade pequena, sem pronto-socorro inclusive, tem 40 leitos operacionais, mas tem um terreno muito grande porque quando foi projetado, foi projetado pra um hospital de 300 leitos que nunca foi construído. Então no terreno será construído o novo Mario Degni de 150 leitos. Quando ele estiver pronto, você desativa a instalação antiga e passa tudo pra nova, inclusive os servidores. Isso vai acontecer no Zaio, Benedito Montenegro, no Hospital de Pirituba e no Mario Degni. Isso de ter um hospital novo ao lado do velho, no mesmo terreno.

Em outros dois da zona leste, o Tide Setúbal e o Waldomiro de Paula, como não há espaço físico, o novo hospital será construído há duas, três quadras do atual em outras áreas públicas. Então será da mesma forma.

E a lógica de uma PPP é diferente da lógica de uma obra pública tradicional. Na obra pública tradicional, você faz a licitação de uma obra de um hospital e quem ganha a licitação talvez seja o maior interessado em que a obra dure para sempre. Um dia, com muita dor no coração, ele acaba a obra. Mas enquanto ele puder evitar, ele não acaba a obra porque ele vai e muda o projeto e teve um problema, teve outro problema e isso muito comum, muito natural. Não é natural, mas acontece e é considerado natural. No modelo da PPP é outra coisa, enquanto ele não nos entregar o hospital e nós não recebermos o hospital e não considerarmos o hospital a contento, a concessão não começa a valer e ele não recebe nada. E a primeira fase, que é essa fase da construção, dura até dois anos. Porque cada um dos equipamentos têm um tempo de construção.

A PPP inclui também centros de diagnóstico que vão ser feitos ao lado

de estações do Metrô em áreas remanescentes da estação do Metrô. Esses, por exemplo, estão previstos pra oito meses. Depois de oito meses, eles têm que nos entregar funcionando, testado, com os equipamentos. E o privado não recebe um centavo enquanto não entregar o centro funcionando.

Então há uma outra lógica que deve propiciar um cumprimento de prazos menores. E vai nos possibilitar um salto muito grande porque vai colocar hospitais ao norte e ao sul da cidade, em extremos em que nós não temos nem leito público nem leito privado disponível. A área da Capela do Socorro, por exemplo, tem mais de 500 mil habitantes. A área da Brasilândia não tem um leito nem público nem privado.

## O SUS é uma das imensas vitórias da sociedade brasileira ao longo da história recente do País

Há uma importante mudança na modelagem do hospital. Passa-se a ter ambulatório de especialidades, a ter hospital dia. Então é um aumento quantitativo e um aumento qualitativo da rede hospitalar.

Como é que fica o modelo? Os hospitais que já são da autarquia, ela continua gerenciando, continua com o corpo clínico e técnico da própria autarquia. É evidente que e vai precisar contratar mais gente, porque hoje o hospital é menor. A AHM vai gerenciar e fiscalizar a concessão. O concessionário vai executar os serviços não clínicos, que hoje são o inferno dos nossos gestores.

Se for um hospital inteiramente novo, como o da Brasilândia, ele já vai para o gerenciamento de OS desde o início. Aí o quê que muda no modelo atual? É hoje, no caso da OS, o repasse de recursos que a prefeitura faz, inclui os serviços auxiliares, o pacote orçamentário inclui orçamento para os serviços finalísticos clínicos e para os serviços auxiliares. Neste modelo, deixa de incluir os serviços auxiliares que vão ser prestados pelo concessionário. O parceiro da OS vai ser o gerenciador da fiscalização da execução desses serviços no dia a dia. E você continua tendo um modelo, que é uma governança ousada, mas nós temos esse período agora de dois anos pra trabalhar com ela.

Eu insisto aqui, o SUS é uma das imensas vitórias da sociedade brasileira ao longo da história recente do País. São 20 anos de implantação dessa conquista. Agora, precisamos parar e repensar, o que andou, o que não andou, há tanta coisa sendo revista. E quando eu falo em repensar, não estou falando em repensar os cânones, mas é como ele está montado hoje.

E hoje algumas questões precisam, no mínimo, de revisão e adaptação às questões modernas. Eu levanto, por exemplo, uma discussão dos conselhos de Saúde. Qual é o sentido de uma cidade como São Paulo hoje ter um conselho isolado? Hoje um conselho de Saúde é uma rede social, você tem que montar uma rede social de usuários do SUS que vão trabalhar e você vai disponibilizar a informação.

A mesma coisa com a própria estrutura do SUS. O SUS é estruturado em atores independentes, União, estado, município. A nossa Constituição reconheceu o município como ente da federação. Então nós temos hoje nos municípios, 5.200 gestores. É impossível você implantar um programa digno do nome da maneira como ele é discutido hoje.

Hoje, nós definimos os programas pelo limite de gasto do Ministério e pelo incentivo de gastos do Ministério ou do estado. Os estados não têm papel no financiamento do SUS. O SUS era municipalista porque a reforma sanitária era municipalista, então o ente estadual ficou perdido ali no meio. Quando você tem um ministério com visão municipalista, como em alguns momentos o atual, você desorganiza o sistema e é o que nós temos hoje.

Um exemplo desse descompasso são as Unidades de Pronto Atendimento do governo federal, as UPAs. Em São Paulo já temos rede de AMA, que é a



origem da UPA. Vamos instalar? Não, não vamos instalar UPA, não vamos instalar porque não acrescenta nada à nossa rede. Então não vamos receber nada e não é todo município que pode fazer isso por conta própria. Então temos reuniões em que os secretários de Saúde ficam dando voltas de como arrumar aprovação de mais duas equipes de Saúde da família. Isso não é um sistema, gente, isso é um debate.

Afinal, qual é o papel do gestor? Ele é gestor do público? Gestor do público e do privado? Ele é gestor da execução do serviço? Ele é um vendedor do serviço pro SUS? São Paulo hoje é isso. Os nossos 18 hospitais vendem serviços para o SUS. E nós contratamos outros 30 hospitais privados, para prestar serviços, fora os estaduais conveniados.

A discussão que nós tivemos sobre as OSs ficou centrada na questão da privatização. Privatizar o quê? Se todos os hospitais municipais passassem para gerenciamento via OS, teríamos transferido 20% da nossa produção. Mais do que isso hoje já está na mão do setor privado, na modelagem do sistema. Então, ampliemos o debate. Qual é o papel de cada um? É provedor? É gerenciador? E como que esses setores se articulariam? Nós não temos saída pra isso sem uma reflexão, uma rediscussão.

Eu não estou querendo reduzir o debate, mas ele tem que ser clareado um pouquinho, nós não podemos ficar nas nuvens porque a população bate na porta do município e o município não tem saída. A Saúde suplementar não dá bola para município.

Questões ligadas, por exemplo, aos recursos humanos e à incorporação tecnológica chegam a ser um acinte tentar discutir. Nós montamos um sistema (SUS) que depende de um profissional que não existe, que é o médico generalista, o médico de Saúde da família. Ele é a base da construção do sistema. Passados 20 anos, nós vamos ter que ajustar isso.

Quando o pessoal do Conselho Federal de Medicina me fala que eles reconhecem 57 especialidades médicas, eu dou uma parada e vejo o tamanho do desafio de você montar uma rede regulada, uma rede com 57 especialidades médicas. Ainda bem que hoje nós temos a telemedicina, algumas áreas do setor público são pioneiras, mas o setor privado também tem avançado muito. Tem plano de Saúde fazendo teleconsulta, não sei se todos sabem disso. É verdade. Existe plano de Saúde do Nordeste que enfrenta uma realidade: eles têm poucos especialistas.

O exemplo que me deram em uma conversa foi dermatologista. Em uma capital do Nordeste tem quatro dermatologistas. Os quatro fazem o mercado e fazem o preço, não querem conversa. O que essa operadora fez e agora as outras todas estão vindo atrás, com reconhecimento inclusive do Conselho? O paciente vai ao consultório de um clínico geral e aí tem uma teleconsulta, uma teleconferência com um dermatologista aqui de São Paulo. E aí o especialista orienta o clínico lá com o paciente e encaminha o que tem que encaminhar. E eles não abrem o quanto eles pagam, mas eu imagino que seja mais ou menos o que o nosso mercado aqui paga.

Assim como em Nova Iorque, laudo na madrugada é mandado por imagem pra Austrália e analisado por especialistas australianos porque lá na Austrália é dia e aí a hora médica é mais barata do que a hora à noite. Esse é o mundo e nós estamos aqui. Tem que correr um pouquinho atrás dessas questões senão nós vamos ter um problema sério.

O SUS é também o setor de Saúde Suplementar. A Agência Nacional de Saúde Suplementar é do SUS. Particularmente, eu comeci a entrar nessa discussão com o Nelson Rodrigues dos Santos, que era Secretário de Saúde lá em Campinas, enquanto eu era da Secretaria de Administração. Ele ficava me trazendo para discussão a construção dos processos para implantação do SUS. A ideia que ele passava de único era a de gestor único em cada território, era esse o sentido do "único" do SUS.

Hoje, talvez fosse o caso de você trabalhar com a concepção de Sistema Nacional de Saúde, onde você tem áreas onde todo mundo é seu dependente: como a vigilância em Saúde, como as ações de epidemiologia.

A lei para os planos feitos após 1999 exige atendimento integral, não tem conversa. Exceto transplantes, que aí tem uma gradação, para os outros

procedimentos não há exclusão. Pela lei, a diferença entre um plano e outro é só hotelaria e rede assistencial.

Não pode haver exclusão. Tem que cumprir a lei e ponto. Não tem mais o que conversar. Agora, só tem sentido manter isso, e eu sou um dos defensores de que se mantenha, se a gente conseguir estruturar os dois sistemas porque se não conseguir, isso aqui não tem sentido.

Por que eu obrigo um plano a fazer um tratamento integral se eu não estou integrando os dois sistemas? Acho que o nosso é o único sistema do mundo onde você tem dois sistemas integrais que são simultâneos. O cidadão tem direito aos dois, um porque ele é cidadão e outro porque ele pagou. Ele

## Não pode haver exclusão. Tem que cumprir a lei e ponto.

compra um plano e é ele que define qual sistema usar e quando, seja por vontade própria ou pressão do convênio. É impossível planejar com essa imprevisibilidade.

Eu, com 20 anos de estrada nessa área, me declaro absolutamente incompetente pra planejar um sistema desse jeito. Olha a situação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Aqui, do ponto de vista da lei, nós temos 11 milhões e 200 mil clientes na cidade e não tem conversa. O próprio Ministério Público nos cobra a partir deste parâmetro. Tudo o que é feito pelo SUS deve ser feito para a totalidade da população, mas isso não considera que nós temos quase a metade da população utilizando a Saúde suplementar, por meio de planos privados ou empresariais.

Outro buraco nós temos na assistência farmacêutica, que é uma das ausências da nossa regulação de 98. Faltou o bloco da assistência farmacêutica. Foi incluído o bloco da assistência farmacêutica hospitalar, ambulatorial e de tratamento, mas o medicamento prescrito não foi incluído. Aí olha o que acontece com a rede municipal. Em 2009 e 2010, o número de prescrições médicas atendidas chegou em 24 e 25 milhões, respectivamente. Mas olha a dispensação externa, que é a dispensação do setor privado. Ela está em torno de 27% e é constante, não tem conversa. Essas prescrições do setor privado estão todas registradas no sistema. Nome, endereço, número de cartão SUS, porque todo mundo que recebe isso, de uma forma ou de outra, ingressa no sistema. Então isso não é uma discussão pra ter com o cidadão. Isso é uma discussão pra organizar o sistema. Nós temos que abrir esse debate em algum momento.

Assim como temos que abrir debate sobre a produção de serviços de Saúde. Porque o Sistema de Saúde Suplementar, por um lado, e o SUS, por outro, têm uma dimensão idêntica de financiadores, não de provedores. O Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal, uma parte da atividade dela é comprar serviços de Saúde para população e a outra é produzir.

