

# Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ■ Primeiro Semestre de 2012 ■ Número 13

## Acesso e Regulação no Setor Público e no Setor Privado

---

# Debates GVsaúde

---

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP • Primeiro Semestre de 2012 • Número 13



Centro de Estudos em Planejamento  
e Gestão de Saúde da EAESP

---

# Sumário

---

Ponto de Vista 4 Ana Maria Malik

## Marco Legislativo: SUS e Saúde Suplementar

Marco Legislativo:  
SUS e Saúde Suplementar 5 Álvaro Escrivão Junior

Contexto e inovações na Saúde 6 Luciana Cugliari

Os Prazos de Atendimento 11 Carla de Figueiredo Soares

## Dupla Porta: A Visão do Setor Público e do Setor Privado

Dupla Porta: A Visão do Setor Público  
e do Setor Privado 14 Wilson Rezende Silva

Um Enfoque Público 16 Anna Trotta Yaryd

A Medicina de Grupo 16 Wagner Barbosa de Castro

## Regionalização e Racionalização dos Recursos Assistenciais

Regionalização e Racionalização dos  
Recursos Assistenciais 21 Álvaro Escrivão Junior

A experiência da Qualicorp 22 Ricardo Attanasio Taboada Ramos

## Cenário para Regulação e Acesso

Cenário para Regulação e Acesso 27 Ana Maria Malik

A perspectiva do Idec 27 Juliana Ferreira Kozan

O Projeto Diretrizes 29 Nathalia Carvalho de Andrada



# Editorial

Ana Maria Malik

GVsaúde FGV-EAESP

## É COM GRANDE

alegria que voltamos a colocar à disposição de nossos leitores um Debates GVsaúde em versão escrita, com o tema Acesso e Regulação no Setor Público. Afinal, um dos pontos básicos da lei 8080/1990 é o acesso universal dos cidadãos à saúde (por muitos, isso vem entendido como a todos os seus bens e a todos os seus serviços). Por outro lado, qualquer sistema de saúde, público ou privado, tem como um de seus fatores seja de eficiência, eficácia e impacto, a regulação.

No primeiro semestre de 2011 ocorreram dois importantes marcos legislativos no SUS, um deles, o Decreto 7508 de julho 2011, que se propõe a definir o que cabe na “integralidade” e o outro a RESOLUÇÃO NORMATIVA 259, da ANS. Tivemos assim a oportunidade de debater com nossa platéia esses documentos logo que saíram, com um dos diretores da ANS e com uma das advogadas envolvidas na área do direito sanitário. Desde forma, como competiria a qualquer debate deste teor, ambos interessados tiveram o mesmo espaço, tanto o SUS quanto o setor privado. O moderador deste tema controverso foi o professor Álvaro Escrivão Jr, sanitarista e grande estudioso da saúde suplementar.

Não menos delicada foi a segunda discussão, sobre um tema de há muitos discutido e a cada vez com menos consenso. Com frequência, pelo setor público o assunto vem tratado por operadores do direito e pelo privado muitos são os que o implantam e poucos os que se sentem à vontade em defendê-lo. Tivemos, assim, uma representante do Ministério Público e um participante da ABRAMGE. O acalorado debate foi mediado pelo economista e professor do GVsaúde Wilson Rezende Silva.

Embora regulação seja entendida também como regionalização e racionalização, há quem diga que em países europeus a questão já esteja definida. No entanto, não se pode dizer o mesmo sobre o Brasil. Nossos convidados foram o Secretário de Estado da Saúde de São Paulo e um dos responsáveis pelo tema numa das empresas que desenvolveu uma rede considerável para o assunto no país. Chamou-nos a atenção perceber o quanto as visões idealmente confluentes acabam por ser... paralelas. Mais uma vez, o professor Álvaro brilhou a noite colocando provocações pertinentes.

Nosso último debate do semestre considerou as perspectivas futuras: convidamos uma das responsáveis pela implantação do projeto diretrizes, relevante programa da AMB/CFM, que tenta uniformizar condutas na medida do possível independente de onde se procure serviços médicos e uma representante do IDEC, que fala em nome do consumidor, em última instância aquele em nome de quem se fala, mas que com muita frequência é esquecido, muito mais na prática que nos discursos de técnicos, e políticos. Para completar esse debate, também sua moderadora foi mulher, a professora Ana Maria Malik. No entanto, além do gênero, uma de suas linhas de pesquisa é voltada à satisfação do usuário.



# Marco Legislativo: SUS e Saúde Suplementar

Álvaro Escrivão Junior

GVsaúde FGV-EAESP

## SOU PROFESSOR

da FGV-EAESP e Coordenador adjunto do GVsaúde. Tenho a tarefa de moderar o primeiro debate da série do 13º semestre de Debates, que aborda o acesso e a regulação no setor público e no setor privado.

Contamos hoje com a presença de Luciana Cugliari, diretora do Instituto do Direito Sanitário Aplicado - IDISA de Campinas, que é uma organização não governamental parceira da UNICAMP em curso de especialização em Direito Sanitário. Ela é graduada em Direito e tem mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Tem experiência na área de Direito, atuando mais em Saúde Coletiva, Saúde do Trabalhador e Epidemiologia.

Está também conosco Carla de Figueiredo Soares, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. O GVsaúde é um centro colaborador da agência e mantém com ela uma antiga parceria. A Carla foi nossa aluna no curso de especialização e é diretora adjunta da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS. É formada em Comunicação Social e em Direito pela PUC-MG, pós-graduada em Direito Público pela Universidade Gama Filho e em Regulação em Saúde Suplementar pela Fundação Getúlio Vargas e Hospital Sírio-Libanês.

O que motivou este 13ª. debate foi a incessante incorporação de tecnologia na assistência à Saúde e a constatação que está cada vez mais difícil garanti-la para todas as pessoas, seja no SUS, seja no setor de Saúde Suplementar.

Porém, existem esforços que estão sendo feitos pelo Ministério da Saúde e é isso que vamos discutir na apresentação da Luciana Cugliari. Existe também um esforço da ANS de tentar garantir o acesso aos

serviços de boa qualidade, dentro do prazo oportuno para todos os beneficiários de planos de Saúde. Temos aqui várias pessoas de planos de Saúde que entendem que isto criará algum tipo de dificuldade para as empresas.

O GVsaúde olha muito pelo lado do usuário. Pensamos que ele deveria receber tudo o que precise e nada do que não precisa. Assim, não vemos com bons olhos as distorções de má utilização, porque não é uma boa prática administrativa. Claro que o olhar dos planos de Saúde é diferente porque eles estão preocupados com

## Se vamos garantir acesso para todo mundo, como é que vamos financiar?

a forma de garantir de fato esse acesso.

Há um fantasma que persegue todos os sistemas de Saúde do mundo que é decidir se deve haver algum tipo de segmentação no direito à assistência à Saúde; ou seja, vamos ter gente com acesso a tudo, outros com acesso limitado? Se vamos garantir acesso pra todo mundo, como é que vamos financiar? Então se quisermos olhar para o horizonte, o que está em discussão é qual sistema de Saúde, qual assistência à Saúde o país pode oferecer, seja no suplementar, seja no SUS e as relações complexas que se estabelecem entre esses dois segmentos. E é isso que discutiremos agora.

# Contexto e inovações na Saúde

## ESTA APRESENTAÇÃO

foi pensada de modo a contemplar dois momentos em relação ao panorama em que está posta a Saúde. Fiquei pensando nesse desejo que é comum de todo mundo, seja da área pública, seja da área privada, que é o desejo de fazer Saúde com qualidade para a pessoa que vai receber. E acho que é esse desejo que a gente não pode esquecer nunca enquanto está trabalhando com isso, seja jurista, seja médico ou qualquer outro profissional da gestão, ou alguém que esteja trabalhando com Saúde. Temos que nos lembrar desse desejo que motivou todo mundo a sair de casa hoje, vir aqui pensar e estudar o acesso, o Direito Sanitário nesse caso.

Assim, nessa divisão em dois momentos, um fala do contexto e a outro um pouco das inovações que temos observado.

A Administração Pública brasileira, onde está inserido o Sistema Único de Saúde, é regida pelo Decreto-lei 200, basicamente e pela Constituição Federal, dos artigos 37 ao 39. Fora as normas esparsas, esses são os principais regramentos públicos que conformam o nosso Direito Administrativo. E os controles estão lá nos artigos 70 da Constituição, os controles de execução orçamentária e financeira, não os de qualidade da execução dos serviços.

Os princípios que regem a nossa Administração também estão descritos no Artigo 37 da Constituição e são esses cinco: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Os entes que integram a Administração Pública estão definidos tanto no Decreto quanto na Constituição e são: as autarquias, fundações, estatais, as empresas públicas e as sociedades de economia mista.

Temos como regramento comum para esses entes os princípios que são aqueles que eu já disse, que estão descritos no 37; o concurso público, que eles têm que obedecer; a lei de licitação e contratos; a questão da acumulação de cargos também tem que ser observada; a Lei de Improbidade Administrativa; e os controles interno e externo. Também um regime jurídico único; um regime de precatórios, o regime especial de prazos processuais, a contabilidade pública e outros.

Com o enfraquecimento do Estado de bem estar social, tivemos uma forte influência do Estado gerencial. E aí veio a reforma administrativa, através da Emenda 19 de 1998. E o que ela trouxe? Os consórcios públicos, que foram regulamentados pela lei 11.107 em 2005. Ela instituiu o regime jurídico múltiplo, que depois voltou atrás por conta do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade, a 2135, voltou o regime jurídico único, que continua em vigor até hoje.

A Fundação Estatal veio com inovações, embora ela exista desde 1967, a Reforma trouxe algumas inovações e aí apareceram algumas entidades do Terceiro Setor, que ainda não tem, na verdade, uma regulamentação adequada e organizada. As pessoas têm trabalhado muito por isso - principalmente o professor Gustavo Justino -inclusive pela importância

que tem, principalmente na Saúde, as OSs e as OSCIPs. Também trouxe as agências reguladoras, autarquias de regime especial, com algumas flexibilidades. E o contrato de autonomia que ainda não está regulamentado e o contrato de gestão entre os entes públicos, que foi introduzido na época do governo Collor.

As Organizações Sociais e as OSCIPs são entes de colaboração entre o público e o privado e elas têm uma diferença essencial, as OSs têm esse caráter mais permanente. Assim, a gestão de um hospital, ou de um serviço, nunca vai ser feita por uma OSCIP e sim por uma OS. As OSCIPs servem para projetos, para coisas com tempo determinado, programa, alguma coisa que tenha começo, meio e fim, diferente das OS. E aí, como forma de colaboração também as entidades sem fins lucrativos, as filantrópicas. As entidades sem fins lucrativos aqui se inserem qualquer fundação privada do Código Civil, ou uma associação civil, que são as chamadas ONGs. Na verdade organização social e organização de sociedade civil pra interesse público, OSCIP, são qualificações de associações e fundações.

Desse modo, essas outras que não têm essas qualificações de OS ou OSCIP são simplesmente fundações ou associações e a sua forma de contratação com o setor público é através de convênio, na maioria das vezes.

Do ponto de vista do Sistema Único de Saúde já fizemos aqui uma apresentação direto nas inovações e a primeira delas é lembrar dessa competência trilateral no Sistema Único, o Estado, a União e o Município têm as suas competências e essa é a descentralização do sistema tão falada aí. O financiamento também é trilateral, tripartido com a vinculação das receitas. Isso é, o município tem o seu percentual de 15%, o estado tem o seu percentual de 12% e a União deve cumprir com o valor do ano anterior mais a variação do PIB. Isso é um problema que muitos estados enfrentam na Federação, porque em muitos não há o cumprimento desses 12% que gera um problema enorme para os municípios.

O ideal é que as transferências interfederativas, quer dizer, entre os entes da federação, de recursos por critérios que não sejam convenientes e sim de acordo com o estipulado na Lei 8080 e na Lei 8.142, obedecendo inclusive os critérios da Emenda 29.

Outra inovação que pode ser observada na



construção do Sistema Único de Saúde é a sua formatação em rede. Isso está no artigo 198 da Constituição e o que é essa conformação em rede? Regionalizada e hierarquizada. Regionalizada, por região, que é o ideal. E hierarquizada não no sentido das competências, mas no sentido da complexidade do sistema. Não o que um é sujeito ao outro, mas a complexidade das ações do serviço de Saúde para que as pessoas sejam atendidas adequadamente. Como dizem os teóricos, nenhum município consegue cumprir da vacina ao transplante sozinho. A não ser como São Paulo, mas a maioria dos nossos municípios não é como São Paulo. Então, é necessário focar essa distribuição inteligente do sistema que é em formato de rede. E para isso acontecer a gestão tem que ser compartilhada e o planejamento integrado, planejamento e planos de Saúde integrados entre os entes federativos, entre o estado, a União e o município. Critérios locais, regionais e estaduais sendo obedecidos. E isso tem que acontecer de forma simultânea. Gestão compartilhada e o planejamento, isso vai conversando o tempo todo.

Outra inovação que tem causado certa polêmica junto com as OSs é a questão da fundação. Esse formato de gestão tem sofrido uma crítica que é considerada pela professora Lenir Santos como maniqueísta. E concordo porque essa questão tem sido colocada como uma privatização do sistema. Ainda que fosse uma questão de privatização, como é a OS, nós já não vivemos mais num tempo onde a gente pode se dar ao luxo de dizer que não, esse sistema não presta porque ele é privado. Eu acho que a gente já atingiu uma maturidade e uma honestidade intelectual, como diz a professora também, para saber que aquele modelo é só um modelo, nós vamos conduzir o modelo de acordo com quem está com esse leme na mão. Se o gestor é honesto, trabalha direito, é competente e tem lisura na sua gestão, a OS vai dar certo, a fundação vai dar certo e a pessoa vai conseguir usar aquele modelo pra extrair os benefícios que ele tem.

E no que diz respeito à fundação, essa crítica de ser privatização já sofre uma falha conceitual porque a fundação pública de direito privado é instituída por lei, é instituída pelo poder público, então não é privatização. Ela usa alguns mecanismos do direito privado para flexibilizar a gestão.

Então como é que é possível inovar no âmbito da gestão? Com novas formas de cooperação entre os entes públicos e privados sem fins lucrativos com co-gestão, co-participação da governança. A lei de licitação pode ser flexibilizada de maneira que atenda as especificidades da Saúde com possibilidade de criação de escala nas compras de Saúde que atendam à regionalização a rede.

Sistema de avaliação que avaliam os fins e não como acontece hoje onde a avaliação que é feita é dos meios, dos processos, sem se preocupar se a meta lá adiante, a meta que foi formulada, lá no fim, foi cumprida.

O sistema de controle financeiro orçamentário preventivo e cooperativo não apenas a posteriori. Uma política contratual com contratos de ação pública, contratos organizativos de ação pública.

E os controles de avaliação e desempenho permanente, não a posteriori. Uma política de pessoal que priorize desempenho e comprometimento dos dirigentes e do servidor com o serviço público e cumprimento de metas.

A fundação estatal é um modelo que pode ser utilizado. Unilateral, quer dizer, um só o estado, um só o município instituindo a fundação. Plurilateral e mista. Na Bahia é um modelo misto, no qual muitos municípios se uniram para fazer uma fundação.

Uma inovação em desenvolvimento é essa que o Ministério do Planejamento vem encabeçando e debatendo o anteprojeto de lei que organiza a Administração pública que um grupo de juristas debateu e propôs e que está em andamento. Ele vai modificar o Decreto-lei 200 e fazer uma grande mudança na Administração Pública, incorporando inclusive a regulamentação de contrato de autonomia, que não está regulamentado, é o Artigo 37, parágrafo, 8º. da Constituição, e também

regulamenta a fundação estatal, as formas de colaboração entre o Poder Público e os entes privados sem finalidade lucrativa. E também têm destaque nesse anteprojeto as formas de controle da Administração. Ele também é um exemplar claro do Estado gerencial. Fica bem claro ali que ele é filho da Reforma Gerencial.

O Decreto 7508/11 trouxe modificação para o Sistema Único de Saúde. Ele definiu para assistência à Saúde a RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde. Também delineou a RENAME, que é a Relação Nacional de Medicamentos. Na questão da assistência farmacêutica, definiu o padrão de integralidade, sobre o que é que vai ser possível de acesso na questão de medicamentos, procedimentos e insumos de Saúde.

O padrão de integralidade definido pelo Decreto é restritivo porque está delimitado que as pessoas terão que passar pelo médico do sistema para ter direito a um determinado serviço ou medicamento. Vamos falar do medicamento, porque é mais comum, a pessoa ir na Justiça e pedir o medicamento. Isso foi definido assim pelo Decreto, mas não sei como vai ficar. O STF tem uma posição um pouco diferente. Na ocasião da audiência pública se posicionou delimitando que o que não pode ser dado são os medicamentos experimentais. Para o resto, sinceramente - e é minha opinião - duvido que o padrão de integralidade vá orientar da maneira como estão pretendendo os juízes. Na hora que cai na mão do juiz uma ação de alguém pedindo um medicamento, ele não vai aceitar, porque a pessoa não consultou no médico do SUS. Isso ainda, como o decreto é novo, vai ter muito debate e muita questão ainda sobre isso, inclusive entre os próprios profissionais da Saúde há divergência.

Outra coisa que o decreto trouxe foi a estruturação do planejamento em Saúde. Definiu essa hierarquização, trazendo com clareza quais são as portas de entrada do sistema. Definiu as regiões de Saúde e, no que diz respeito à articulação interfederativa, regulamentou as comissões intergestores e o contrato organizativo.

E por falar em comissão intergestores, também foi para sanção esses dias um Projeto de Lei que tramitou na Câmara com o último número 158 de 2010. Ele tinha o número original 5 203 de 2009. E esse projeto também foi à sanção, quer dizer, já está aprovado, ele regulamentava a comissão entre gestores bipartite e tripartite. O CONASS e o CONASEMES inclusive definindo-os como, declarando-os como utilidade pública, e também os COSEMS. Isso é muito importante para gestão do Sistema Público e todo mundo ficou bem feliz com a aprovação desse Projeto de lei.

E por último, o pertencimento, porque não consigo deixar de falar disso. Lá no começo, eu disse que a gente não pode esquecer desse desejo que todo mundo tem aqui, tenho certeza, de fazer uma Saúde boa para a pessoa. Seja uma ação, seja uma prevenção, o que for, mas que o objetivo nosso aqui enquanto estudante, enquanto profissional é que as pessoas tenham acesso à Saúde de qualidade. E no que diz respeito ao Sistema público de Saúde, temos outra questão que é esse desejo mais a espada em cima da cabeça porque, do jeito que a coisa vai, o sistema corre o perigo de morrer na praia. Então uma coisa que precisa ser feita é despertar o sentimento de pertencimento em todas as pessoas porque enquanto não houver ressonância da necessidade do sistema, da importância e uso que todos nós fazemos do sistema de Saúde, porque até o sistema privado sofre a regulação do sistema público, então enquanto não houver esse sentimento despertado, nós sempre vamos continuar com a espada em cima da cabeça.

Na Inglaterra a Saúde pública não morre porque se alguém - e já houve essa tentativa - tirar o sistema ou restringir direitos, as pessoas saem às ruas, brigam e não vão deixar isso acontecer. Aqui a Reforma Sanitária teve uma grande participação da sociedade, mas ainda tem uma questão própria do nosso país que é ter sido feita por uma elite da reforma sanitária. Então, agora, depois de 20 anos, vamos ter que ainda nos preocupar com essa questão.

Carla de Figueiredo  
Soares

Agência Nacional de Saúde  
Suplementar - ANS

O Desafio do Sistema de Saúde Brasileiro ■

# Os Prazos de Atendimento

**O TEMA QUE ME FOI** solicitado abordar perpassa especificamente pela Resolução Normativa 259 que trata dos prazos de atendimento e que está amplamente relacionada à questão do acesso. Mas vou me permitir fazer algumas digressões, antes de adentrar o tema específico.

Foi dito que temos um desafio – tanto o setor público quanto o setor privado – e o Brasil tem um desafio, que é a questão demográfica, é a pirâmide etária que tem diminuído a sua base e aumentado o seu cume. Ou seja, temos uma expectativa de vida maior, estamos vivendo mais e com mais qualidade. E que bom que é assim porque, parafraseando Mauricio Ceschin, o presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que diz: “que bom que envelhecemos porque a alternativa é muito pior”.

Diante desse desafio, a Agência lançou no ano passado, divulgou e assumiu um compromisso com a sociedade, a agenda regulatória. A agenda regulatória foi dividida em nove eixos e, não vou entrar muito nos detalhes, que está disponível no seu site, cada eixo desses também está dividido em subtemas. Percebemos que a agenda regulatória representa não só os desafios que o órgão regulador tem a enfrentar, bem como as perspectivas que o setor também tem.