No setor privado é a mesma coisa. Um pega o dinheiro da mensalidade e o outro pega o dinheiro do imposto. Um visa o lucro e o outro é setor público, mas no fundo são modelos de financiamento, não são modelos de produção. E tem um miolo aqui que é a produção de serviços de Saúde que faz com que a gente vá perpetuando a estruturação das redes de Saúde pela oferta e não pela demanda. É só a gente olhar os grandes números da divisão público-privado dos equipamentos, não só da disponibilidade como a de onde ele está localizado.

O número que sempre se fala é dos hospitais, os leitos hospitalares. O SUS tem disponível cerca de 70% dos leitos do país e desses leitos 53% são privados. Aqui privados incluindo os não lucrativos, os filantrópicos.

Mas olhem alguns equipamentos, olhem os mamógrafos, por exemplo. Existem 4.017 equipamentos no país (números do Censo Sanitário do IBGE). O SUS tem 43% desses equipamentos disponíveis ao SUS, os outros 57% são disponíveis apenas para os usuários de Saúde Suplementar. Dos 47% que estão

disponíveis ao SUS, 72% são privados. Ou seja, o SUS contrata de clínicas privadas a execução dos exames de mamografia. Isso acontece com a ressonância magnética também. E a distribuição regional varia, mas em todas as regiões, praticamente, ou pelo menos a maioria delas, a disponibilidade para o setor público é bem reduzida e a maioria dos serviços são privados. Dêem uma olhadinha na ressonância magnética, 1.016 no Brasil, 38% disponíveis ao SUS, dos quais 86% privados.

Se olharmos a tabela da terapia renal substitutiva, aí tem uma tendência interessante que é a história do SUS e do setor suplementar. A imensa maioria dos serviços é privada e quase todos disponíveis ao SUS. São 90% dos equipamentos de terapia renal substitutiva privados e estão disponíveis ao SUS pelo simples motivo que o plano de Saúde nunca pagou pela terapia renal substitutiva. Então todo mercado fornecedor de terapia renal substitutiva só tinha um cliente pra vender que é o SUS. Agora você começa a ter um avanço porque os planos novos são obrigados a cobrir essa terapia.

Falemos em planejamento – e aí vem a explicação do motivo da declaração de incompetência. Vou pegar dois exemplos anteriores e o parâmetro da portaria 1101 do Ministério que estabelece a necessidade mínima. Tomógrafos: 1 pra 100 mil habitantes. Para a população total da cidade de São Paulo nós precisaríamos de 112 tomógrafos, no mínimo, para atender ao parâmetro. A cidade tem 247 tomógrafos: 62 deles disponíveis ao SUS. Se eu considerar que a população SUS dependente da assistência está em torno de 60%, 55%, eu até atenderia quem não tem cobertura no plano privado, mas a realidade é que não temos os 112. E dos 62 que nós temos, 27 são privados.

A situação da ressonância magnética, num certo aspecto é mais confortável, no outro é mais escandalosa. É confortável porque pela previsão de 1 pra cada 500 mil habitantes, nós precisaríamos garantir 23 equipamentos na cidade de São Paulo para atender toda a população. Nós temos 23 equipamentos disponíveis ao SUS. Então nesse aspecto ela é mais confortável do que a situação do tomógrafo, só que existem na cidade 112 ressonâncias. Então no caso do tomógrafo nós temos, digamos, pouco mais que o dobro da necessidade instalada e, no caso da ressonância magnética, temos mais que cinco vezes. Dito de outra forma, 112 menos 23, é a quantidade de

equipamentos disponíveis para os cinco milhões de paulistanos que têm planos de Saúde. Deve dar uma relação de 1 pra 100 mil.

Se fizermos essa análise com raios-x, teremos o mesmo resultado. Em tudo que você colocar, nós temos um resultado igual. Então nós temos que encontrar formas de integrar o planejamento das duas redes, da rede pública e da rede privada com a exigência que nós estamos fazendo. E nós temos que encontrar uma forma de trabalhar realmente pela demanda, pela necessidade e não só pela oferta. Porque senão nós nunca vamos sair deste beco de construção.

Eu sempre dava o exemplo de uma comparação de Campinas, que é a minha terra, com Teresina. As duas têm mais ou menos a mesma população, um milhão de habitantes, um pouco mais, um pouco menos. Campinas, como foi o berço das “Unimed”, uma das redes Unimed de São Paulo, ela tem acho que 70% da população com cobertura de plano de Saúde. Não sei se mudou muito agora, eu não tenho visto os números, mas estava por aí. Teresina tem apenas 10% de cobertura. Então aí você tem o PAB, Piso da Atenção Básica, e o que acontece? Campinas e Teresina recebem o mesmo valor de PAB. Não faz o menor sentido isso, gente. E não é pela riqueza da cidade, pela condição da cidade, mas Campinas tem uma rede pública que prioritariamente atende 30% de dependentes ou 40% de dependentes na assistência e Teresina tem 90%.

Vejam, quando eu falo isso do uso alternativo dos planos e do SUS é evidente que não é uma discussão que se coloca agora do ponto de vista político da agenda, porque eu não vejo quem no mundo político tivesse como encarar esse debate porque você tem muita coisa que vem atrás. Mas nós temos que discutir uma nova agenda. Precisamos. Os intelectuais orgânicos da reforma sanitária talvez tenham que parar e começar a repensar um pouco nos novos parâmetros da reforma. A gente está no Brasil, no século XXI, na Saúde do século XXI, no que nós já avançamos e no que nós não avançamos. São Paulo tem tentado mandar essa mensagem. A cidade colocou recursos, melhorou a gestão e mesmo assim não dá conta. É preciso de mais das duas coisas, mais recursos e mais gestão, simultaneamente, para que possamos avançar.

# O Desafio das Pessoas com Deficiência

Muitos autores tratam do tema *acesso à Saúde*. Há ao menos duas formas de se referir ao assunto: acesso – ato de ingressar ou entrada; ou acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível, como prefere o conhecido expert da qualidade, Avedis Donabedian. Os dois termos são empregados de modo a indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de Saúde.

Por vezes, a discussão sobre acesso gira em torno de uma dificuldade que se apresenta como característica exclusivamente do setor público, considerando os diversos fatores relacionados às condições existentes de se suprir as necessidades de Saúde, em um país com a dimensão do Brasil. Essa abordagem configura-se em um equívoco dado que também o setor privado penaliza o seu usuário pela falta de acesso. Curiosamente, esta semana saiu a publicação da Resolução Normativa nº. 259, de 20 de junho, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

De acordo com texto publicado no *site* da própria ANS “quando esta norma entrar em vigor, as operadoras deverão garantir que os beneficiários tenham acesso aos serviços e procedimentos definidos no plano, no município onde os demandar ou nas localidades vizinhas, desde que estes sejam integrantes da área geográfica de abrangência e de atuação do plano.

O principal objetivo da norma é garantir que o beneficiário tenha acesso a tudo o que contratou e também estimular as operadoras de planos de Saúde a promover o credenciamento de prestadores de serviços nos municípios que fazem parte de sua área de cobertura. Ou seja, a norma visa que a operadora ofereça pelo menos um serviço ou profissional em cada área contratada, mas ela não garante que a alternativa seja a de escolha do beneficiário, pois por vezes o profissional de escolha já está em sua capacidade máxima. A ANS não pode interferir na capacidade de atendimento dos prestadores e sim regular para que haja no mínimo uma alternativa para o atendimento ao beneficiário.

Nos casos de ausência de rede assistencial, a operadora deverá garantir o atendimento em prestador não credenciado no mesmo município ou o transporte do beneficiário até um prestador credenciado, assim como seu retorno à localidade de origem. Nestes casos, os custos correrão por conta da operadora. Em municípios onde não existam prestadores para serem credenciados, a operadora poderá oferecer rede assistencial nos municípios vizinhos.”

Também foram estipulados tempos máximos previstos para atendimento, a partir da demanda do usuário. Assim, por exemplo, uma consulta básica (nas especialidades de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia) tem o prazo máximo de sete dias úteis para ser agendada. Apesar da polêmica que este documento regulatório gerou, a necessidade de sua criação deixa bastante evidente que o acesso é um tema não resolvido, inclusive na esfera da área privada de Saúde.

E como andam as tratativas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)? Recentemente, a *Folha de S. Paulo* publicou uma matéria a respeito de um trabalho do Ministério da Saúde, MS, intitulado: “Acesso à Saúde ampliado com o novo modelo de gestão do Sistema Único de Saúde”. Mais uma vez, para ser fiel à publicação oficial do *site* do MS, está mencionado a seguir o trecho que faz menção ao assunto.

“A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) será reorganizada para garantir melhoria no acesso à Saúde em todo o país. Decreto da presidenta Dilma Rousseff publicado no Diário Oficial da União dia 29 de junho institui mecanismos de controle mais eficazes e instrumentos para que o Ministério da Saúde atue na pactuação e no monitoramento das ações realizadas na rede pública. Com isso, a perspectiva é que os serviços oferecidos pelo SUS ganhem em qualidade, proporcionando à população atendimento mais rápido e eficiente. Construído a partir de diálogo com os estados (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), os municípios (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o decreto regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, que entrou em vigor em 1990.

“O decreto é o reconhecimento de que o centro do SUS é o cidadão e que ele tem direito de participar da definição das políticas públicas de Saúde e exercer o controle social da execução dessas políticas, garante o ministro da Saúde, Alexandre Padilha. Uma das mudanças introduzidas pelo decreto é a criação do contrato de ação pública, que definirá as atribuições e responsabilidades, inclusive financeiras, dos municípios, dos estados e do Governo Federal na prestação de serviços de Saúde, o financiamento e as metas para cada ação. Os contratos vão propiciar ao Ministério da Saúde a concessão de estímulos financeiros aos municípios e estados que tiverem bom desempenho nos programas e ações da Saúde. ‘Estamos dando mais transparência à estrutura do SUS e garantindo maior segurança jurídica para que municípios, estados e União atuem de forma harmônica e integrada’, detalha o ministro. Para Padilha, a regulamentação é marco de um novo modelo de gestão do SUS. O decreto inova ao instituir política permanente de atendimento em rede, com serviços complementares para ampliar os benefícios aos usuários do sistema. Exemplo desta nova dinâmica é a Rede de Atenção ao Câncer e Mama e de Colo de Útero, lançada em março, que oferecerá prevenção, rastreamento e tratamento de forma sistêmica dentro de uma mesma região de Saúde. Segundo o secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Odorico Monteiro, a regulamentação contribuirá também para mais transparência ao Ministério Público e ao Poder Judiciário sobre as responsabilidades dos entes federativos na gestão de Saúde. ‘Temos um sistema único, de dimensões continentais. É fundamental ter clara essa divisão de competências e de atribuições entre entes federativos’, observa Monteiro.

Assistência regionalizada – O decreto define e consolida o modelo de atenção regional, em que municípios vizinhos deverão se organizar para ofertar atendimento de Saúde às suas populações. Cada uma das 419 regiões identificadas deverá ter condições para realizar desde consultas de rotina até tratamentos complexos. Caso não haja capacidade física instalada naquela região para a execução de determinado procedimento, os gestores daquela rede têm de fechar parceria com outras regiões, que atenderão sua demanda. ‘A nova lógica será implantada por meio de um retrato geográfico da distribuição dos serviços de Saúde, que será usado para apoiar o planejamento da Saúde e a configuração dos contratos de ação pública’, explica Monteiro. Como referência, os gestores terão a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde do SUS (Renases), que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao cidadão e é revisada a cada dois anos, e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que contém a lista de medicamentos indicados e custeados pelo SUS.

Foco na atenção básica – O decreto estipula que o acesso ao SUS tenha a atenção primária – executada nos centros e unidades básicas e pelas equipes do programa Saúde da Família, entre outros – como fio condutor.”

A abordagem que será apresentada a seguir, pela Prof<sup>a</sup>. Linamara Rizzo Battistella, discute o acesso a bens, produtos e serviços de Saúde, como direito do cidadão e, em particular, da pessoa com deficiência. No bojo desta análise está não somente a acessibilidade, como também a inclusão social. Trata-se de uma rota que passa por aspectos políticos (envolvendo as diretrizes nacionais e internacionais); epidemiológicos; econômico-financeiros e de planejamento. Sem dúvida, todos eles, altamente relevantes. No entanto, o essencial deste artigo fica por conta do aspecto social que transita pelo campo da atitude de cada indivíduo na sociedade, que conhece seus deveres e sabe exigir seus direitos. Assim, cada cidadão e a coletividade conseguirão incentivar a construção de uma política de acesso cada vez mais justa. **Lucila Pedrosa da Cruz - PROAHS - HC FM USP**

## Notas:

- 1 Travassos, C e Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.
- 2 <http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/634-ans-publica-norma-sobre-garantia-e-tempos-maximos-de-atendimento>.
- 3 [http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia\\_ret\\_detalhe.php?cod=1322](http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1322).