Assim, um dos eixos é repensar, estudar o modelo de financiamento do setor. Todos querem acesso, querem atenção à Saúde, querem ter o melhor, mas como financiar isso? Como garantir acesso, com o setor equilibrado economicamente?

O outro eixo é a garantia de qualidade e acesso assistencial. O modelo de pagamento a prestadores que também está intimamente ligado ao modelo de financiamento também é outro eixo. São vários atores nesse setor e que precisamos buscar uma harmonia entre eles.

Assistência Farmacêutica que já vem sendo buscada no âmbito público de sua integralidade. E no âmbito do setor privado ainda está iniciando, digamos assim, ainda não temos uma Assistência Farmacêutica na sua integralidade, à exceção, claro, das condições durante a internação, durante os tratamentos em regime hospitalar.

Outro eixo é o incentivo à concorrência que, tendo um mercado amplamente concorrente, também facilitará o desenvolvimento desse setor e

mesmo essa parceria do público com o privado.

Garantia de acesso à informação, porque o consumidor, o usuário, o beneficiário bem informado, mais capaz, tem condições não só de escolher os produtos como também de perceber se está tendo a condução da sua assistência à Saúde e do seu cuidado à Saúde de forma correta, até mesmo para poder decidir quanto a determinadas solicitações de procedimentos, se estão sendo exacerbadas ou não. Então o usuário bem informado também representa um fator de ponderação e equilíbrio para que possamos alcançar esse acesso, mas com o financiamento garantido.

O outro eixo trata de contratos antigos. Como trazer essa gama de usuários, essa realidade, aproximar mais do mundo regulado, da realidade da Saúde suplementar regulada.

A assistência ao idoso, que é o principal desafio. Todos queremos envelhecer com Saúde. É preciso mudar um pouco o modelo da visão de cuidado, de tratamento da doença para a visão da prevenção, do viver melhor, do se desenvolver melhor, do envelhecer bem, com Saúde. Isso com certeza também trará menos gastos e mais economia para o setor.

Por último a integração da Saúde suplementar com o SUS.

Quanto à questão da garantia de acesso e qualidade assistencial, esse eixo tem vários subtemas, um deles é a suficiência de rede. O outro é estudar e rever a regulamentação que trata de mecanismos de regulação, que é também ligada ao acesso. Quer dizer, como o usuário, consumidor terá acessos aos serviços do seu plano de Saúde e os mecanismos de regulação legitimamente utilizados pelas operadoras para que evite exatamente comportamentos oportunistas e excesso de utilização.

E temos esse subtema que é determinar prazos máximos para atendimento entre a autorização da operadora para exames e procedimentos e a efetiva realização. Esse tema culminou na Resolução Normativa 259 primeiramente, principalmente pelo estímulo ao credenciamento de prestador de serviços pelas operadoras de planos de Saúde. Também enfrentamos a ausência de normatização durante esses onze anos de regulação. E a Agência vinha recebendo várias denúncias também com relação à demora no atendimento. O usuário do plano de Saúde muitas vezes demorava seis meses, oito meses pra conseguir o acesso para determinados procedimentos. E essas demandas vinham de diversos atores.

A proposta do normativo foi submetida à consulta pública, a de número 37. E os dados dessa consulta pública estão disponíveis no site da ANS. Todas as consultas públicas ficam disponíveis no link transparência, consultas públicas. A consulta pública é uma forma de controle dos atos normativos. Foram enviados 3004 contribuições, tanto pelo sítio quanto por e-mail ou por correspondência. Tudo isso está no site, o relatório completo.

A intervenção maior na consulta pública foi referente aos prazos. E depois tivemos as questões do transporte, do reembolso, do atendimento em prestador credenciado ou não credenciado, garantias gerais. E dentro dos dispositivos mais questionados, os prazos, claro, foram os que tiveram mais contribuições.

Em geral as operadoras pediram ampliação de prazo, mas mantivemos os prazos propostos já que estes foram estabelecidos a partir de uma consulta, que foi feita em 2010, com a participação das operadoras, uma pesquisa de participação voluntária que ficou disponibilizada no site da ANS e das cerca de 1100 operadoras que temos, tivemos mais de 800 operadoras que participaram. A partir da resposta a essa pesquisa de atendimento no prazo, basicamente

ela perguntava qual era o prazo que as operadoras atendiam e qual elas consideravam razoável. Com base nos estudos estatísticos e na pesquisa que foi elaborada chegamos aos prazos que foram colocados em consulta pública na norma.

E o tema menos questionado foi o atendimento de urgência e emergência. E isso é óbvio, porque o atendimento de urgência e emergência está regulamentado na lei e não há muito o que detalhar. O prazo de carência de urgência e emergência é legal, está estabelecido como 24 horas, devendo haver o atendimento de forma imediata.

O segundo dispositivo mais questionado foi o atendimento em prestador não credenciado; e as questões são sempre exemplificativas: o preço do atendimento e o não controle da

## a Agência vinha recebendo várias denúncias também com relação à demora no atendimento

qualidade do atendimento.

O terceiro dispositivo mais questionado foi a questão do transporte do beneficiário quando não há o prestador credenciado. As questões levantadas foram o desequilíbrio atuarial dos produtos, a despesa de transporte com acompanhantes, demais despesas com o beneficiário, especificação do meio da via de transporte e limite de distância.

O quarto lugar foi sobre disposições preliminares e, embora tivéssemos muitas contribuições, estas tratam de conceito. A quinta questão mais levantada que foi a do reembolso. As contribuições são: o reembolso deveria obedecer ao CDC, sendo o dobro do que o beneficiário pagasse e corrigido. Deveria ser utilizado por tabelas fixas de valores, a exemplo da CBHPM ou utilizar o valor das tabelas das operadoras. O resultado final foi a Resolução normativa 259, que foi publicada em 20 de junho e vai entrar em vigor no dia 18 de setembro. O principal objetivo é o estímulo ao credenciamento de prestadores de serviços para oferecimento da cobertura contratada.

É importante destacar que o oferecimento é para a cobertura contratada, porque o órgão regulador tem um limite legal e a lei determinou clara e especificamente no seu Artigo 1<sup>º</sup>, inciso I que o plano de Saúde é a prestação continuada através de rede, reembolso às custas parcial ou integralmente da operadora para tratamento de todas as doenças do CID 10.

Quanto à resolução normativa, os principais aspectos foram os prazos que se estabeleceu: sete dias úteis para consultas básicas, 14 dias úteis para as demais especialidades, dez dias úteis para consulta em sessão com fonoaudiologia, nutricionista, psicólogo, terapia ocupacional ou fisioterapeuta, sete dias úteis também para cirurgião-dentista, clínica odontológica, serviços de diagnóstico em análises clínicas em regime ambulatorial três dias úteis, demais serviços de diagnóstico em dez dias úteis, alta complexidade 21 dias úteis, e regime hospital/dia dez dias úteis, atendimento em regime de internação eletiva 21 dias úteis, urgência-emergência atendimento imediato.

Na pesquisa que foi feita em 2010, tratávamos apenas de dias, mas a Agência, depois de todo o estudo que foi feito, depois da

consulta pública, entendeu razoável, estender estes prazos para dias úteis por ser mais factível.

No caso dos prazos para consecução de serviço, deve ser cumprido para a especialidade ou procedimento demandado. Isso tem que ficar muito claro porque ouvimos muitas reclamações, principalmente dos representantes da classe médica de que a Agência estava interferindo no ato profissional. Na verdade a intenção não é essa porque a operadora se propõe e se compromete com o beneficiário a prestar o serviço, a disponibilizar o serviço, seja de Pediatria, seja de análise e diagnóstico, e não o serviço com o determinado médico X, Y ou Z. O importante que nós frisamos bastante é o acesso ao serviço de Saúde, é o acesso ao serviço contratado, independente de qual seja o prestador que vai prestá-lo. A operadora tem a sua rede, oferece a rede e se eu tenho um cardiologista da minha confiança, da minha estima e desejo consulta com ele, mas eu só vou conseguir consulta daqui a seis meses e não abro mão de me consultar com ele, pois bem, vou

naquele município existe o serviço, há a oferta do serviço, mas embora exista a oferta do serviço, esse serviço não é credenciado da operadora, não é disponibilizado pela operadora. Então, há duas situações: se existe a disponibilidade do prestador, vamos ter uma situação. E se não há a disponibilidade do prestador, a situação será outra.

No caso, havendo a disponibilidade do prestador, primeiro o beneficiário obrigatoriamente deve procurar a sua operadora, a relação dele é com a operadora, inicialmente ele tem que procurar a operadora e falar: “olha, eu preciso de um cardiologista, preciso de uma tomografia, preciso de um procedimento X, olhei no livro, olhei no guia, olhei na internet, olhei na lista de prestadores que está disponibilizada e não consegui marcar”. Então a operadora se encarrega de indicar “temos tal, temos em tal lugar, temos tal prestador” fica para a operadora. E ela também pode optar por fazer um acordo com o prestador que existe naquela localidade, mesmo que não seja o prestador credenciado dela, ela pode negociar pontualmente com aquele prestador pra poder atender a demanda. Ou ela pode também direcionar o beneficiário para uma cidade vizinha, para uma localidade vizinha, arcando com as despesas do transporte ou oferecer o reembolso integral. “Não quero me preocupar com o acordo, não quero me preocupar com o transporte. Você vai ao prestador particular que eu te reembolso”.

Então essas três opções são situações de falha e nós partimos do pressuposto da confiança e da boa fé objetiva por parte das operadoras, o mercado é um

mercado que existe há mais de quarenta anos, é um mercado sério e temos uma larga experiência aí de dez anos de regulação e reconhecemos que realmente o setor das operadoras está trabalhando arduamente, cada vez mais, para melhorar os seus serviços, para disponibilizar de forma melhor o serviço. Estamos tratando de falha da estrutura da rede, que é a exceção, porque a regra a própria lei diz, disponibilizar o serviço, prestação continuada, os serviços médicos, hospitalares, sem limite financeiro, através de rede ou reembolso, às custas parcial ou integralmente da operadora por conta e ordem do consumidor. Então a lei já foi clara, este foi o serviço vendido, o contrato assinado pelo beneficiário, assinado pelo empregador em que há a promessa de que eu vou disponibilizar todo o rol, eu vou disponibilizar todos os serviços de Saúde. Pode haver falhas? Pode. Então no caso da falha, a Agência decidiu por regulamentar as opções para se dar tratamento devido a essa falha.