# EM 9 DE JUNHO DE 2011

a Organização Mundial de Saúde, Banco Mundial e as Nações Unidas fizeram um encontro que aconteceu na sede da ONU, em Nova York, com os ministros de todos os países, menos o nosso, para discutir exatamente o Relatório Mundial sobre Deficiência e acessos aos sistemas públicos, serviços e garantia de direitos sociais das pessoas com deficiência. O Governo de São Paulo estava oficialmente convidado para essa reunião.

O Relatório, que está no *site* da Organização Mundial de Saúde e também no *site* do Banco Mundial, é muito interessante, mostrando o que é hoje a abrangência das ações na questão da deficiência, do significado desta ação em um planeta que salva mais vidas, em que a longevidade tem significado até do ponto de vista do desenvolvimento dos países, portanto, longevidade significa melhor qualidade de vida, mas tem impacto nas políticas públicas porque o envelhecimento cursa com algum tipo de deficiência e mais a epidemia da violência, a violência urbana, a guerra, a violência do esporte... Um bilhão de pessoas com deficiência que hoje estão estimadas no planeta, a partir de um estudo feito pelo grupo de Washington com 150 países e, nessa perspectiva, uma projeção de um bilhão de pessoas com deficiência e reconhecendo que não há possibilidade de que o número diminua.

Não é com alegria que falamos que existe um bilhão de pessoas com deficiência. Mas é porque ele sinaliza que salvamos mais vidas e falar da vida, celebrar os valores que fundamentam a existência da pessoa humana dentro deste universo e deste planeta, isso sim é motivo de felicidade. A vida com as diferenças que ela possa traduzir, com as dificuldades de superação ela possa significar, ainda assim ela precisa ser celebrada. Essa é a mensagem que fica quando se olha para as questões que envolvem o desenvolvimento, a ciência e a tecnologia e mostram que a despeito de todo o desenvolvimento, ainda falta superar o desconhecimento sobre as diferenças. E elas precisam, antes de superadas, serem respeitadas.

Se olhássemos para trás, da civilização em 1970, quando Van Potter cunha o termo *bioética* e fala de alocação de recursos e discute as questões de igualdade e equidade, nós entenderíamos que há 40 anos a discussão sobre o acesso e distribuição de recursos já era alarmante. Mas, menos pungente, porque menos pessoas podiam discutir. Essa é a diferença. Hoje, mais pessoas têm voz, discutem, exigem. É por isso que a pressão sobre o sistema de Saúde e a necessidade de garantirmos alguns ajustes começam a ficar emergentes. E isso é muito bom. Se não tivermos um usuário ativo, exigente, não qualificamos os serviços. Não melhoramos a rede. Aposto muito nesse usuário que exige, que faz valer os seus direitos.

Mas é muito interessante entender direitos alinhados aos deveres, seja do profissional, seja do próprio paciente. A chegada da classe média no Sistema Único de Saúde foi um ganho, qualificou o sistema, não tenho a menor dúvida, mas ela empurrou “muito pobre” para fora. Então, a grande questão hoje é garantir o acesso para as populações de baixíssima renda.

Eu adoro essa palavra: *acesso*. Há trinta anos escrevi no Boletim do HC: *acesso*, essa palavra significa muito para as pessoas com deficiência. Era um movimento importante na década de 1980, falando sobre a garantia da assistência às pessoas com deficiência nos sistemas públicos. E é interessante vermos que essa discussão no

Brasil foi precoce, aproveitamos muito o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência, em 1981, e começou uma corrente positiva, um ciclo positivo, ciclo virtuoso que chegou no ano 2000. E o tempo é uma coisa necessária. A gente não faz mudanças de comportamento sem percorrer essa trajetória. O tempo sedimenta, ajuda a criar cultura e a garantir a perenidade daquelas medidas. E existem medidas, políticas muito oportunas. Mas é difícil as coisas virarem realidade para todos. Elas viram realidade para alguns, para aqueles que sabem usar a força da lei, seja através de Ministério Público, seja através de uma ação real, efetiva, feita por comunidades mais organizadas, como acontece em São Paulo.

Então, em 2000, o IBGE fez o censo e dentro dele colocou perguntas que até hoje têm um grande significado para o mundo inteiro. O Brasil é um paradigma em termos de censo e os censos populacionais nossos são usados sempre como exemplo em todas as referências internacionais. E descobrimos, naquele momento, 24 milhões de pessoas com deficiência em todo o Brasil, com um significado importante: 11,5%, no estado de São Paulo, a média brasileira é 14,5%. E com a vertente desses 24 milhões de pessoas estarem distribuídas de uma maneira muito uniforme, muito proporcional a faixa etária, a condição sócio-econômica de todo o País. É verdade que a vulnerabilidade pela deficiência, magnitude, é diferente. E quando ela está associada à baixa renda, ela tem uma expressão muito mais pungente, muito mais forte. Mas ela tem uma distribuição bastante regular em todas as classes sociais, sexos e faixa etária.

Os 14,5% de brasileiros, 24,5 milhões de pessoas, em 2000, viraram 29 milhões de pessoas em 2010, acompanhando a média mundial. A Organização Mundial de Saúde falava em 10% da população em países em tempos de paz e hoje se fala em 15% da população em países em tempos de paz. Isso aumenta de forma expressiva, frente a grandes desastres climáticos, desastres como aconteceu no Japão, as guerras, isso acaba tendo um impacto diferenciado.

Esses 29 milhões de pessoas hoje recenseadas, conhecidas, e que exigem tratamentos diferenciados de acordo com a sua deficiência, só em 1992 tiveram no Sistema Único de Saúde um primeiro aceno de atendimento. Por isso que o tempo é um fator importante no amadurecimento de políticas públicas. Em 1992 foi sinalizado, à época do nosso querido Guedes lá no Ministério da Saúde, ele incluiu na tabela do SUS, pela primeira vez, a dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares à locomoção. Foi um “ohhh!”. Imaginem, até então cadeira de rodas era uma coisa dada em palanque de campanha política, pela LBA e, afinal de contas, cadeira de rodas é uma cadeira que tinha rodas. Não. Cadeira de rodas é uma extensão do corpo do indivíduo; é um mecanismo pelo qual ele se movimenta; que ele tem dependência funcional, é uma coisa prescrita, que se veste. Não se senta, mas se veste uma cadeira de rodas. Mas era

uma lógica, um conceito novo.

Em 1999, Fernando Henrique Cardoso junto com o José Serra, constrói essa legislação, esse decreto. Na verdade, ele veio para regulamentar uma lei mais antiga, de 1989. A regulamentação traduz o que hoje o mundo inteiro adota como parâmetro dentro da cultura do que é inclusão social. Ele garante o direito em todas as áreas, sociais, econômicas e nas áreas de lazer e entretenimento. Distribuiu tarefas para cada uma das pastas ou para cada uma das áreas que se articulam dentro do Estado, em âmbito federal. E com essa garantia de direitos, ele cria também os conselhos que era o Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, o CONADE, e uma estrutura que centralizaria as decisões no âmbito de todas as pastas, uma estrutura supraministerial e que centralizaria as articulações, as decisões em todas as pastas. Políticas transversais são sempre um grande desafio. A construção de políticas transversais tem o significado de se ter o alinhamento com o seu colega de outra pasta e o respeito, a força do principal executivo, o que efetivamente só aconteceu na época do Fernando Henrique. Depois, na mudança de governo, as questões que envolveram a pessoa com deficiência no governo brasileiro ficaram mais esquecidas, mais negligenciadas.

É preciso traduzir de uma maneira didática, quase como uma cartilha, a garantia que esses indivíduos deveriam ter no sistema. Porque até então a LBA distribuía cadeira de rodas. Quando acabou a LBA foi uma sorte para as pessoas com deficiência, não há mal que sempre dure. Digo que há uma conspiração celestial. Ao acabar a LBA, alguém precisava se ocupar de doar cadeiras de rodas. Aí entra o Ministério da Saúde, era a oportunidade. Deu certo. Essa oportunidade de dizer que tratamento era multidisciplinar, o entendimento da pessoa nas suas múltiplas necessidades e que o tratamento, os apoios deveriam ser simultâneos era isso. Terminou o tratamento médico, aí encaminha-se para o psicólogo. Terminou o psicólogo, aí vai para o fisioterapeuta. Quer dizer, a pessoa começava o tratamento com seis meses e terminava com 60 anos. Dizíamos que começava no grupo infantil e terminava no grupo de idosos. Mas era a lógica do sistema, não se fazia o tratamento simultâneo. As pessoas nem entendiam o que era interdisciplinar.

Em 2005, fruto de um trabalho que começa no ano 2000, é feita a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. O terceiro milênio começa com um olhar dos organismos internacionais sobre como a questão dos direitos humanos estava longe de ser efetivada como um direito de todo o cidadão, como ainda é hoje. O recorte de pessoas com deficiência era um tema por demais atraente e muito palatável para ser discutido com todos os países. Então, a missão brasileira junto à ONU foi uma das principais articuladores, junto com o governo da Nova Zelândia, para que se iniciassem as discussões ouvindo os grupos, organizações sociais, profissionais, governos pra começar a escrever essa Convenção que hoje é uma emenda da nossa Constituição. Tem força constitucional dentro do nosso país. Essa Convenção da ONU também trata o assunto Saúde, como trata educação, como trata todos os direitos sociais.

E ela fala alguma coisa que sinaliza claramente a necessidade da gente garantir acesso. Estender às pessoas com deficiência a mesma amplitude, qualidade e padrão dos programas e cuidados de Saúde gratuitos ou acessíveis, porque Saúde universal na maioria dos países não tem, gratuitos ou acessíveis, a que as demais pessoas têm acesso. É o ajustamento adequado. Se você tem tratamento dentário, as pessoas com deficiência têm que ter também. Se você tem fornecimento de órteses e próteses, as pessoas com deficiência têm que ter também. O ajustamento razoável é uma garantia que a ONU dá nos seus tratados internacionais para que você ofereça àquele grupo de pessoas que é alvo do programa, do projeto, o mesmo que você oferece para o restante da população. A gente não vai exigir que na África tenha tratamento dentário para pessoa com deficiência se não tem nem para os outros, mas o que tem para um tem que ter para o outro. É a equidade.

Então, Saúde gratuita é acessível a que as demais pessoas tinham acesso, inclusive na área de Saúde sexual e reprodutiva e de programas de Saúde pública destinados à população em geral. A gente, quando pensa em Saúde pública, pensa em coisas mais complexas. Por exemplo, aqui, uma das

questões era a vacinação. Crianças com deficiência, na maioria dos países, não eram submetidas aos programas gratuitos de vacinação porque os mecanismos de informação não alcançavam estas pessoas.

Propiciar aqueles serviços de Saúde que as pessoas com deficiência necessitam especificamente por causa da sua deficiência, mas também é o acesso a todos os serviços de Saúde. Sempre brinco com os meus amigos radiologistas que existem no mínimo 15 milhões de mulheres para quem eles não querem fazer mamografia, porque quem está na cadeira de rodas ou quem não consegue ficar em pé não conseguia, até o mês passado, fazer mamografia. Agora já vai conseguir porque os novos equipamentos já vêm adaptados a cadeiras de rodas. Mas isso é necessidade geral, é qualquer mulher. Mas têm necessidades específicas para aquela deficiência, são necessidades de cuidados médicos. Então, propiciar aquele serviço de Saúde que as pessoas com deficiência necessitam especificamente por causa de sua deficiência, inclusive identificação e intervenções precoces, bem como serviços projetados pra minimizar e prevenir deficiências adicionais, inclusive entre crianças e idosos. Porque é evidente que se você não trata lesão medular de forma adequada, aquilo vai evoluir para uma úlcera de pressão ou vai evoluir, por conta das infecções urinárias recorrentes, a uma insuficiência renal. Assim, essas questões precisam ser claramente tratadas, é preciso olhar para a pessoa com deficiência e entender quais são as preocupações que aquele indivíduo gera dentro do sistema público.

E quando falamos em acesso, estamos dizendo que essas pessoas precisam vencer as barreiras físicas, o que é um problema. Se eu estivesse em cadeira de rodas, eu não estaria aqui em cima. Eu estaria falando embaixo, mas eu teria chegado aqui com muita facilidade. O acesso, desenho universal é hoje uma prerrogativa dentro dos países em desenvolvimento. É uma das metas do milênio.

Mas pior do que a barreira física são as barreiras invisíveis. A pessoa chega à porta do hospital na cadeira de rodas e a mãe pergunta “aqui tem neurologia?” E o porteiro olha para aquela cadeira “aqui não tem”, “neurologista daqui tem uma fila pra marcar consulta”. Já desanimou. Quando a gente fala em acesso, acessibilidade, barreiras, tem uma questão de atitude que é muito, muito mais grave do que as barreiras físicas. E elas são os maiores impedimentos no sistema de Saúde porque as pessoas se incomodam de sentar do lado de uma criança que baba numa sala de espera ou de um idoso que está cheirando a urina porque tem dificuldades nas eliminações. E a tendência de você mudar de lugar, você não querer sentar perto acaba gerando um constrangimento. Essas coisas não dependem de legislação, dependem de cultura e sensibilização. São mudanças que o tempo nos ajuda a conquistar. Que estão acontecendo com muito mais velocidade do que nós poderíamos imaginar.

Como no governo do Fernando Henrique foi criada a política nacional para a integração da pessoa com deficiência, uma política realmente riquíssima porque atribui obrigações para cada uma das áreas do poder público. Quando está falando em política pública, a gente precisa ter uma definição de quem é o objeto da nossa política. Então também foi esclarecido, e essa é a terminologia enfim oficial, internacional, o que são pessoas com deficiência, o que é incapacidade, o que é deficiência permanente, transitória. Então tudo isso está dentro do texto legal.

Em paralelo com isto, o mundo inteiro, através da Organização Mundial de Saúde, começa entender, porque a CID – Classificação Internacional de Doenças, não era suficiente para registrar a magnitude da deficiência. Então associada a CID, que fala das doenças e na verdade uma evolução de uma lista de mortalidades, então algumas dificuldades de registros, foi criada a CIF. Porque era para, além do registro da doença, da situação intrínseca, a gente entender na classificação de funcionalidade o que era, o que estava efetivamente gerando a dificuldade de participação, o desenvolvimento de alguma atividade, para saber onde a deficiência está prejudicando, limitando a participação do indivíduo e objetivando uma incapacidade que precisa ser superada através de uma ajuda técnica, através de um tratamento. Assim, esta mudança no paradigma que a CIF nos traz, a Classificação Internacional de Funcionalidade, que está dentro da família das classificações da

Organização Mundial de Saúde, nos ajudou a estruturar serviços e sistemas voltados para o desenvolvimento da funcionalidade. Claro que isso tem a ver com a questão etiológica da doença, tem a ver com o quadro clínico do paciente, mas já olhando para as restrições funcionais, para as limitações de atividades e participação que você precisa começar a tratar desde o primeiro instante, já antevendo que este indivíduo para ser incluído, para voltar para sociedade vai ter que vencer algumas barreiras.

O Brasil é sempre lembrado, foi premiado pelo Banco Mundial em 2002 e 2003, como uma das melhores legislações a respeito de pessoas com deficiência. Estava entre os dez países que tinham melhor legislação. Eles não estavam nem falando de aplicação da lei, mas a legislação era bem feita. A experiência do Brasil ajudou muito na construção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que é uma convenção de direitos humanos no que tem de mais básico em termos de direitos humanos. Mas porque era bom trabalhar a questão dos direitos das pessoas com deficiência, era um bom recorte para atrair os países para essa discussão, para que chegassemos à altura de 2008 e pudéssemos comemorar os 60 anos dos direitos humanos com um pouco mais de alegria. Porque, direitos humanos, neste planeta, parecem mais uma escultura de fumaça do que uma realidade do dia a dia.

Esse Relatório mundial sobre pessoas com deficiência traduziu algumas das questões que ainda vêm impactando o acesso, a inclusão das pessoas com deficiência. Então, há algumas particularidades desse termo de acessibilidade e acesso que precisam ser compreendidas. Quando a gente está falando em acesso, uma atividade que o indivíduo está executando, ele está garantindo uma ação que depende do seu entorno. Esse entorno é a acessibilidade. Crio um ambiente acessível. Crio um computador com acessibilidade para o cego. Garanto o acesso desta pessoa. Mas é necessário treinar essa pessoa. Ela precisa saber que existe a cadeira de rodas que faz com que ela supere a barreira. Uma prótese que lhe dá a garantia de uma perna. Então, o acesso depende da informação, do conhecimento que ela tem sobre a legislação. Uma das questões quando se fala em acesso das pessoas com deficiência aos sistemas, é o conhecimento dos seus direitos, é a informação.

E aí há um detalhe interessantíssimo. O mundo digital é a ferramenta mais importante deste milênio. O analfabetismo é infinitamente menor e menos excludente do que o *gap* digital. O mundo inteiro se preocupa com a questão da exclusão digital. E se ela é importante para todo mundo, ela é importantíssima para as pessoas com deficiência. Há duas coisas que são interessantes: a primeira é que atrás da tela azul todos nós somos iguais; segundo é que é um novo modo de ver a vida, de raciocinar, de ensinar e de aprender. Essas tecnologias permitem que você alcance o indivíduo mais excluído, mais distante e oportunize a ele o conhecimento, a informação e até o acesso à Saúde. É de se imaginar que não existe nenhum problema com a questão do uso das tecnologias pra fazer a inclusão social. É a inclusão dentro do sistema de Saúde. Podemos operar um coração na China a partir do médico que está aqui no Brasil. Mas então pode também fazer avaliação, fornecer cadeira de rodas, ensinar a tratar úlcera de decúbito. É a nova oportunidade, até de mercado, para reverter estas distâncias que são muitas vezes uma das causas que dificultam o acesso da pessoa ao sistema de Saúde. Mesmo que quiséssemos abrir todas as portas do Hospital das Clínicas, Santas Casas, Hospital São Paulo para atender todas as pessoas, elas não conseguiriam chegar porque o sistema de transportes não é adequado, a informação não chega para as pessoas. Então, há outros mecanismos envolvidos nas questões que estão sob esse grande guarda-chuva do acesso que precisam ser lembradas.

Essas barreiras, que eles chamam generalizadas, do acesso aos serviços Saúde, educação, emprego, transporte, assim como a informação, vão ficando progressivamente menores. Nós, em São Paulo, temos tido uma grande preocupação com a acessibilidade comunicacional dos sites. Os *sites* do Governo do Estado são inteiramente acessíveis. Fomos premiados em Viena exatamente por conta de conteúdos acessíveis e facilidade no uso das

ferramentas da internet. Se você não tiver um site acessível, mesmo que você disponibilize todas as consultas do mundo, o cego, a pessoa com deficiência física severa não vai nunca chegar a ter essa informação. Estou sempre pensando como farão as mães surdas com as suas crianças quando chegarem ao pediatra. E acho uma estupidez a questão da *Libras*, com todo o respeito aos intérpretes de libras. Porque primeiro não tem intérprete em número suficiente, segundo porque eu vou pôr um estranho para intermediar a minha relação com o médico. Mas também não tem a menor condição de

## O analfabetismo é infinitamente menos excludente do que o *gap* digital

imaginar que todos os médicos vão aprender a se comunicar em Libras. Podia ser um segundo idioma, mas tem outras coisas mais importantes para o médico fazer. Mas não há porque não existir um *software* de reconhecimento de voz? Por que não? O médico podia ler, falar e ela ler no vídeo do computador aquilo que o médico está falando e ela pode responder por escrito se ela não for oralizada. A gente precisa colocar tecnologia a serviço da melhor relação entre as pessoas, esse é o ponto.

Essas barreiras que são lembradas como barreiras generalizadas incluem políticas e padrões inadequados, atitudes negativas, falta de provisão de serviços. Há uns tempos atrás, agora não mais, mas uns tempos atrás eu chegava à Superintendência do HC para discutir, falavam “mas com tanto problema, criança na UTI, falta de Novalgina no pronto-socorro, você vem em falar de prótese?” Eu falava “mas é o meu negócio. Eu não posso falar do que eu não sei”. “Pelo amor de Deus, me dá um tempo”. Porque quando os recursos são insuficientes, a tentativa da gente é sempre tirar do que é menos grave. Como gestora da Saúde, se estou à frente de um hospital, entre um antibiótico que vai garantir a vida da criança que está na UTI, a quimioterapia da senhora que está lá com o câncer, ou a cadeira de rodas da criança com paralisia cerebral, certamente essa ficaria como a terceira opção. Por isso, o dinheiro tem que ser carimbado na origem. Não posso exigir que o gestor defina prioridade. Para garantir equidade, todo mundo pagou imposto igual. Tem que dizer lá: este é para quimioterapia, este é para antibiótico e este é para a cadeira de rodas. É cruel passar a decisão para quem efetivamente não pode decidir. Até porque, não existe decisão quando se tem duas vidas em risco. É uma decisão que é mais moral do que técnica e aí quando se tem que escolher entre o que é ruim e o que é pior fica difícil tomar uma atitude que seja consistente.

Essas atitudes negativas também são resultados de uma bioética mal estruturada, porque precisamos alocar recursos pra garantir que as atitudes sejam positivas. Identificamos a importância de cada coisa dentro do sistema de Saúde pelo grau de financiamento que ela tem. Se não tivéssemos muitos recursos para AIDS, não acharíamos a AIDS estrutura importante pra ser tratada. Ou é a indústria farmacêutica que cria o desejo e a glória da área ou é o investimento do setor público. E aí a comunidade precisa estar atenta porque o investimento do setor público é o resultado da movimentação da comunidade. O gestor é importantíssimo nessa hora porque é ele que tem que dizer “claro, deveria ter, não tem, está faltando”. Ele tem que compartilhar com o usuário as faltas e exigir que o usuário se manifeste.

Então, informação e comunicação inadequadas acabam gerando essa dispersão, essas barreiras. E a falta de participação nas decisões que afetam diretamente a vida das pessoas. É muito comum chegar o empresário, um homem acostumado a tomar decisão de milhões, sentado na cadeira de rodas com acompanhante, a mulher, a filha, seja lá quem for. O médico só fala com o acompanhante. “Olha, ela precisa tomar o remédio, hein”. É impressionante como sentar na cadeira de rodas cria um sentimento de

infantilização na relação com o médico, que impede o médico de falar. A mesma coisa com relação aos gestores. Se o indivíduo bater na porta, ele vai sempre atender. Não tem gestor, nem público nem privado, que deixe de atender um cadeirante, uma criança com deficiência, um cego, não importa. Mas ele não leva a sério, ele atende, fica superpenalizado, mas não vai fazer nada porque ele acha que aquele indivíduo não é um cidadão de direitos. Não é detentor de direitos.

Uma das coisas que esse relatório fala é o investimento em programas de serviços para pessoas com deficiência, entendendo que há uma exigência de acesso a medidas específicas. Então, tratamento específico, reabilitação, serviços de apoio que é a questão de tecnologias assistivas, mas também um acesso garantido a serviços em geral. Esses dois pontos foram muito discutidos, olhando para a realidade dos estados, dos países e até enaltecendo algumas iniciativas, como no caso da Dinamarca, do México, e a própria Austrália, Nova Zelândia, que têm hoje programas muito diferenciados de atendimento na área de atenção básica, de cuidados domiciliares para pessoas com deficiência dentro da rede de Saúde. Mas eles ficaram absolutamente surpreendidos ao ver o quanto o Brasil tem dentro da área da Saúde, dentro dos sistemas convencionais o atendimento a pessoa com deficiência. Porque as redes de reabilitação, que também foram estruturadas quando José Serra era ministro e Fernando Henrique era presidente, estão dentro do sistema de Saúde, articulado com a Atenção Básica, ligada aos hospitais universitários, garantindo formação de recursos humanos, isso pela lei, pela legislação. Não é executável em todos os estados da mesma forma, mas em São Paulo esta rede felizmente vai muito bem.