Quando não há o prestador, ou seja, não há a oferta do serviço, poderá haver o direcionamento a uma outra localidade sem a interferência da operadora, ou seja, sem ter que pagar o transporte, sem pensar em acordo, ela só direciona e fala “em tal localidade você vai ter este serviço”. E caso não haja credenciado neste entorno, nós voltamos e caímos nas regras anteriormente faladas.

O não atendimento nos prazos pode ensejar multa por negativa de cobertura. Então essa norma não trouxe uma infração nova, um tipo novo, não cumprir prazo. Prazo é acesso; acesso é cobertura. Se o beneficiário não teve acesso, não teve a cobertura, então a infração é a negativa de cobertura. No caso de prática reiterada, de desídia da operadora, isso pode levar à suspensão da comercialização dos produtos da operadora. E no caso de identificarmos um comportamento não recomendável por parte das operadoras, isso pode ensejar visita técnica, podendo até haver uma indicação de medida administrativa na operadora que é a instalação do regime especial de direção técnica. Por fim, se a direção técnica não surtir efeito, pode se chegar sim à transferência da carteira.

## O tema menos questionado foi o atendimento de urgência e emergência

esperar os seis meses porque esta é a minha vontade enquanto consumidora; esperar seis meses e ter o atendimento em seis meses. Mas se quero um atendimento rápido, em 14 dias úteis, procuro junto a minha operadora quais os cardiologistas que ela disponibiliza para que eu tenha o atendimento. Isso é muito bom ficar claro, o acesso é ao serviço e não a determinado prestador.

O município, a norma trabalhou inicialmente com o município onde o beneficiário demanda o serviço e estendeu isso para o limítrofe, também pensando na forma como a lei foi colocada de acesso ilimitado, irrestrito porque a lei diz sem limite financeiro, então por isso irrestrito, não em relação aos procedimentos porque o rol é limitado.

E pensamos então em duas hipóteses, se há disponibilidade do prestador naquela localidade ou se não há a disponibilidade. Então não havendo prestador para ser credenciado, ou seja, naquela localidade não existe o prestador. Pode até existir a demanda, mas não existe a oferta do serviço. Nessa situação de inexistência de prestador a operadora poderá oferecer o atendimento em município limítrofe ao que foi demandado, no entorno e na região onde houver o serviço ofertado.

No caso de falha na operação: e o que chamamos de falha na operação? É exatamente a falha na estruturação da rede, na conformação da rede, no credenciamento para disponibilizar uma rede que atenda a todo o rol e que atenda a todos os seus beneficiários que a demandem. Os prazos vão atingir isso também, é importante frisar que à medida que o número de beneficiários aumenta para a operadora, ou seja, a sua carteira vai aumentando, essa rede tem que estar conformada e ela tem que acompanhar o aumento de número de beneficiários. É nesse sentido que estamos falando em falha e acreditamos que os prazos irão estimular as operadoras a repensar se realmente o número de prestadores contratados está de acordo com o número de beneficiários que ela possui.

E, nesse caso, a operadora tem plena governabilidade para a decisão quanto às alternativas que a RN trouxe, ou seja, há a falha,

# Dupla Porta: A Visão do Setor Público e do Setor Privado

Wilson Rezende Silva

GVsaúde FGV-EAESP

## O TEMA GERAL

deste semestre é Acesso e Regulação no Setor Público e no Setor Privado e hoje temos como tema específico a questão Dupla Porta: A Visão do Setor Público e do Setor Privado.

Essa é uma questão emergente e efetivamente importante para ambos os atores. No entanto, dado o protagonismo assumido pelo Ministério Público nessa questão, preferimos, ao invés de trazer aqui a palavra do setor público *stricto sensu*, convidar o Ministério Público e no caso específico o Ministério Público do Estado de São Paulo para expor sua visão do problema.

A discussão desta noite muito provavelmente vai passar por temas do tipo o que é dupla porta. É a mesma coisa que dupla fila? E dupla porta e dupla fila significam apenas hotelaria diferente? Ou vai além da questão da hotelaria diferente e passa pela qualidade do atendimento? Do que exatamente estamos falando em se tratando de dupla porta?

Outro tema que certamente estará presente é a questão do subsídio cruzado. A dupla porta, qualquer que seja a sua configuração, favorece o subsídio cruzado? E esse subsídio cruzado é do público para o privado ou do privado para o público? No fundo, estaremos tratando aqui de quem financia quem e de que forma esta relação se explicita.

Outra questão que caminha junto com esta é: dado a dupla porta ou a possibilidade de dupla porta, como é que fica o controle público pelo uso de um bem também público?

Essas questões, na realidade, fazem parte de um pano de fundo mais geral e este pano de fundo mais geral necessariamente vai passar por questões do tipo: a Saúde que queremos vis-à-vis a Saúde que podemos ter ou que podemos pagar ou que podemos financiar. Ou seja, temos que debruçar sobre a questão dos recursos financeiros e como financiar necessidades crescentes da população.

Mais do que isso, essa é uma discussão que necessariamente passa pelo debate dos três pilares básicos do SUS que são acesso universal, integralidade e gratuidade. E a discussão se acesso

universal e acesso equitativo são possíveis num mesmo momento e numa mesma circunstância. Adicionalmente teremos de enfrentar a questão se há contradição insanável entre os princípios da integralidade e da universalidade. Em que condições, em que situação isso se coloca?

O fato concreto é que esse assunto ou esse conjunto de assuntos que iremos certamente tratar aqui, principalmente a questão da dupla porta, não é assunto novo. Essa é mais que uma discussão antiga, é uma prática antiga. A discussão foi

## Como é que fica o controle público pelo uso de um bem também público?

retomada em função da disposição do Governo do Estado de São Paulo de buscar sinergias, digamos assim, na atuação do público e do privado, através de projeto de lei discutido e aprovado na Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. Isso fez com que o assunto da dupla porta emergisse com muita força e é o motivo pelo qual nós consideramos que mereceria um debate aqui no âmbito do GVsaúde.

Portanto, para discutir esses assuntos que foram colocados, temos a honra de receber o Dr. Wagner Barbosa de Castro. Ele é contador, economista e administrador de empresas. É diretor do Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo e Odontologia e coordenador da comissão econômica do sistema Abramge.

Contamos também com a presença da Dr<sup>ª</sup>. Anna Trotta Yaryde, integrante do Ministério Público do Estado de São Paulo; promotora de justiça do estado de São Paulo, integrante do movimento do Ministério Público Democrático, MPD, e também vice-presidente da AMPASA - Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde.

Anna Trotta Yaryd

Ministério Público do Estado  
de São Paulo

Dupla Porta: A Visão do Setor Público e do Setor Privado ■

# Um Enfoque Público

**ANTES DE FALARMOS** propriamente sobre a Saúde Pública e tratarmos dessa questão tão delicada e debatida denominada dupla porta, entendo que é de extrema importância contextualizarmos um pouco esse assunto dentro do atual perfil da Administração Pública para que possamos entender realmente as questões e os aspectos que envolvem esse delicado assunto. Por isso, pretendo começar a minha fala fazendo um pequeno retrocesso dos modelos da Administração Pública, evoluindo, até chegarmos aos dias de hoje. Assim, nessa divisão em dois momentos, um fala do contexto e outro um pouco das inovações que temos observado.

O primeiro modelo de Administração Pública foi o modelo patrimonialista, que é o modelo típico dos estados absolutistas europeus do Século XVIII e que tinha por característica o aparelho do estado como sendo a extensão do próprio poder do governante. Ele considerava os seus funcionários como membro da nobreza e todas as decisões político-administrativas concentravam-se na mão do monarca que beneficiava apenas o clero e a nobreza. Ou seja, nesse modelo a corrupção, o empreguismo e o nepotismo eram inerentes.

Como contraponto ao modelo patrimonialista nasce no Século XIX, época do estado liberal, em que o capitalismo passa a dominar, o modelo de Administração Pública burocrática. Esse modelo tem como características principais justamente a distinção entre o público e o privado, distinguindo também o administrador público do ser político, visando com isso justamente proteger o estado da corrupção, do empreguismo e do nepotismo. E, como consequência, esse modelo é configurado pela centralização das decisões, pela hierarquia, funcional, pelo profissionalismo, pelo formalismo-legalidade e pelo controle passo a passo dos processos administrativos, um controle que acontece sempre a priori, ou seja, no início desses processos.

Esses, na verdade, foram os ideais reafirmados

pela nossa Constituição de 1988, que adotou o modelo burocrático de Administração Pública. Entretanto, ao mesmo tempo em que a Constituição adota o modelo burocrático, considerada como a nossa Constituição cidadã, ela expande as funções sociais e econômicas do estado o que acaba por encarecer significativamente o custeio da máquina administrativa, fazendo aflorar a ineficiência dos serviços sociais prestados.

Somado a isso, a séria crise econômica existente, agravada em 1990 por um processo hiperinflacionário, e, principalmente, diante da continuidade do clientelismo na Administração Pública, surge então na metade do Século XX a ideia da necessidade de uma nova forma de estado brasileiro. As atenções voltam-se então para a construção de um novo modelo de Administração Pública, baseado em uma concepção de estado e sociedade democrática e pluralista, priorizando a eficiência da Administração, o aumento da qualidade dos serviços e a redução dos custos, com resultados diretamente voltados para o interesse público e ênfase nos controles e resultados, chamado de Administração Pública gerencial, também conhecido como Administração por resultados ou pós-burocrática.

Diferentemente do modelo burocrático, esse

modelo se apoia em métodos de controle que acontecem a posteriori, ou seja, depois, sempre depois dos processos, buscando dessa forma flexibilizar e dinamizar a Administração Pública. O cidadão passa a ser visto com outros olhos, sendo considerado o principal beneficiário da atividade pública, ou seja, o verdadeiro cliente dos serviços prestados pelo estado. E, como consequência, o interesse público não é mais visto como interesse do próprio estado, passando a ser identificado com o interesse dos cidadãos. Por isso que esse novo modelo pressupõe que haja uma maior participação da sociedade na prestação de serviços, não sendo mais exclusivo do Estado através das chamadas entidades paraestatais, surgindo então o Terceiro Setor formado também organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público – as OSs e as OSCIPs. Esse Terceiro Setor, passa então a coexistir com o primeiro setor, que é o Estado, e o segundo setor, que é o mercado.