Eu trouxe dois exemplos, para garantir como é que funciona esse acesso à Saúde ou para mostrar como pode ser a garantia. Todo mundo tem direito à cobertura vacinal e essa é uma das coisas que mais orgulha este país, porque isso efetivamente acontece e tem sido uma grande diferença na mortalidade infantil e nos cuidados à Saúde em geral.

As pessoas com Síndrome de Down, crianças, adolescentes, adultos e idosos, por condições da própria doença, exigem um calendário vacinal complementar. Então, São Paulo tem, desde 2008, um calendário vacinal complementar que oferece mais 18 vacinas ao longo do período, dos ciclos, seja para a criança, seja para o adulto, seja para o idoso. É uma cobertura vacinal diferenciada, no Centro de Referências de Imunização, e que isso foi um ganho a partir do movimento da Sociedade de Pediatra junto com a nossa Secretaria e ouvindo os próprios usuários. Isto tem significado de custo, 70 mil reais por paciente por ano. Mas o que diminuiu de internações por agravos respiratórios nos últimos anos, principalmente em adultos com Síndrome de Down, compensou. A gente não tem exatamente essa medida. Deveríamos ter, mas acompanhamos os registros. A verdade é que temos 300 mil pessoas com Síndrome de Down registradas em São Paulo e vacinamos, no ano passado, 600 porque o Brasil inteiro veio ser vacinado aqui. Mas de qualquer maneira é muito interessante como uma ação de ampliação de acesso, de garantia de cuidados ajuda a este grupo de pessoas a se sentir efetivamente com seus direitos contemplados.

Outra ação específica é a rede de reabilitação, que em São Paulo se chama agora *Rede de Reabilitação Lucy Montoro*. Esse nome foi dado em homenagem a uma pessoa que tinha um trabalho importante nessa área, que era esposa do ex-governador Franco Montoro, mas, sobretudo, porque a articulação que o serviço social tem dentro da estrutura de reabilitação é muito importante. A dona Lucy era uma assistente social muito ativa, trabalhou a vida inteira na área com uma visão social, uma visão antropológica muito forte. Porque a assistente social é a primeira pessoa que interpreta os direitos para o paciente. Quem passou pela área da Saúde, pelo menos uma vez, ouviu falar nos seus direitos, isso empodera o cidadão, isto o torna um consumidor mais exigente.

A rede de reabilitação por definição, por lei, está articulada com a atenção básica, então o calendário vacinal que ajudou a fazer a prevenção de doenças em pessoas com síndrome de Down um sucesso, um calendário de vacinas contra várias doenças respiratórias. As redes estaduais de atendimento a pessoa com deficiência, como exemplo, tem redes para a

deficiência visual, para deficiência auditiva, para deficiência física. E, só como lembrança, deficiência auditiva, o implante coclear muda a vida, não apenas da criança, mas da família. São Paulo, só no ano passado, fez 500 implantes cocleares. Foi o único estado que fez implante coclear porque no governo do Temporão, ele tirou o financiamento específico desta área. Então como não tem financiamento específico, de novo, o gestor fica na dúvida: pago o implante coclear ou pago a quimioterapia. São Paulo continuou pagando e realmente, quer dizer, o custo benefício desta medida é imenso porque, ao tirar a criança da surdez, você a devolve para a escola, lhe dá condições de vida. Você faz uma ação realmente de fortalecimento deste indivíduo, de empoderamento e de inclusão social.

A rede de reabilitação, que talvez seja mais completa pela complexidade do atendimento, tem como característica seguir todos os mecanismos, todos os parâmetros, todos os pilares do SUS e cria mecanismos para a organização e implantação dessas redes a partir da determinação que se faz as secretarias de estado, dentro dos parâmetros da NOAS, do NOB, dos planos de regionalização. Ela tem o primeiro nível de referência, que é intermunicipal, que está associado com a Atenção Básica. Tem o serviço de reabilitação física, que é o nível intermediário. Tem os serviços de referência em medicina física e reabilitação, que é o serviço de alta complexidade, que é o topo da pirâmide. E tem os leitos de reabilitação.

Os serviços de referência, que é o topo da pirâmide, estão sempre dentro dos hospitais universitários. A concepção da rede pedia que eles estivessem dentro dos hospitais universitários exatamente para formar recursos humanos. Então o nível intermediário tem um grupo de profissionais de recursos humanos mais restrito. No nível intermediário há uma equipe que é praticamente completa, você pode abrir mão ou do assistente social ou do psicólogo, dependendo do tipo de paciente que se vai atender. No caso da fonoaudióloga e do terapeuta ocupacional, também se pode substituir um pelo outro, dependendo do tipo de paciente que se vai atender. E o serviço de referência, que é o topo da pirâmide, que está inserido nos hospitais de ensino, hospitais universitários, esse sim precisa ter todos os profissionais. No HC, em São Paulo, ainda acrescentamos, aos oito profissionais que já estavam incluídos na rede, os técnicos esportivos que eram considerados profissionais de nível médio, agora são considerados de nível superior, porque acreditamos na força do condicionamento físico como forma de recuperação. Não é obrigatório na rede, mas em São Paulo todos os hospitais têm. Para conseguir que esta rede fosse efetiva desde os cuidados intensivos, o nível de referência, o nível de atenção terciária atua no nível hospitalar com os leitos de reabilitação e no nível ambulatorial. É o único dos níveis que prevêem atendimento para as fases agudas.

Assim, temos um hospital que hoje é referência para o atendimento de reabilitação no estado de São Paulo, principalmente dando retaguarda aos centros de reabilitação no interior, que é o *Centro de Reabilitação Lucy Montoro*. É um serviço realmente altamente qualificado, sofisticadíssimo, com 80 leitos, com todas as tecnologias para diagnóstico e tratamento. Ele foi implantado por R\$ 52 milhões, mas custa três milhões por mês. Quer dizer, ao final de cada ano você constrói quase que meio hospital. Em dois anos gasta-se mais do que a construção e o equipamento dos hospitais. Para mostrar que realmente a questão da Saúde não é o investimento, é o custeio. Deve ser por isso que todo mundo fica inaugurando as coisas no final da gestão. Deixa para o outro o custeio.

A rede está distribuída aí pelo interior. Em São José do Rio Preto, vamos inaugurar agora. São José dos Campos, Fernandópolis. Ribeirão Preto é um espetáculo, funciona muito bem, dentro da nossa USP lá de Ribeirão Preto. Campinas, Presidente Prudente, Botucatu, Santos, Sorocaba, enfim, está bem distribuído. Ela tem uma boa regionalização.

A melhor estratégia que usamos para garantir acesso foi chegar até o paciente. A dificuldade que temos para alcançar um posto de Saúde e o professor Adib Jatene, de maneira absolutamente correta, generosa e inteligente dizia, o melhor posto de Saúde é aquele que você chega a pé. Imagine, se para qualquer pessoa o acesso já é muitas vezes difícil, imagine para quem não tem nem a prótese, nem a cadeira de rodas. E ao longo do

ano de 2009 a nossa unidade móvel percorreu quatro mil quilômetros. Em 2010, completou nove mil quilômetros. Quatro mil quilômetros a cada ano, atendeu cinco mil pacientes e vimos histórias interessantíssimas.

Como, por exemplo, um funcionário da prefeitura, de uma cidade próxima a São Paulo. Todos os dias os colegas da prefeitura iam a sua casa, retiravam um senhor bastante pesado, que era amputado bilateral, punham no carro, levavam até a prefeitura, ele exercia as suas atividades. No final do dia, pegavam o senhor, punham no carro e levavam para casa. Quando nós chegamos lá com a unidade móvel, ele disse “será que eu posso também me inscrever?” Respondi: “acho que sim, por que não poderia?” Ao longo de oito anos ele foi carregado pelos colegas de um lado para o outro sem nunca ninguém ter perguntado na prefeitura se ele tinha direito a colocar uma prótese ter SUS. A alegria deste homem quando se viu de pé emocionada.

Então essa questão de você alcançar as pessoas para atender as demandas de cadeira de rodas, ajuda a qualificar esse usuário, esse consumidor e trazê-lo para dentro do sistema. Essa iniciativa foi considerada pelo Banco Mundial a maior iniciativa para chegar às populações mais carentes. E ela está copiada agora na China, na Argentina, é um grande exemplo de acessibilidade. É uma unidade, enfim é um caminhão Scannia, é um cavalo Scannia. A unidade tem 15 metros, com todas as facilidades de uma clínica sobre rodas, garantindo dois consultórios, uma oficina ortopédica, inteiramente informatizada. Eu consigo falar com a minha unidade central de fabricação via internet. O que nós conseguimos resolver lá, mandamos as informações, no dia seguinte chega com a equipe itinerante. Hoje mesmo ela está lá em Presidente Prudente.

Temos feito um trabalho de resgate dessas pessoas. E fico impressionada. Existem pessoas que estavam há oito, dez anos esperando uma cadeira de rodas. Gravíssimo. Mas o pior, em Bauru encontramos pessoas que estavam há cinco anos esperando uma bengala. Uma bengala! Com processo aberto dentro do Departamento Regional de Saúde. Demonstrando como falha a informação. Estou falando de São Paulo, eu não gosto nem de pensar o que acontece no resto do país. Quer dizer, como falha a informação, como as pessoas não sabem, o operador do sistema não conhece. E o usuário do sistema também não conhece.

Portanto, garantia de acesso está estreitamente vinculada à informação. Nós só revert o quadro se a gente tiver usuário na porta. Enquanto não tínhamos as pessoas com deficiência circulando pelo estado, usando transporte que eles têm direito ao transporte gratuito, o Atende chegando na porta, a gente até achava que eles não existiam. Onde é que estão as pessoas? Tem esse pinguinho de gente. Hoje temos a exata dimensão de como eles estão presentes, como são exigentes e que sejam cada vez mais porque você qualifica, o sistema é para todos.

Ao melhorar o atendimento para a pessoa com deficiência, na verdade estamos resolvendo o problema de todos os outros pacientes. Se não tivéssemos discutido as questões que envolvem acesso, há 10 ou 15 anos, certamente hoje não teria nenhum idoso andando pela cidade. Porque o envelhecimento que cursa com um grau razoável de dificuldade de mobilidade foi muito contemplado graças a todas as discussões e mobilização que as pessoas com deficiência fizeram.

Essa unidade móvel que é realmente um exemplo em termos de política pública foi feita inteiramente com recursos doados pelo Ministério Público por conta das multas aferidas pela lei de cotas. Então, o Ministério Público nos passou o recurso e nós construímos essa unidade. Tem o elevador hidráulico, tem banheiro adaptado, tem consultório médico, sala de espera, oficina, uma oficina de finalização claro, e o atendimento que é realizado pelo médico, pelos técnicos de órteses e próteses, fisio, TO, enfermeiro e psicólogo. É um grande exemplo de acessibilidade. Ela é certificada pela ABNT pelo selo da acessibilidade. E onde a gente chega, a primeira visita que recebemos é sempre a do prefeito. Acho ótimo, eles são bem vindos. Eles vão visitar, conhecem, entendem o que é acessibilidade. E ficam pensando que é uma coisa muito complicada e, claro, você está atendendo o município dele, de alguma maneira ele também se sente prestigiado com isso. Mas é muito interessante você mostrar um bom exemplo de que é

possível você acessibilizar tudo. E não há razão para não querermos que a mobilidade urbana seja cada vez mais facilitada.

Certamente, o grande ganho que temos nesse país e precisamos proteger, eu sei que não dá para ter tudo pra todos, a gente cada vez tem mais a dimensão de que alguma coisa terá que ser diferenciada. Em algum momento, alguns dos atendimentos terão que ser mais definidos e dirigidos. Mas temos que entender o SUS como esse grande ganho social. Não existe nenhum programa social neste planeta que se compare a dimensão e a importância do que é o SUS.

Agora, para ser organizado, o acesso depende dessa estruturação e aí é o terceiro sentido do acesso. A gente está falando do acesso do ponto de vista de porta de entrada. Nós estamos falando de acessibilidade que é as condições que você oferece pra que você chegue lá. Mas tem a garantia do acesso a partir da organização, da hierarquização e este é talvez o grande desafio quando a gente está falando em acesso. Para garantir um atendimento de qualidade para todos, precisamos, acima de tudo, capacitar a porta de entrada. E este desafio da capacitação da porta de entrada que não pode ser feito sem incluir ou sem entender a dimensão do atendimento às pessoas com deficiência. Assim como os idosos, assim como as crianças, esses outros grupos, ainda que vulneráveis, ainda que também submetidos a algum tipo de negligência, estão mais assistidos do que as pessoas com deficiência.

A nossa meta, nestes próximos três anos, é cuidar da capacitação da Atenção Básica para que as pessoas com deficiência possam transitar nesta rede de maneira confortável. Saem, vão pra reabilitação, recebem o atendimento. Mas vai fazer o controle da infecção urinária na Atenção Básica, vai buscar o remédio para espasticidade no posto de Saúde porque não é possível você querer que todo mundo fique no centro de reabilitação. Não é possível e não é bom nem para o paciente, nem para o sistema. Então, esta garantia do Sistema Único de Saúde de preservação da autonomia, da defesa da integridade física tem sido uma das diretrizes, uma das discussões que fundamentam a prática da assistência à pessoa com deficiência no âmbito do sistema.

Para complementar, o que nós ganhamos dentro do sistema público e foi muito, de 1992 pra cá. Eu achei que ia me aposentar, ia ver meus netos crescerem, eu ia até dizer para eles não fazerem o curso de Medicina. Agora eu já digo para fazer. Eu acho que ganhamos muito. Não teve a mesma correlação na Medicina privada. E é muito interessante porque certamente as pessoas não se dão conta de que o paciente tem muita paciência com a gente, mas não é bobo. Ele tem paciência, mas não é bobo. Então ele usa o seguro privado, usando de artifícios que acabam sendo necessários. Ele muda o diagnóstico. Então o hemiplégico vai ao serviço de reabilitação porque ele tem dor no ombro, não porque ele tem hemiplegia. O lesado medular vai ao serviço de reabilitação porque ele tem uma dor não sei aonde. E como esses diagnósticos são sempre bem vistos pelo sistema privado, ele não tem problema em ser atendido, embora de forma fragmentada. Não tem nenhum serviço privado que ofereça as condições de atendimento que hoje o serviço público oferece.

O que é bom por um lado porque o serviço público dá a referência, ele diz “é isto”. É ruim por outro porque a gente acaba assimilando um grupo de pacientes que poderiam pagar. Isso onera o serviço, mas é universal, todo mundo tem direito. A gente entende também que esse paciente agrega qualidade, agrega valor. Ele é um formador de opinião. Ele fala por nós. Ele passa a ser um arauto do nosso trabalho, da nossa qualidade que nos ajuda a perpetuar esse sistema. Mas tem um componente de injustiça aí, injustiça econômica porque ele pagou por um sistema e não foi atendido. Ele pagou por um seguro e não foi contemplado e aí ele usa os recursos da Saúde pública. E que ele também paga e que ele também tem direito.

Então alguma coisa está errada nesse universo, mas do ponto de vista de acesso, de garantia de qualidade, de rede de serviços, o serviço público está muito superior em termos de atendimento aos seguros privados. Os pacientes pagantes que independem das seguradoras têm acessos a alguns serviços, mas nenhum dos serviços e alguns deles que eu mesma ajudei a montar – ajudei a montar o do Einstein, ajudei a montar o do Sírio-Libanês



- têm a qualidade e o atendimento que se tem hoje no serviço público. O que para mim é uma grande alegria, é um grande orgulho.

E eu vou dizer por quê. Porque não existe mudança, não existe conscientização apenas com discurso. Você precisa ter a prática. Enquanto o estado relegou o atendimento das pessoas com deficiência a filantrópicas, e eu aplaudo estas filantrópicas que fizeram o papel do estado durante muitos anos, APAE, Pestalozzi, AACDs, merecem todo o nosso respeito. Mas enquanto o atendimento esteve fora da rede de Saúde, apartado, tratado como um programa baseado na filantropia, nos chás, nos desfiles de moda, não havia um olhar, um sentimento de cidadania por parte das pessoas com deficiência e seus familiares. O estado, ao estender o braço, ao atrair essas pessoas, ao dizer isto é responsabilidade minha, ele realmente fez a diferença. E a diferença é tão marcante que neste estado nós usamos de uma rede tão diferenciada que acaba sendo quase melhor do que os atendimentos prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde. Quase melhor, não é melhor. Mas quase melhor porque ele envolve um número enorme de profissionais altamente capacitados que produzem atendimentos qualificados. Atendimentos que não têm correlação com os oferecidos nos serviços privados.

E porque nós temos um perfil de qualidade que hoje é realmente notório em todo o país, recebemos pacientes do Brasil inteiro e até de fora do País. O que também não me dá nenhuma alegria, mas ainda assim é melhor que a gente possa atendê-los porque eles saem daqui levando para os outros estados esta dimensão de que é possível sim fazer e fazer bem feito. Esta prática, este exemplo do cotidiano é que dá a dimensão para o paciente e seus familiares de que realmente existe uma preocupação social com relação à questão da deficiência.

Portanto, discursos que são importantes, campanhas que são extremamente necessárias, a conscientização que se pretende que a sociedade tenha sobre a questão dos direitos e sobre a qualidade no atendimento, a garantia no acesso para ser real, para fazer a mudança, para que os comportamentos sejam realmente alterados, depende de prática. Se o discurso não tiver alinhado à prática, a gente não vai fazer a mudança do acesso. E a abrangência que a gente espera desse sistema, a necessidade de atingir, alcançar um número maior de pessoas depende um pouco de nós, dos operadores que estamos na ponta, com iniciativas criativas, com a busca de soluções e com a mudança de atitude.

Eu digo que há uma questão geográfica: a gente olha para o melhor da cidade em termos de bairro, é onde estão os hospitais, mas não é onde estão as pessoas. Não foi errado, não foi ruim porque trazer os hospitais públicos para a região mais elegante da cidade - são sete, oito, nove hospitais públicos na faixa ao longo da Avenida Paulista - nós também trouxemos a oportunidade da classe média usar os serviços e a classe média qualifica os serviços, ela é mais exigente. Mas não pode ficar por aí. Qualificou, está bom, mas agora, vamos atender a quem precisa.

Isso me faz lembrar da área da educação, onde a classe média, ao abandonar a escola pública, permitiu que esta chegasse a esse ponto. A gente precisa que os cidadãos de bens, de bem e de bens, os dois, usem o sistema público. É muito importante. O que não pode é ser exclusivo senão ele deixou de ser público e passa a ser para um público.

Trazer a questão do atendimento à pessoa com deficiência para dentro do Hospital das Clínicas não foi fácil, foi uma barreira. Quando o Hospital das Clínicas, na figura do Dr. Humberto Novaes, uma figura inquestionável, lembrou, pensou "vamos trabalhar essa questão da pessoa com deficiência",

copiando inclusive o modelo americano que era absolutamente inovador, pioneiro naquela época. Dr. Humberto, com uma visão grande, não conseguiu fazer dentro do hospital, teve que fazer lá no bairro da Vila Mariana. Só não era mais longe porque eles não tinham um endereço mais distante. Senão eles tinham posto lá em Camanducaia. Agora eu estou achando que ficou perto. Essa história do metrô atrapalhou tanto, ficou muito perto do hospital. Eu gostava quando era longe. Essa dimensão de trazer a pessoa com deficiência ajudou o hospital a se organizar para atender o doente crônico. O hospital passou da fase de entender trauma agudo,

## Se o discurso não tiver alinhado à prática, a gente não vai fazer a mudança do acesso

doença aguda de uma maneira muito suave. O que não aconteceu ainda em muitos dos hospitais de ensino e os hospitais universitários do nosso país.

E a dinâmica da doença crônica ou degenerativa nesse relatório que, aliás, é um relatório maravilhoso, quem tiver a chance de olhar está no *site* da Organização Mundial de Saúde, mas também tenho alguns exemplares, esse relatório fala exatamente a dinâmica das doenças crônico-degenerativas. Do quanto a Saúde evoluiu, a Medicina evoluiu no sentido de dar para essas pessoas a oportunidade de sobrevida, mas a custo de alguma seqüela. Portanto é nossa obrigação fazer com que o investimento feito no tratamento dessa doença vale a pena. Para valer a pena precisa ter reabilitação. Pra valer a pena o que se gastou no atendimento do trauma, no atendimento da doença crônica degenerativa. A gente precisa garantir que esse paciente tenha oportunidade de ser reabilitado e de voltar pra sociedade. Para devolver para a sociedade na forma de trabalho aquilo que a sociedade investiu na forma de Saúde.

Isso só vai acontecer quando a gente garantir uma estreita articulação em todos os hospitais. Para que o indivíduo que chegue à UTI já tenha a perspectiva de chegar para a reabilitação e de forma absolutamente simultânea. Não é seqüencial, é simultânea. Ele está sendo visto na UTI e está sendo visto com vias às suas necessidades de reabilitação. Para encurtar o tempo. Pra garantir que essa agilidade se traduza em mais inclusão, em mais participação social, menos custos e mais conforto para a família porque eles sim são os grandes afetados. Nesse relatório, a Organização Mundial de Saúde estima que para cada pessoa com deficiência haja o impacto direto de 1,8 pessoas e de 20 pessoas no entorno. Que é exatamente o que a gente observa: a mudança que acontece na estrutura familiar, as perdas, as negligências, quando não tem um bom programa de reabilitação.

Se o acesso é importante para todos, certamente para estas pessoas têm um sentido muito especial porque é o acesso do ponto de vista de existir o serviço, de o serviço ser acolhedor, do serviço estar preparado. E a acessibilidade do meio físico e acessibilidade nas comunicações estar garantida para que o paciente possa desfrutar do atendimento. Esse acesso que tem a ver com a capacidade de absorção dos serviços não pode de forma alguma esquecer que a absorção do usuário e a oferta do serviço precisam privilegiar também a pessoa com deficiência.



# Custos no Mercado da Saúde

## Custos e benefícios da implantação do pagamento por desempenho aos serviços hospitalares

### EM UMA CADEIA

de valor, na qual nós todos brigamos pelo mesmo dinheiro, competimos uns com os outros. Não só os hospitais e as operadoras de Saúde, mas também a indústria, o médico e nós acabamos não tendo um sistema voltado para aquilo que é melhor para o paciente, melhor para a população, do ponto de vista de Saúde.

Miguel Cendoroglo  
Neto

Hospital Israelita Albert  
Einstein

De alguma forma, o colapso econômico desse sistema tem nos forçado a rediscutir tudo e acho que do lado dos hospitais existe uma maturidade. Devo até falar aqui neste sentido, não somente como representante do Albert Einstein, mas como alguém ligado à ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. Esse assunto é levado muito a sério pela Associação. Ela está muito engajada na discussão do grupo de trabalho sobre novos modelos de remuneração organizada pela ANS, onde temos um representante que é o Dr. Ari Ribeiro, antes no Procardíaco, atualmente no Einstein também. Mas ele está lá representando a Associação e seus 40 hospitais, todos acreditados em termos de qualidade. E a posição da ANAPH nesse sentido é de que nós temos que ter um sistema de remuneração que *empacote* tudo o que for possível. Acho que essa é a idéia, é a proposta do Dr. Maurício Ceschin, e ela tem o apoio da ANAHP nesse sentido. Um sistema que tenha, portanto, previsibilidade e que alinhe os incentivos para médicos e hospitais. Atualmente penso – e talvez todos aqui tenham essa percepção – que o sistema não é alinhado.

Naquilo que pretendo mostrar talvez haja também um pouco de experiência de um novo modelo de prática que temos no hospital, sem fazer *merchandising* da organização. São as nossas experiências. Agora, fica patente que o sistema de remuneração atual diverge em alguns pontos com relação às operadoras, aos hospitais e também com relação ao médico.