A principal característica deste novo modelo de gerir o Estado é o desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações, com ênfase nos resultados e aumento da governança do estado, ou seja, da sua capacidade de gerenciar com efetividade e eficiência e não mais executar. Dessa forma, paulatinamente, o estado se retira dos serviços que vinha prestando, tornando-se o gerenciador e fiscalizador dos serviços públicos, implementando-se assim a idéia de estado mínimo em atendimento aos interesses do capitalismo e do mundo globalizado.

Essa idéia se concretizou com a edição da Emenda Constitucional nº 19 de 4 de junho de 1998, conhecida como Reforma Constitucional Administrativa, que introduziu a gestão gerencial ou pós-burocrática da Administração, alterando o Artigo 37 da Constituição Federal para nele inserir o dever de eficiência como norma constitucional a ser respeitada. E a partir de então, por meio deste novo modelo, e sempre sob a justificativa da busca da maior eficiência, passamos a verificar as inúmeras alterações na Administração Pública direta e consequentemente na forma de prestação dos serviços de Saúde Pública.

Mas a primeira questão que se coloca na atualidade é justamente o que é essa tão propalada eficiência. Segundo a definição de Bresser Pereira, eficiência seria a coerência dos meios e a relação com os fins visados, traduzindo-se no emprego de esforços, os meios para se obter o máximo de resultados-fins. Já segundo definições desenvolvidas pela Intosai da ONU, as quais são aceitas pelo Tribunal de Contas da União em seu manual de avaliação de desempenho, a eficiência seria a relação entre os produtos, bens e serviços gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados em um determinado período de tempo. O que não se confunde com a eficácia que seria o grau de alcance das metas programadas em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados. Que também não se confundiria com a efetividade que seria, na verdade, a relação entre os resultados, os impactos observados e os objetivos, os impactos esperados.

Faço aqui parênteses para dizer que, embora na área jurídica e na prática corrente usualmente venhamos utilizando os termos eficiência e eficácia como sinônimos, eles são realmente muito diferentes, embora complementares. Assim temos que ter muito claro que nem tudo que é eficiente é efetivo. E como principal exemplo disso eu citaria o próprio poder judiciário da Inglaterra, que embora absolutamente eficiente porque julga as demandas de forma muito rápida e eficaz, não pode ser considerado efetivo porque ele é tão caro, mas tão caro que, na verdade, acaba sendo acessado por muito

poucos.

Ora, se a eficiência está intimamente relacionada à efetividade, só teremos um serviço de Saúde Pública verdadeiramente eficiente e eficaz se ele estiver dentro dos objetivos de um Estado Democrático de Direito. Mas não é só isso, a eficiência para as organizações privadas é diferente da eficiência para as organizações públicas porque enquanto que para as organizações privadas a eficiência representa o melhor uso de recursos visando o lucro, nas públicas deve ser o melhor uso de recursos para atender o interesse público.

E tudo isso para concluir que, diante desse novo contexto de Administração Pública, onde o poder executivo sistematicamente vem se retirando da execução do serviço público de Saúde para assumir o papel de gerenciador e fiscalizador desses serviços que acabam sendo prestados pelas entidades do terceiro setor, o Estado ainda não tem a necessária clareza quanto às políticas públicas de médio e longo

## O Estado ainda não tem clareza quanto às políticas públicas de médio e longo prazo

prazo que pretende implantar, como também ainda não está devidamente aparelhado pra fiscalizar as atividades prestadas pelo terceiro setor para bem cumprir esse seu novo papel de gerenciador, onde a grande maioria dos hospitais públicos estão sendo administrados pelas OSs, muito embora a maior eficiência – que serve exatamente de justificativa para todas essas grandes modificações que vem ocorrendo na administração direta – ainda não possui um conceito claro e definido, tornando muito difícil a sua avaliação na prática. Tudo isso para concluir que, nesse novo contexto, tal qual ele se apresenta, certamente a manutenção do SUS – como constitucionalmente previsto – torna-se um tema ainda mais sensível, polemico e digno de preocupação.

E falando de SUS, a primeira coisa que gosto de frisar é que ele não é um sistema para pobre. Ele é um sistema de todos nós, muito embora quem tenha plano de Saúde tenda a entender que ele não precisa do SUS, o que é um grande engano. Primeiro, porque se nós estivermos andando na rua e sofrermos um acidente, se perdermos a consciência ninguém vai nos levar para hospital privado, nós iremos para o SUS. Depois, porque se um dia qualquer um de nós precisarmos de um transplante, nós iremos para o SUS porque nenhum plano de Saúde cobre um transplante. E se nós ficarmos realmente muito doentes, doentes a tal ponto de que isso realmente custe muito caro pra qualquer plano de Saúde, nós vamos terminar no SUS. Porque, fala-se muito de judicialização da Saúde para garantia dos direitos do SUS, mas a judicialização da Saúde para garantia dos direitos dos contratos privados dos planos de Saúde também existe. Ela existe e está aí pra qualquer um ver. Então, a primeira coisa que eu gosto de frisar muito é que o SUS não é para pobre, SUS é de todos nós. SUS é patrimônio brasileiro e nossa única garantia de que não ficaremos à disposição dos interesses econômicos e do lucro.

Na verdade o SUS representa a consolidação do pacto social brasileiro, através do qual concordamos em garantir, mediante recolhimento de tributos e por meio do estado, o acesso universal e igualitário de todos os brasileiros aos serviços públicos de Saúde. E é por isso que é o nosso maior projeto público de inclusão social em construção. O que, aliás, é inteligentíssimo porque afinal não interessa a nenhum país, muito menos àqueles que pretendem o

desenvolvimento, uma sociedade doente, que não produz ou que não viva com o mínimo de dignidade. E por isso, quando falamos em SUS, a primeira coisa que precisamos ter claro é que, muito embora os serviços de Saúde não sejam de graça, pois são financiados sempre por nós cidadãos, são sim gratuitos porque não podem ser cobrados ao serem prestados.

Esse foi o pacto social firmado e essa é a conclusão que se extrai claramente dos princípios constitucionais do SUS e da Lei 8080/90 que assegura expressamente a gratuidade dos serviços de Saúde, assim como a Constituição do Estado de São Paulo a impossibilita qualquer tipo de dúvida ou discussão a esse respeito. Ou seja, quando falamos em SUS temos que ter em mente que estamos tratando de um sistema público de Saúde que tem a universalidade, a integralidade, e equidade, a descentralização, a regionalização e a participação da população, a participação social como princípios e diretrizes legais.

Ora, como podemos então admitir a possibilidade de haver a

Eu tenho que seguir a lógica do sistema, até para que ele funcione bem. No sistema privado de Saúde não. Faço o contrato com a seguradora de Saúde, convenciono as cláusulas do meu contrato, pego o meu livrinho, vejo quais as clínicas e quais os médicos que atendem o convênio dentro das cláusulas do meu convênio e escolho o médico e a clínica que eu quero ir, independentemente de qualquer localidade, escolho inclusive o especialista e vou. Ou seja, um caminho é muito mais curto que o outro. No sistema privado de Saúde eu não tenho um caminho a percorrer, eu não preciso ser referenciado, eu não preciso ser encaminhado dentro de um sistema. Eu escolho e eu vou aonde eu bem entender. E isto já cria uma diferenciação bastante grande porque num o caminho é muito mais curto que o outro.

Por outro lado, conforme o tipo de contrato de prestação de serviços que eu celebro com a seguradora de Saúde, eu tenho direito a quarto privativo, quarto para acompanhantes, alimentação especial, insumos e tudo mais, dependendo como eu já disse do tipo de

contrato, do plano escolhido, tudo isso que está intimamente ligado e relacionado ao valor pago. Dessa forma, num primeiro momento, para que os usuários de um plano de Saúde possam ser atendidos nos hospitais públicos, ao contrário do que se fala de que isso gerará uma arrecadação de dinheiro que será aplicado para melhoria da qualidade dos serviços públicos, isso gerará despesa. Por quê? Porque necessariamente terá que haver um maior investimento do setor público para que ele possa atender aos usuários dos planos de Saúde. Ou seja, ele vai ter que

gastar o dinheiro público e não obter mais dinheiro público para melhoria do sistema nesse primeiro momento. Por quê? Porque ele vai ter que nivelar os hospitais públicos pra poder atender a essas exigências e a essas diferenciações contratuais às quais os segurados fazem jus. Então, na verdade, ao invés do retorno de receita almejado, o poder público terá, isso sim, que investir e investir pesado como eu já disse a fim de colocar os hospitais públicos em condições de atender pessoas que possuem planos de Saúde ou se dispõem a pagar pelas consultas e procedimentos.

Até porque, considerando que todo hospital público deve obediência ao princípio da universalidade do atendimento, que é o mesmo que dizer que ele deve atender tanto os que podem quanto os que não podem pagar, incluindo aqueles que podem pagar, mas não queiram e se recusem a fazê-lo, parece óbvio que qualquer cidadão somente se disporá a pagar pelo atendimento médico no hospital público se isso lhe assegurar alguma vantagem compensatória que diferencie o seu atendimento do atendimento padrão existente. Afinal, em sã consciência, ninguém concordaria em pagar duas vezes para ter exatamente o mesmo tipo de atendimento oferecido pelo SUS. Porque nós já pagamos o SUS por meio de recolhimento de tributos e se optamos por pagar plano de Saúde, é porque não quisésemos o tratamento que nos é oferecido pelo SUS, porque se nós quisésemos nós não teríamos que pagar de novo. Nós nos submetéramos ao tratamento e às regras do SUS. É justamente por acharmos que o SUS não é adequado, que tem muitas deficiências, que nós pagamos plano de Saúde, optando por não usufruir dos serviços prestados pelo Estado.

Assim, com certeza nenhum de nós vai querer pagar um plano de Saúde para ter o mesmo tratamento dos pacientes que são atendidos no SUS, e que não pagam o plano de Saúde, até porque seria uma incoerência, não é mesmo?

E tudo isso, na verdade, com sérios prejuízos, tanto ao setor público como ao privado, e consequentemente, para todos nós, todos. Aos mais desavisados pode parecer num primeiro momento que atender plano de Saúde e privado nos hospitais públicos implique

## O SUS representa a consolidação do pacto social brasileiro

destinação de leitos de hospitais públicos para atendimento de planos de Saúde particulares? Essa é a primeira pergunta porque, se considerarmos apenas os princípios e as diretrizes constitucionais e legais do SUS, já chegaremos à conclusão de que isso é inadmissível porque fere não só princípios constitucionais como a própria legislação infraconstitucional. Mas se nós analisarmos ainda mais, com mais profundidade essa possibilidade, nós iremos verificar que, além disso, ela não só trará prejuízos ao sistema público de Saúde, como também ao sistema privado de Saúde, prejudicando todos nós indistintamente.