Tenho filosofado um pouco, discutido com colegas a respeito dessa questão e hoje tenho uma fé, ou um credo, de que o médico não é esse vilão que se pinta. O médico não é o culpado de tudo. Ele só não tem voz, não tem conhecimento, não tem a linguagem administrativa, financeira e ele é um ser muito solitário. E esse médico é alguém formado em um ambiente muito competitivo, desde a época do vestibular. Portanto, hoje, ele não sabe trabalhar em equipe, ele não está habituado a trabalhar dentro de um hospital, dentro de um time assistencial. Ele não sabe se relacionar com a operadora. Ele acha, acredita, tem fé de que ele é a única pessoa que está ali para defender o paciente e que está todo mundo contra isso e que, principalmente, a operadora está contra o paciente. E acho que isso explica muito dos comportamentos. Agora, ele é alguém, principalmente nesses hospitais da ANAPH – ou em muitos hospitais universitários – muito bem informado, que investiu muita energia, dinheiro dele mesmo, do bolso, na sua formação e na sua educação continuada. De fato, ele continua estudando a vida inteira

e esse estudo é bancado pelo bolso dele. E depois dele investir tanto dinheiro, tanta energia, tanto esforço, quem somos nós pra dizer a eles como é que eles vão praticar. Acho que isso explica também muito da insatisfação que se percebe hoje na profissão.

Algumas conclusões: eles têm uma carga de trabalho excessiva, com muitos empregos, mercado de trabalho competitivo demais, a remuneração vem caindo progressivamente. Existem dados apontando que, em 1998, 19% dos médicos recebiam mais do que quatro mil dólares por mês. No ano de 2005, 10% recebiam mais do que quatro mil dólares por mês. E isso trabalhando em vários empregos, habitualmente. Há um crescimento exponencial do conhecimento médico, uma dificuldade de atualização, uma tendência à super-especialização, uma dependência de benefícios da indústria, a gente olha e fala “que coisa feia, né?”, mas nenhum médico gosta de ter que depender da indústria, na verdade. Há uma relação conflitiva com as operadoras e uma deterioração da relação médico-paciente. E eles percebem que a sociedade como um todo vem tendo uma percepção cada vez pior da profissão médica.

O que temos que fazer então para resgatar o médico para o sistema? Particularmente os hospitais que viraram as costas para os médicos no passado e foram cuidar da sua remuneração e esqueceram que o médico era parte integrante desse complexo de prestadores. Recomendo a leitura de uma série de artigos que saíram na *Harvard Business Review*, de abril de 2010. Essa revista é publicada em português há algum tempo. O líder desse grupo de autores é o Thomas Lee, que é o diretor médico do Partners. Trata-se de uma associação médica que inclui o *Brigham and Women's Hospital* e o *Massachusetts General Hospital*, que são os dois melhores hospitais dos EUA. E ele convidou algumas pessoas importantes, autores importantes também nessa área, particularmente o Atul Gawande, que é um nome muito conhecido, amigo do Obama. Hoje, ele é um dos consultores pessoais do presidente. E o que, resumidamente, se fala nesses artigos é qual o futuro da Medicina e o papel do médico nessa nova Medicina, nesse novo paradigma.

“O paciente em primeiro lugar” – tão óbvio, mas na verdade, se pensarmos bem, será que o médico hoje tem o paciente ou a sua prática em primeiro lugar? Ele corre daqui para lá, de lá para cá, tem que ver o próximo paciente. O anestesista, sai de uma sala, entra na outra, depois tem que ir para outro hospital. E às vezes não faz o antibiótico dentro da janela de uma hora antes da

incisão cirúrgica, que é o que o Atul Gawande recomenda no seu *check list*. Então, ele tem a prática dele em primeiro lugar, não é o paciente exatamente em primeiro lugar.

A segunda recomendação é o incentivo ao trabalho em equipe, particularmente na Medicina hospitalar. Isso exige um processo educativo, reeducativo do médico para ele assumir o seu papel de liderança no seu time assistencial.

A terceira é a busca pelo resultado clínico, para que se consiga atingir isso. Primeiro precisamos medir resultado clínico, porque muitos hospitais não medem. Não existe a obrigação de medir. Então por que se vai gastar dinheiro medindo isso? Não só medir resultado clínico, mas medir no nível da prática de cada médico. Temos que compartilhar esse resultado com o médico na busca de melhorias, não só para ele entender onde ele precisa melhorar, mas também para ajudá-lo na busca de soluções.

As outras recomendações são: incentivar a busca pelos melhores resultados e fazer tudo isso dentro de um ambiente de transparência. Quando, particularmente, os autores americanos falam de transparência, eles falam sobre cada um ter que divulgar os seus resultados. Os hospitais nos EUA já divulgam os seus resultados. Por isso, quando o Michael Porter ou a Regina Herzlinger vêm falar aqui no Brasil, eles falam sobre resultado e sobre o conceito de valor, como resultado sobre custo, etc. Nós podemos achar um pouco estranho, mas lá todos os hospitais já medem resultados, já existem *benchmarks*. Aqui ainda não temos isso, por essa razão tudo soa tão estranho. E quando eles falam de transparência lá, eles estão falando de ter esse resultado publicamente divulgado, sobre os hospitais e sobre cada médico também.

Em nosso hospital, temos cerca cinco mil médicos, sendo 85% autônomos e 15% contratados. Atendemos a um segmento da população no qual a maior parte tem planos de livre escolha. Então é o médico que traz o paciente ao hospital e isso confere um grande senso de autonomia. Há um Pareto do ponto de vista de distribuição da atividade desses médicos, 20% deles respondem por mais ou menos 90% do atendimento. E nós temos várias representações dos médicos nas instâncias decisórias do hospital e várias representações do hospital nas instâncias decisórias do médico.

Isso já não é uma realidade só do Einstein, existem várias trocas de experiências no âmbito da ANAHP. Existe o projeto *Melhores Práticas*, os projetos da organização do corpo clínico e organização assistencial, onde trocamos muitas experiências. Tudo isso que será mostrado aqui, já são práticas comuns, não do Einstein só, mas do Sírio-Libanês, do Samaritano, do Oswaldo Cruz, do Hospital do Coração e de vários outros hospitais fora de São Paulo também.

No perfil de distribuição dos médicos, temos uma população de médicos hoje que está na faixa de 40 a 55 anos, faixa de extrema produção na carreira deles.

Neste ambiente temos trabalhado em um sistema médico que busca a valorização do conhecimento. Temos o programa de educação médica continuada. Temos também uma valorização da organização da assistência nas especialidades - Cardiologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Urologia, Gastrocirurgia e Transplantes -, vimos então trabalhando em matriz há algum tempo, tentando organizar as especialidades dentro de um hospital muito verticalizado nas áreas de produção. Não consideramos mais só UTI, pronto-atendimento, clínica-cirúrgica, clínica-médica, mas sim cardiologia, Neurologia, etc.

Esse sistema também considera muito a meritocracia e daí vem o que eu vou demonstrar agora, o programa de avaliação de desempenho e um programa de relacionamento, num programa não de pagamento por desempenho, mas sim de reconhecimento por desempenho, uma vez que nós não pagamos os nossos médicos autônomos.

E a transparência que é nosso programa de *feedback*. Em torno desse valor da meritocracia, entendemos hoje no nosso mapa mental que medimos o desempenho do médico, essa mensuração do desempenho gera uma segmentação de valor. Então emprestamos aqui conceitos da área de marketing para fazer segmentação dos médicos e tratá-los de forma diferente.

Um reconhecimento baseado no valor. Quer dizer, privilégios e benefícios são acertados de acordo com a segmentação de valor. E isso leva a uma melhoria de desempenho e uma capacitação, uma melhor capacitação, melhor comportamento e obviamente depois a uma melhora dos indicadores de desempenho.

Começando pela educação médica continuada, montamos o nosso próprio sistema já alguns anos, nós estamos no nono ano com o programa de educação médica continuada, muito parecido com esse que o CFM hoje está implementando no país. E nesse programa, os últimos oito ciclos, houve um crescimento. E dos cinco mil médicos, conseguimos ter hoje participação de quase três mil. Além disso, oferecemos uma série de conteúdos, são muitas horas de aula e eventos para que eles possam se atualizar dentro do hospital.

Isso é importante para o próximo passo nessa construção que é a criação de uma referência de prática. Então, a partir de guidelines, diretrizes, padrões, legislação, etc., nós discutimos essas informações internamente e transformamos isso em políticas, protocolos, procedimentos aplicados nas nossas rotinas. Isso depois é sujeito a auditorias e uma controladoria, tanto no nível dos serviços do hospital, quanto no nível dos médicos. Os indicadores de adesão e resultados depois são passados de volta para os médicos através de ações de feedback e dessa forma a gente entende que fecha um ciclo de melhoria contínua. Essas referências de conhecimento e padrões são todos organizados num site de diretrizes assistenciais no qual hoje a gente procura trabalhar com algoritmos para facilitar o entendimento e o acesso aos médicos.

Além das diretrizes, como eu falei, a gente organiza também a atividade assistencial em torno das especialidades. Do ponto de vista de negócios, a gente seleciona algumas especialidades que são consideradas estratégicas porque elas geram mais internações. São áreas de negócio mais interessantes porque tem altas receitas, altas margens, isso também está associado a maior mortalidade, onde a gente precisa ter mais atenção do ponto de vista assistencial.

Assim, a partir dessa padronização, desses referenciais de protocolos, fazemos auditorias e medimos a qualidade médica. É lógico que para o hospital também é importante a fidelidade dos médicos. O nosso sistema de avaliação de desempenho considera indicadores de fidelidade, que são mensurados e acompanhados pela nossa área comercial, mas ela trabalha numa parceria muito estreita com a área médica onde medimos vários indicadores qualitativos da atividade médica. Os indicadores de fidelidade considerados são: volume de atendimentos, não só nas internações, mas na área ambulatorial; consultórios; exames pedidos, área de Medicina diagnóstica, Medicina preventiva; diálise; quimioterapia; e assim por diante.

Essa fidelidade gera uma pontuação. Para isso, utilizamos uma consultoria, até para ficar claro que não há nenhum tipo de preferência para algum médico e isso é feito de forma externamente técnica e transparente. Essa pontuação, esse *score* que é gerado a partir dessa atividade do médico, depois, sobre esse *score*, somamos um bônus percentual. Esse bônus percentual vem de uma série de indicadores da avaliação qualitativa do médico. Isso gera uma pontuação final e, a partir dela, ranqueamos os médicos de cada especialidade e isto gera depois uma segmentação em quatro camadas, que talvez pela influência de nossa área de marketing, chamamos de AAA, A, B e C. É a partir dessa segmentação que é adotada uma série de privilégios, adequados para cada segmentação.

No que diz respeito a esse bônus percentual, a essa análise qualitativa da atividade médica, no ano passado foram esses indicadores que usamos. Assim, protocolos, por exemplo - e foram medidos vários - tinham peso de 20% sobre aquela pontuação, mas só 3% dos médicos, dos cinco mil médicos, foram medidos por algum desses protocolos, que eram: infarto, AVC, e insuficiência cardíaca. Um pediatra nunca vai ser pego em um protocolo desses. Agora estamos implantando novos protocolos esse ano, particularmente o *check list* cirúrgico e um protocolo sistêmico de trombose venosa profunda. Esperamos que essa representatividade para o próximo ciclo suba para cerca de 30%.

Adesão às rotinas da farmácia: albumina, antibiótico por profilaxia, antibiótico por terapia de no máximo 14 dias, tiveram peso de 20%, com 28% de representatividade no modelo de pontuação. Preenchimento do prontuário: praticamente todos os médicos que tiveram pelo menos uma internação, tem uma avaliação de prontuário. Isso tem uma cobertura grande dos médicos, 61%. Educação médica continuada, 100% de cobertura, porque ele pontuar de dois mil pontos, e num sentido contrário, até zero. Então, mesmo quem não pontua, acaba sendo avaliado.

Alta antes das dez, que foi um parâmetro muito importante para nós no ano passado, por conta da superlotação do hospital, e o comportamento que diz respeito a tanto elogios quanto queixas de pacientes, de funcionários, aquele médico ríspido com a enfermeira, isso gera um registro e isso perde ponto no nosso programa.

Essa pontuação gera a segmentação referida do ano passado. Os números mudaram um pouco esse ano, agora são 4% de AAA e mais 16% de As. Ou seja, 20% dos médicos são responsáveis por 85% do nosso faturamento ou do nosso volume de internações. Então a gente tem realmente uma distribuição de Pareto.

Só pra dar uma idéia de como diferenciamos os privilégios e benefícios, são vários: retaguarda do pronto-atendimento, indicador médico para os pacientes que ligam pedindo uma indicação, vários descontos se o médico precisa fazer um curso no instituto de ensino e pesquisa. Fica demonstrado que quando o médico é paciente, quando ele precisa utilizar o hospital para uma internação, ou pra fazer um exame, a exemplo do que o Fleury faz com médicos que são maiores ou menores usuários. Então, o AAA tem mais descontos, tem até um avelazinho de graça todo ano. Isso aqui eles valorizam muito, quer dizer, o desconto não é só para ele, mas para o cônjuge, filhos e até para os pais. E eles dão muito valor. Todo mundo quer ser AAA, é muito positivo ser AAA.

Olhando, o que acontece do ponto de vista de distribuição deles com relação a esses indicadores qualitativos e quantitativos, novamente a maior parte de internações está nos dois segmentos, AAA e A. Eles têm maior pontuação no programa de educação médica continuada. Prontuário não é muito diferenciado, na verdade, talvez aqui os mais jovens, que estão no segmento B, preenchem até um pouquinho melhor, mas a adesão a protocolos é melhor nesses médicos AAA e A e a prescrição a medicamentos também.

Todos estes benefícios estão acessíveis para cada médico através de um programa de relacionamento *online*. Agora, mais importante, esse programa já tem oito anos e nós não nos sentíamos bem com ele até uns quatro ou cinco anos, até que começamos a fazer o seguinte: passamos a gerar uma imagem muito parecida com um boletim escolar, em que se tem, para cada disciplina, ou pra cada um daqueles itens de avaliação, uma nota para o médico, a média e o valor máximo da especialidade para que ele esteja sempre em busca de uma referência de melhoria. E ele recebe todo ano uma carta nossa, mostrando como é que está o desempenho dele. E aí fecha-se um ciclo em que ele entende porque está sendo melhor ou pior avaliado e começa a apresentar uma mudança de comportamento para melhor.

Mas, o mais importante, não estávamos muito satisfeitos ainda com este programa há quatro anos, assim, demos início a um novo projeto chamado *Feedback*. O contexto da época era o seguinte: várias operadoras conversaram conosco, isso aconteceu em vários hospitais, no final de 2006 e começo de 2007. Todo mundo estava em uma situação econômica difícil, hospitais e operadoras. E as operadoras disseram o seguinte: *sabe, esse negócio que chama pacote, na verdade entendemos que é um embrulho. Quando o paciente faz uma colicistectomia e o médico resolve usar uma tesoura Ultrascision, que é uma tesoura caríssima - ela responde por quase 30% do custo de uma colicistectomia, só uma tesoura. E ela vai para o lixo depois do procedimento, pois é descartável. Quando o médico resolve fazer isso, vocês, hospital, cobram isso da gente, fora do pacote. Então isso é um embrulho e não um pacote.* E aí fomos pressionados pela área comercial, pela área financeira, pelo diretor geral. Mas isso acabou funcionando como

se fosse um *empowerment*, porque nos permitiu começar a trabalhar de outra forma e de modo mais proativo junto aos médicos.

Fomos buscar um referencial para tratar os pacotes, quer dizer, são cinquenta pacotes de alto volume, na verdade cem pacotes que o hospital tem negociados com operadoras, cento e pouco, e desses pacotes, cinquenta representam o grosso do volume. Esses pacotes representam pouco do ponto de vista de faturamento, mas representam muito do ponto de vista de comportamento dos médicos. A maior parte do que se faz ainda é *fee-for-service*, mas começamos dentro do pacote a utilizar esse tipo de conceito emprestado da área de economia, o de *custeio-alvo*.

## Fomos pressionados pela área comercial, pela área financeira, pelo diretor geral

Digamos que tenho um pacote que vendo por um preço de cem reais. Se preciso de uma margem de pelo menos dez reais para pagar o meu salário, fazer ações de conhecimento, pagar limpeza de hospital, várias coisas que não são cobradas da operadora, preciso então de uma pequena margem de dez reais desses cem. Isso faz com que tenhamos um custo máximo admissível médio para a colicistectomia, de um médico, de noventa reais. Se, na média, a colicistectomia dele é mais do que noventa reais, a gente começa a perder dinheiro, o hospital começa a ter que financiar a prática daquele médico. Então, se está custando 95, eu tenho cinco reais para buscar. Esse é o custo-alvo ou o que nós, do ponto de vista de linguagem médica para efeito desse *feedback*, chamamos de *desvio*.

Um exemplo de como se faz um *feedback* de custos é o de um médico, cirurgião de cabeça e pescoço, e a cirurgia era a tireoidectomia. E ele tinha um desvio de 40%, ou seja, estávamos realmente pagando para ele fazer a cirurgia no hospital. Temos um outro médico, com um desvio negativo de 32%, quer dizer, além daqueles 10% de margem de que precisamos, ele está nos dando mais 32%. Os dois médicos são professores titulares de universidades diferentes, são eminências. Um é o médico que gosta muito de tecnologia, sempre usa tesoura *UltraCision*, sempre usa monitor de nervo, porque tem medo de causar uma lesão no nervo laríngeo recorrente, que deixa o paciente permanentemente rouco depois da cirurgia. E o outro é um cirurgião um pouquinho mais antigo. Ele nunca usou, e não gosta muito de tecnologia. Os dois têm resultados excelentes. Nunca tiveram complicação. Não se tem nenhuma queixa deles. No desvio geral do pacote de todos os médicos, nós estamos tendo prejuízo com esse pacote.

Quando falamos com esse médico, com quem o pacote de tireoidectomia dá prejuízo: *olha o resultado está assim.* A resposta é: *Mas eu sou um professor titular, o que você pensa que está falando? Não é possível que o meu resultado esteja ruim.* E aí, respondemos: *Não, calma, sou nefrologista, o que eu entendo realmente é de clínica. Estou aqui apenas para te ajudar com informação sobre seus custos.* O que um nefrologista pode ensinar para esse médico cirurgião de cabeça e pescoço sobre sua prática cirúrgica? Nada. Podemos apenas passar as informações e responder as perguntas sobre os custos. E acho que essa foi a grande sacada deste programa em que se preserva o senso de autonomia e de autoridade do conhecimento do médico. Nós só trazemos informação. E ele é quem tem a iniciativa de perguntar. Nós podemos abrir isso por diária, ou por materiais. Pode abrir item por item.

Por exemplo, em outro tipo de procedimento, a hemorroidectomia. Não se identifica o nome do médico, então existe sempre confidencialidade. O que está fazendo um médico desviar e ter um resultado ruim? Este é um procedimento-dia e ele está deixando o paciente às vezes, 50% das vezes, ficar um dia a mais, pernoitar no hospital. Ele também está usando vários

materiais descartáveis que não estão previstos normalmente no pacote. Se ele acertar a diária e não usar mais com tanta frequência aqueles materiais descartáveis, ele vai de 29% para menos 5% de desvio, quer dizer, ele tem uma melhoria importante. Então nós mostramos o caminho para ele. Além disso, é importante enfatizar que ele não recebe nenhum incentivo do hospital, nem financeiro e nem mesmo na segmentação, nós só damos a informação.

O que acontece? Eles começam a melhorar e a reduzir o custo. A mesma coisa nós fazemos com a qualidade. E em termos de volume, estamos com cerca de 800 e poucos *feedbacks* realizados. Do ponto de vista de resultados, do antes e depois do *feedback*, é isso que se observa. Melhora do preenchimento do prontuário, na média geral aqui de 91% para 96%. Esse efeito tem sido medido desde 2008 e ele continua melhorando. Melhora da adesão dos nossos protocolos de infarto, insuficiência cardíaca, AVC e uma redução dos nossos custos nos pacotes. Essa redução hoje, em geral, fica em torno de 7 a 8%, o que acaba representando um valor expressivo para o hospital.

Fizemos recentemente uma pesquisa de satisfação com eles em relação ao *feedback* – isso é importante – e 100% acreditam que *feedback* pode exercer uma influência na prática da sua Medicina. Temos também ações semelhantes com os médicos contratados nas quais vamos um pouquinho além na avaliação, que inclui uma prova teórica todo ano, mas tentando seguir a mesma filosofia de avaliação dos médicos.

Essa experiência tem demonstrado aquela idéia de que o médico é uma pessoa do bem, ele quer defender o interesse do paciente. Ele incentiva e nós acreditamos que eles podem ajudar, mas acho que talvez um passo antes do incentivo seja o educativo e de estruturação de um sistema que permita que possamos trazer informação sobre a prática deles. Uma frase que ouvi algumas vezes deles é: *obrigado, é a primeira vez que alguém, ou uma instituição, eu não tive isso na universidade, nem em nenhum hospital. É a primeira vez que alguém cuidou de medir a minha prática e me dar feedback e eu sou muito agradecido por isso*. Acho que essa experiência demonstra isso. Talvez nós precisemos mais de informação do que de incentivo financeiro para promover uma melhoria da prática.



Centro de Estudos em Planejamento  
e Gestão de Saúde da EAESP

### NÚCLEO DIRETIVO

Ana Maria Malik - Coordenadora  
Álvaro Escrivão Junior - Coordenador Adjunto

### COMITÊ ASSESSOR

Djair Picchiai  
Luciano Eduardo Maluf Patah  
Lucila Pedroso da Cruz  
Luiz Tadeu Arraes Lopes  
Márcio Vinícius Balzan  
Vanessa Sayuri Chaer Kishima  
Wilson Rezende Silva

### SECRETARIA EXECUTIVA

Cynthia Ferreira Costa  
Isabella Fumeiro  
Leila Dall'Acqua

## Debates GV Saúde

**Editor Executivo:** Rubens Baptista Júnior  
**Coordenadora de Arte:** Libânia Rangel de Alvarenga Paes

*Debates GV Saúde* – Número 12 – novembro de 2011 – é uma publicação interna do *GVsaúde* da FGV-EAESP ■ endereço: Avenida Nove de Julho, 2029 – 11º. Andar – CEP: 01313-902 – São Paulo-SP – telefone: 11 3799-7717 – e-mail: gvsauade@fgv.br – endereço eletrônico: www.fgv.br/gvsauade ■ redação: Rua Professor Picarolo, 163 – Cj: 74-E – CEP: 01332-020 – São Paulo-SP ■ jornalista responsável: Rubens Baptista Júnior – MTB: 14 880 ■ preparação de textos: *Bureau Cultural* – e-mail: imprensa@rubens.med.br ■ arte e produção gráfica: *Woz Comunicação* – e-mail: comunicacao@woz.com.br ■ A revista reproduz as apresentações dos debatedores do 12º. Semestre de *Debates GVsaúde*, realizado na FGV-EAESP, entre março e junho de 2011 ■ Os textos assinados são de responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente, a opinião da revista ■ É proibida a reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação, sem a autorização expressa do editor ■ Distribuição em circuito interno.

12º Semestre de Debates GVsaúde

# O Desafio do Sistema de Saúde Brasileiro

**28/03/2011 - Leandro Reis Tavares**

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

**Moderador**

Álvaro Escrivão Júnior - FGV-EAESP/GVsaúde

**27/04/2011 – Adib Domingos Jatene**

Hospital do Coração

**Moderador**

Wilson Rezende Silva - FGV-EAESP/GVsaúde

**25/05/2011 – Januario Montone**

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

**Moderadora**

Ana Maria Malik - FGV-EAESP/GVsaúde

**25/11/2010 - Linamara Rizzo Battistela**

Secretária de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência

**Moderadora**

Lucila Pedroso da Cruz - PROAHS - HC FM USP



Centro de Estudos em Planejamento  
e Gestão de Saúde da EAESP