E aí eu vou tentar explicar para vocês, de forma resumida, um pouco do que nós do Ministério Público pensamos, inclusive que foi parte da nossa fundamentação na ação que foi proposta em face da lei e do decreto, através da qual conseguimos obter uma liminar suspendendo os efeitos concretos da lei e do decreto.

É bem verdade que essa decisão liminar foi objeto de recurso, o qual ainda não foi julgado, mas o Tribunal manteve a suspensão dos efeitos concretos da lei e do decreto até decisão em contrário, o que significa dizer que na prática eles não podem ser aplicados.

Quando se fala em dupla porta, fala-se muito em diferenciação do atendimento quando, na verdade, a diferenciação é posterior porque o que acontece, na verdade, é que os sistemas público e privado de Saúde são incompatíveis entre si. E é isso que gera, de forma inerente, a diferenciação no atendimento. Explico. Como já foi dito o SUS é regionalizado e hierarquizado, ou seja, isto significa para que possamos ingressar no sistema público de Saúde, devemos nos dirigir à UBS mais próxima da nossa região, que é a porta de entrada, ou seja, a porta de entrada do SUS é a atenção básica. Então eu passo por uma consulta médica e este médico, se entender que é o caso, vai me encaminhar dentro do sistema, de acordo com as minhas necessidades. Ou seja, ele vai me encaminhar para o setor secundário, terciário e até quaternário caso o meu estado de Saúde necessite.

Essa é a lógica do SUS. Eu não posso ir para qualquer hospital. Eu não posso escolher a especialidade com a qual vou me consultar.



num aumento da qualidade e prestação dos serviços, mas não é verdade. Nessa relação promíscua que se estabelece, onde o público acaba assumindo um caráter suplementar do privado, não somente haverá diminuição e restrições da capacidade operacional do atendimento público porque haverá uma destinação para um determinado tipo de atendimento e antes era de todos, como também haverá a diminuição e restrições da capacidade operacional do próprio setor privado porque isso gerará uma acomodação natural do setor privado que deixará de investir na ampliação da própria rede. Ou seja, permitir que os convênios se sirvam da estrutura dos hospitais públicos, que é custeada por valores incomparavelmente superiores de recursos públicos, gerará prejuízos não só aos usuários do SUS que passarão a contar com menos serviços e vagas disponíveis nos hospitais públicos, mas também aos consumidores dos planos de Saúde porque permitirá que o setor privado, hoje já deficitário, deixe de investir na ampliação da própria rede, passando a utilizar-se de forma bastante conveniente exatamente dos serviços onde ele nunca quis investir. Porque nós estamos falando aqui de atendimento em hospitais de altíssima especialidade. Nós não estamos falando aqui de atendimento de atenção básica. Nós estamos falando de atendimento de altíssimo custo, que exige muito investimento, onde com certeza a margem de lucro é diminuta.

Por outro lado a diferenciação não será apenas do atendimento dos usuários do SUS, mas também dos consumidores dos planos de Saúde. Porque, se considerarmos que na contratação com o poder público, o critério deverá ser sempre o do melhor preço, não é isso? Quando o poder público contrata, ele deve zelar sempre pelo melhor preço. Se ele admitir que planos de Saúde utilizem o espaço público, a rigor deverá ser pelo melhor preço. O melhor preço será repassado para o usuário, consumidor que contrata com o plano de Saúde porque com certeza não será o plano de Saúde que vai arcar com essa conta. O que significa que somente os planos mais caros, a rigor, é que serão atendidos nos hospitais públicos, se for obedecida a lógica da administração direta. Ou seja, somente aqueles que pagam mais e podem mais serão beneficiados para serem atendidos nos hospitais públicos aos quais já têm direito de serem atendidos pagando mais pelo convênio de Saúde. Que, na verdade, é o que já acontece com o Einstein, o Sírio-Libanês. Não são todos os planos de Saúde que permitem o atendimento no Einstein, no Sírio-Libanês. Serão todos os planos de Saúde que permitirão o atendimento no HC, no Hospital do Câncer?

Finalmente é de se notar que os hospitais estaduais não possuem conselho gestor. Ou seja, exatamente onde se pretende implantar essa questão da destinação dos leitos não há controle social. Por uma questão da própria administração direta que discutiu e que vem discutindo judicialmente essa questão da exigência da necessidade da existência dos conselhos gestores em todos os hospitais públicos. E os hospitais públicos estaduais não têm conselho gestor.

Além disso, outra questão interessante é que a dupla porta já existia, é bem verdade, através das fundações de apoio, o que já era muito questionável. Entretanto, hoje, o que se pretende é que as OSs, que não raro possuem hospitais privados, administrem a forma e a cobrança dos serviços prestados aos planos de Saúde e particulares em hospitais públicos. Ou seja, um Einstein, que tem um hospital privado e administra hospital público, ou um Sírio-Libanês, um Santa Catarina ou um Santa Marcelina, que são OSs mas possuem hospitais privados, ou seja, administram hospitais públicos e privados, possam dispor de 25% da capacidade dos leitos hospitalares públicos pra atender

paciente de plano de Saúde e particular. O que será que isso na prática vai gerar? O que poderá acontecer? Fica a interrogação.

E, finalmente, gostaria de colocar também a questão que não foi enfrentada pela legislação, nem pela lei editada nem pelo decreto, de como seria a forma de cobrança e fiscalização da aplicação deste dinheiro. A lei editada prevê que essa cobrança seja feita diretamente pelas OSs, entretanto a organização social é uma instituição privada, ainda que sem fins lucrativos, que está sujeita ao controle público quando a administra dinheiro público. Quando ela administrar dinheiro privado, quem vai fiscalizar? Como? Quando? De que forma? Essas questões não foram enfrentadas e disciplinadas em nenhum momento.

Agora posso concluir dizendo que é incontroverso que a Saúde Pública precisa de mais recursos, mas não podemos aceitar esse fato como justificativa para permitir a privatização da coisa pública. Se queremos mais dinheiro, então lutemos pela regulamentação da Emenda Constitucional 29, que assegura os recursos mínimos para o financiamento dos serviços de Saúde, e cobremos do poder público

## Ninguém concordaria em pagar duas vezes para ter exatamente o mesmo tipo de atendimento

mais eficiência na gestão, mais clareza sobre a eficiência da gestão inclusive, transparência e controle do dinheiro público. Essas sim são medidas que trarão efetivamente mais recursos para a Saúde Pública, além de segurança e transparência no trato do dinheiro público. Porque essa história de que precisamos de mais dinheiro, nós sempre vamos precisar de mais dinheiro para Saúde Pública porque essa vai ser uma conta que nunca vai fechar.

Se Deus quiser, sabe por quê? Porque quanto melhor for o serviço público de Saúde, mais pessoas vão migrar para ele. Eu tenho certeza que nós, qualquer um de nós, quando tivermos um serviço público de excelência, vamos abandonar imediatamente os convênios, os nossos planos de Saúde, e migrar para o SUS. Ou seja, a conta do SUS nunca vai fechar. Nós sempre vamos precisar de mais dinheiro. Então realmente nós precisamos lutar por mais dinheiro, mas não só lutar por mais dinheiro, nós precisamos garantir que as políticas públicas de Saúde sejam realmente efetivas e que garantam a qualidade da prestação do serviço. Porque dinheiro nós temos sim, o suficiente para garantir um bom serviço. Precisaremos de mais? Sempre. Se tivermos mais poderemos fazer melhor? Sim. Mas a pergunta é que nós devemos fazer sempre é: nós estamos usando toda a nossa capacidade para garantir que seja prestado o melhor serviço de Saúde com o dinheiro que já dispomos? Acho que este é o grande X da questão. Acho que quando nós começarmos a pensar exatamente nisto é que nosso SUS vai evoluir, vai pra frente. Porque enquanto nós só falarmos de mais dinheiro, mais dinheiro, mais dinheiro... Não. Vamos primeiro analisar e ter certeza que o dinheiro existente está sendo muito bem aplicado em políticas fortes, sólidas de médio e longo prazo. E aí sim, com mais dinheiro, nós poderemos fazer muito mais e melhor.

E, finalmente, gostaria de finalizar dizendo que diante de uma sociedade desigual e com alto grau de exclusão como a brasileira, nós não podemos permitir que a política pública da Saúde não seja um projeto capaz de superar esse quadro social. É nossa obrigação zelar pela prevalência do interesse público na condução da política do estado.

# A Medicina de Grupo

## ESTAMOS NA ÁREA

da Saúde desde 1973. A Saúde Suplementar existe no Brasil desde 1960, tendo início na região do grande ABC, onde surgiram os primeiros convênios médicos. Até 1998, tivemos uma Saúde Suplementar sem muito rigor, na verdade, ou seja, não havia nenhuma legislação para definir parâmetros mínimos de cobertura ou serviços a serem ofertados. A partir de 1998, foi instituída a Lei 9656, que começou a regulamentar as atividades das operadoras de planos de Saúde e cobertura mínima de assistência a Saúde. O sistema atual de Saúde suplementar é formado pelos seguimentos: autogestão, Medicina de Grupo, cooperativas médicas, seguradoras especializadas em Saúde, Odontologia de Grupo e cooperativas odontológicas.

Existem, hoje, aproximadamente 47 milhões de usuários, somente em planos de Saúde. Isso representa algo em torno de 23% da população do nosso país. Na área odontológica, depois da regulamentação, ou seja, a partir de 1999, saiu de uma massa de usuários de 1,3 milhões para aproximadamente 15 milhões. A Saúde suplementar deve atingir esse ano um PIB de 80 bilhões de reais. Observa-se que estamos falando em muito dinheiro envolvido, mas o resultado alcançado é pífio. E hoje temos como verificar esses resultados, basta entrar no site da ANS. O resultado líquido médio das empresas no ano de 2010, foi 2,7%, até porque as empresas, não tem liberdade de realinhar seus preços, sem que tenha a participação do órgão regulador, principalmente nos planos de pessoas físicas. E por tabela acaba influenciando nas negociações com os planos empresariais. A Saúde Suplementar tem mais ou menos dois milhões de atendimentos/procedimentos dia.

Com relação ao problema da dupla porta, nós, da Medicina de Grupo, não discutimos muito esse assunto na ABRAMGE. As operadoras que se utilizam de serviços em hospitais públicos, normalmente tem um contrato assinado, para o tipo de cobertura, que necessitam. Podemos citar como exemplo o InCor, que atende várias operadoras de planos de Saúde, o Hospital das Clínicas, a Fundação Antonio Prudente, entre outros. Essa discussão é individual de cada operadora de acordo com as suas necessidades e região de atuação. Quanto ao acordo em termos de preço para prestação dos serviços, a tabela acordada entre as partes normalmente são bem maiores que a praticada pelos SUS. Acho importante falarmos sobre a remuneração desses serviços, pois além de se pagar um valor maior que o SUS, isso ajuda o fluxo de caixa desses hospitais.

Outra realidade que deve ser colocada para nossa reflexão, é que os hospitais filantrópicos, se não tiverem convênios com as operadoras de planos de Saúde, dificilmente conseguiriam se equilibrar, somente com a receita dos serviços prestados ao SUS. Hoje, provavelmente teríamos grandes dificuldades

na maioria dos municípios, não só de São Paulo, mas em todo o Brasil. Talvez tivéssemos falta de tomografia na maioria desses locais, podendo dizer que hoje, isso chega a ser um aparelho de raios-x sofisticado. Fruto dessa fonte de financiamento, que são as operadoras de planos de Saúde, permitindo, que esses hospitais, possam melhorar seus serviços, até mesmo para a população, que necessitam dos atendimentos pelo SUS.

Alguns hospitais filantrópicos dentro das suas necessidades também desenvolveram seus próprios planos de Saúde, o que tem sido de suma importância para a sua sobrevivência.

Nós, da Medicina de Grupo, não somos a favor de 25%, de 10%. Por que 25%? Por que 10% ou 15% ou 30%. Não sabemos quais critérios foram usados para chegar a um percentual assim. Não temos essa informação e não participamos de nenhuma discussão com o serviço público ou entidades públicas para opinar sobre esse percentual. Deve haver alguma razão para quem elaborou esse cálculo, mas desconhecemos.

Para a Medicina de Grupo, isso não tem a menor importância. Quando uma empresa necessita de um serviço, principalmente de alta complexidade, que normalmente, são de excelente qualidade, assina um contrato para tal cobertura.

Não entramos no mérito da discussão como esse dinheiro entra, e nem como ele é administrado, realmente não nos compete discutir a parte operacional dessas entidades. Mas é importante deixar claro que não temos nenhuma participação nessas discussões de fixação de percentual para atendimento e ocupação.

Quero deixar registrado uma coisa importante: eu sou cidadão brasileiro, pago meu convênio, mas tenho o meu direito garantido, pela Constituição Federal, de usar o Serviço Público na área da Saúde, se assim necessitar. Eu recolho INSS, desde, 14 anos de idade.

São essas as minhas colocações sobre esse tema. Ficamos a disposição para debatermos um pouco mais sobre esse assunto.

▪ Regionalização e Racionalização dos Recursos Assistenciais

# Regionalização e Racionalização dos Recursos Assistenciais

Álvaro Escrivão Junior

GVsaúde FGV-EAESP

**ESTA SESSÃO DO** 13º. Debates GVsaúde aborda o tema Acesso e Regulação no Setor Público e no Setor Privado. A idéia é, dentro desse tema mais geral, discutir hoje a regionalização e a racionalização dos recursos assistenciais. Neste semestre estamos discutindo o acesso e o excesso nos serviços de Saúde. Precisamos garantir que as pessoas tenham acesso a tudo que realmente precisam e não oferecer nada do que elas não precisam. Assim, tanto o setor público quanto o setor privado tem que cuidar dessas duas questões, do acesso e da regulação. E hoje vamos discutir a racionalização dos recursos e a regionalização.

Temos a satisfação de contar com o professor Dr. José Manoel de Camargo Teixeira\*, professor aqui na escola e secretário adjunto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ele tem graduação em Medicina e doutorado pela Faculdade de Medicina da USP; foi diretor executivo do InCor, e superintendente do HC FM-USP. É alguém que tem muito a nos contar nesse tema em debate.

E temos também Dr. Ricardo Ramos, diretor de

operações de Saúde da Qualicorp. É médico, cirurgião geral, formado pela Santa Casa de São Paulo, com especialização em Administração de Negócios pelo Mackenzie. E ele tem uma atuação muito grande no setor de Saúde suplementar e atualmente responde pela diretoria de operações do Grupo Qualicorp, uma empresa que está crescendo e aparecendo muito no mercado, tendo feito inclusive o seu IPO recentemente.

\* O texto do professor Dr. José Manoel de Camargo Teixeira será publicado na próxima edição

# A experiência da Qualicorp

## A QUALICORP TEM

menos de quinze anos de vida, cresceu muito rápido. São três milhões de vidas – o que, às vezes, é um susto para algumas pessoas. Ela é uma companhia de capital aberto desde junho deste ano, no Novo Mercado, que é o mais alto nível de governança da Bolsa. Apesar de se achar que tem muito dinheiro, a função desses recursos é, na verdade, fazer aquisições no sentido de sinergia dentro do que será aqui abordado de objetivo da companhia e também para conseguir capacitar a companhia na busca da melhor sinergia possível dentro dessas aquisições. Isso, definitivamente, é um desafio.

São seis empresas no grupo. Três delas são as mais conhecidas, as empresas de distribuição de planos de Saúde. Então, quando se abre o jornal e se vê lá “Qualicorp”, no Jornal Nacional, Lima Duarte, ali na verdade é uma distribuição de produto, planos de Saúde. Fazemos o desenho de produtos junto com as operadoras, somos os responsáveis na agência Nacional de Saúde por sermos caracterizados como Administradora de Benefícios.

De três anos pra cá, a companhia entendeu que só distribuir o produto não era suficiente, ela tinha que interferir de alguma maneira na gestão desse sinistro. Então temos outras três empresas do grupo que só pensam em como fazer a melhor gestão possível dentro de uma racionalização adequada, de uma regulação adequada e como interferir nisso sem entrar no underwriting, no risco da operação.

E aí, só para desmitificar algumas questões de mercado, a Qualicorp nunca vai ser uma operadora de planos de Saúde. Está no DNA não correr o risco da operação. Nós somos prestadores de serviço nesse pólo de acompanhamento de sinistros. E para isso, temos basicamente três empresas. Uma empresa de Saúde, de consultoria em Saúde, que pensa e respira 24 horas Medicina Preventiva. Outra que pensa e respira 24 horas conectividade, que hoje faz, por exemplo 100% da conectividade da Golden Cross ou da Porto Seguro. E outra que respira 100% do tempo backoffice para operadora de planos de Saúde, para autogestões.

Temos um milhão e meio de vidas, que acompanhamos na distribuição – que é uma cadeia própria – e mais dois milhões que acompanhamos nessa administração de sinistros.

A Qualicorp é uma empresa nacional e aí os desafios de regionalização. Mas temos alguns desafios, temos clientes de porte muito grande, empresariais como o Santander que são 128 mil vidas no Brasil, o Sebrae, de que cada unidade federativa tem a sua sede, até empresas locais, onde está 90% da massa de seguros efetivamente – aqui em São Paulo e Rio de Janeiro. A White Martins é no Rio de Janeiro, por exemplo, só para citar algumas.

Devemos partir de uma premissa, que acho que neste fórum não tem, mas é importante dizer, que regulação não é um palavrão. Quer dizer, regulação é como auditoria, tinha um label errado antigamente. Regulação nada mais é do que um mecanismo obrigatório para você manter sustentabilidade num setor de alguma maneira. E quando falamos de regulação aqui, é lógico, usar o certo para o que é realmente necessário. Prover Saúde ou, inventar aqui um termo, “menos doença” para aquele grupo populacional. A partir do momento em que se têm as informações. Às vezes não tem nem informação para cair em cima desse detalhe.

Existe na Saúde Suplementar – como costume dizer – um tropismo financeiro em relação à regionalização. Quer dizer, o capitalismo direciona a Saúde suplementar de alguma maneira, quando se entra, a agência tem no site, no mapa da distribuição de vidas, vê-se que está muito concentrado em alguns pontos. Isso de alguma maneira torna mais fácil.

Agora, o Sebrae quer que se atenda igualzinho o paciente do Acre e o paciente de Caxias do Sul. Isso não é tão simples porque, mesmo na Saúde suplementar, não tenho os mesmos níveis de serviços. Então, isso não deixa de ser um desafio também nesse sentido.

E a regulação pode passar também desde como é que pago o prestador, como compro a OPME, aí se pode desdobrar essa conversa em um mundo à parte de numerologias e política de compras de materiais, por exemplo. Mas, eventualmente, consigo ter uma boa negociação em Curitiba de OPMEs e não consigo ter uma boa negociação no Acre. Não tem porque não tem distribuidor lá.

Salvador é uma capital à parte. É outro Brasil. Espírito Santo também. Recife, enfim... Então quando o cliente vem dizendo “você vai ajudar a gente a montar pacote, a negociar OPME.” Não, eu vou te dar benchmark de mercado onde você está, até que ponto conseguimos ir nessa.

Então, a regulação pelo menos tem que servir de apoio, depois que você faz a parte negocial como apoio. Pelo menos estou pagando certo para o que

realmente tem que fazer? Então, dessa maneira, entendendo a palavra e o que ela significa nesse contexto, entendemos que ela é sine qua non para sustentabilidade do setor.

Na Saúde Suplementar o dinheiro quem paga, de alguma maneira, é o indivíduo que está no seu benefício, 70%, 73% é coletivo. Na sua entidade, no seu RH esse indivíduo, essa entidade paga um plano de Saúde pra operadora, mas existe já uma intermediação aí. Tem uma consultoria, uma corretora que de alguma maneira participa desse processo de venda, que organiza esse processo, então já morde um pedaço. Aí a operadora que de alguma maneira hoje está espremida por essas condições todas de underwriting, de geografia, de cobertura, as novas RNs, essas pressões todas. Tem que ter um custo administrativo de rede principalmente cada vez mais difícil que come uma parte do percentual. E lá na ponta há um hospital que tem a sua margem de contribuição e lá na pontinha tem um médico. E ainda queremos que o setor gere valor para o paciente. O cara que atende realmente está na ponta desse dinheiro. O dinheiro vem diminuindo e lá na pontinha está o médico.

Não estou defendendo o médico, mas hoje, por acaso ou não, foi um dia de mobilização nacional dessa categoria, que chamou a atenção de todo mundo e como pensamos nessa cadeia de dinheiro, temos que pensar que há alguma coisa errada. Não é possível. E aí começam os tropismos capitalistas inevitáveis.

A gente só precisa ordenar isso para não ter uma sincronia. Então esse tropismo capitalismo e essa parceria com o SUS às vezes é meio incestuosa porque um mata o outro. Precisamos entender muito bem em que pé estamos e como é que se serão mantidas essas relações porque às vezes dependemos de algumas operações do SUS, assim como o SUS, se puser os 80 bilhões do outro lado, de alguma maneira também depende de uma Saúde Suplementar hoje em dia, que não deixa de ser complementar.

Temos aqui em São Paulo, para citar um cliente nosso que é interessante porque é um misto de SUS com privado, o IAMSPE, que é o Instituto de Serviço de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. São um milhão e duzentas mil vidas, estado de São Paulo. A distribuição geográfica é bem parecida. São três níveis de atenção. Então são as cidades, as microrregiões e as macrorregiões. E tem que ter serviços primários, secundários, terciários de acordo com essa distribuição. É muito parecida a forma de pensar em que pese ser uma autarquia. Não chega a ser uma Saúde Suplementar, mas é uma Saúde complementar; e isso também está bem definido o que é complementar quando foi criada a agência.

De qualquer maneira, entender a regulação num serviço que não é nem público, por exemplo, essa autarquia, e tem diversas autarquias não ligadas à agência, em Brasília há um monte, por exemplo, são autogestões, mas elas não estão vinculadas à agência por serem num formato jurídico capaz de ficar de fora. Mas provêm um plano de Saúde com benefícios pra seus usuários. E você tem que entender que aquelas regras já não são as mesmas regras, nem do SUS, nem da Medicina privada. Isso é um aprendizado diário. Atendemos com o mesmo sistema, com as mesmas pessoas, buscando economia de escala a Volkswagen, que é uma autogestão e todo o backoffice é feito pela gente, e o IAMSPE. Só que não dá pra deixar as mesmas pessoas fazendo as mesmas coisas porque as regras são completamente diferentes, por mais que um sistema ajude a gente. Então, também entender e conseguir customizar a prestação de serviço lá na ponta é um dos desafios e é uma das pontas que a gente tem que trazer pra cá.

Tem alguns artigos que estão fazendo centrais de inovação para profissionais de Saúde fora do Brasil, que são centrais 24 horas onde o profissional de Saúde pode entrar em contato e tirar as suas dúvidas, de dúvidas epidemiológicas até de processo de pesquisa, passando pela questão financeira da Saúde. Como se fosse aqueles suportes de psicólogos que você tem nos bancos etc. Hoje já está se pensando como modelo inovador para se formar líderes que vão ter que ter uma saída inovadora para os problemas que estão aí, se repetindo há décadas e ninguém está conseguindo resolver. Quer dizer, falar do crônico é uma coisa que se fala há pelo menos dez anos, tudo se sabe, quer dizer, os crônicos, os cinco top five gastam sempre 70% do dinheiro, principalmente no final da vida, mas muito pouco se consegue fazer efetivamente numa maneira replicável e que dê resultados de larga escala. A gente não está conseguindo. E não somos nós, apenas: o mundo inteiro tem uma dificuldade de abordagem. Então, os desafios são enormes. E aí não é só público, é no setor como um todo. E quem conseguir acertar essa questão com certeza vai largar na frente. E há algumas operadoras, algumas iniciativas que já estão um pouco a frente. A gente conhece.

## Conseguir customizar a prestação de serviço lá na ponta é um dos desafios

Hoje em dia fazemos a regulação do setor, mesmo regionalizado, quem trabalha com operadora, muito preocupado com procedimentos. O procedimento pode, qual a condição técnica, me dá esse e esse exame no mínimo para poder liberar tal exame. Ou então se está fazendo a regulação do prestador, põe uma auditoria um pouco mais ostensiva, dá uma segurada. Está na hora de se pensar em fazer a regulação do indivíduo. Não no sentido do Big Brother, mas no de se conseguir efetivamente dar para esse indivíduo um nível mínimo de Saúde para que ele pare de sangrar o setor como um todo, porque esse é o ponto chave. Não adianta achar que ele é um crônico e sair correndo atrás dele agora. É possível conseguir, de alguma maneira, mapear a vida desse indivíduo de forma que se possa acompanhar e fazer regulação dele, como é que ele vai transitar pela rede. Esta é maior ou menor, isso é independente do que você tem que fazer. Agora, a inteligência de negócio para se conseguir regular, não o prestador, mas o indivíduo, é a chave para um futuro breve.

Para exemplificar isso, que é o que está no nosso radar, que é o que se está buscando. Imagine-se uma pessoa no Acre, ela passa uma carteirinha pedindo um stent farmacológico, há uma conectividade, passa, vai parar numa área médica, numa regulação médica, vê se o stent faz sentido ou não, liberou. Automaticamente assim que um médico regulador autorizou tecnicamente aquilo, vai ter uma cadeia de famílias de medicamentos que ele vai ter desconto na hora que ele sair do hospital. Quer dizer, essas integrações – e estou falando de PBM agora – quando se consegue fazer a regulação de um indivíduo, é possível prover muito mais do que o que se está tentando fazer hoje. Isso porque hoje as ferramentas são limitadas, os sistemas vão até certo ponto, não temos essa integração de dados toda e ainda não se discutiu regular um indivíduo. Repito, não no sentido de Big Brother, mas no sentido de efetivamente voltar lá, sair do zero e gerar valor para a cadeia e para o indivíduo. A única solução é olhar só para ele de alguma maneira e fazer o tropismo em cima dele.

Assim, essa é a visão de futuro em curto prazo ou médio prazo.



# Cenário para Regulação e Acesso

Ana Maria Malik

GVsaúde FGV-EAESP

## ESTE É O ÚLTIMO

dia de debates do 13º. Semestre de Debates GVsaúde, cujo tema foi acesso e regulação, tanto no setor público quanto no setor privado. O assunto já foi visto sob diversos pontos de vista. Por exemplo, como a Secretaria de Saúde tenta garantir ou racionalizar o acesso das pessoas aos diferentes serviços, principalmente aos serviços de referência. Para se contrapor à SES-SP veio a Qualicorp, que faz a regulação para uma série de planos de Saúde de maneira a racionalizar o acesso.

O presente debate se chama Cenário para Regulação e Acesso. Sua ementa é a existência de uma forma de fazer regulação de maneira a facilitar o acesso de mais pessoas e a busca da qualidade na assistência, ou seja, o desenho, a formulação, a formação, a implantação de protocolos assistenciais. A Associação Médica Brasileira tem um programa voltado para elaboração e divulgação de diretrizes, que não é novo, mas continua em fase de difusão pela categoria. Afinal, os médicos ainda apresentam certa resistência a seguir as regras dos protocolos assistenciais, embora eles permitam racionalizar os insumos e os exames necessários.

Um caso real ocorrido recentemente foi com um médico, casado com uma enfermeira que esteve internado na UTI de um hospital desta capital. Lá ouviu uma conversa entre uma auxiliar e alguém que fazia exames de laboratório: “será que os médicos ganham alguma coisa pra mandar fazer exame? Porque eles pedem tantos exames. Esse um, ele bateu a cabeça e o povo fica pedindo exame pro coração”. Como eu sei do caso, meu comentário é “claro que tem pedir, o cara é um recém-enfartado”. Dizer isso na frente do paciente, porém, não é uma conduta adequada. Se nem as pessoas que trabalham no serviço de Saúde acham confiáveis os serviços prestados, quem acharia?

Por outro lado, o cidadão brasileiro tem, por direito, acesso universal, mas nem sempre consegue obter o que deseja. Em função disso, muitas vezes adere a planos da assistência suplementar. E quando não lhe satisfazem o que considera seu direito, ele se queixa. No Brasil existe um Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), embora sem a projeção dos órgãos com a mesma finalidade em outros países como os Estados Unidos. Nesse país, se o Idec diz “não use determinada pasta de dentes”, ela certamente terá uma redução de mercado. Aqui não necessariamente. Uma das áreas que gera mais reclamações é a dos chamados planos de Saúde, tecnicamente as operadoras de Saúde.

A primeira convidada é a doutora Natália Carvalho de Andrade, que representa a Associação Médica Brasileira. Ela é especialista em Cardiologia – uma das especialidades médicas que mais normas e protocolos tem – e diretora acadêmica do PRODIRETRIZES – programa de educação médica à

distância baseado nas diretrizes da AMB. Até 2010 foi professora da Universidade Lusíadas, em Santos, na disciplina de Metodologia de Pesquisa e Estatística.

A segunda convidada é a doutora Juliana Ferreira Kozan, representando o Idec. Ela é uma advogada graduada pela PUC, especializada em Direitos Difusos e Coletivos, pós-graduada em Direito Administrativo pela FADISP. No Idec ela é supervisora das ações judiciais e acaba sendo a representante do instituto pra questões da Saúde.

Tanto a representante da AMB quanto a do IDEC se referiram ao cidadão, usuário, consumidor. No discurso da Dr<sup>o</sup>. Natália apareceu o assunto do acesso igual, significando que se tenta evitar as variações desnecessárias, um dos pilares das teorias de gestão da qualidade em qualquer área, inclusive na Saúde. Outros assuntos candentes no segundo semestre de 2011 são a utilização da Sibutramina, a porcentagem de cesáreas no total de partos e a atuação dos juízes. No da Dr<sup>o</sup>. Juliana, ela menciona que a discussão entre ANS versus planos de Saúde reflete um tipo de interpretação da lei. Quando o órgão de defesa do consumidor entra nesta disputa, a interpretação passa a ser outra.

Depois dessa discussão fica clara a oposição entre um país da boa fé e um país da má fé, embora nenhum dos dois exista. O que existe é a assimetria de informações. E isso não quer dizer que um sabe e o outro não sabe. Assimetria de informações significa que muita gente sabe, mas sabe de maneira diferente: o médico sabe uma coisa, o advogado sabe outra, o juiz sabe uma terceira, o fabricante de equipamentos, de medicamentos sabe outra, o paciente sabe outra e assim vai. Essa assimetria de informações existe e não há meio de que ela seja suprimida. Então o importante é haver comunicação entre essas partes. Em 2011 ocorre um esforço importante entre as pessoas do SUS e as pessoas do Ministério Público, por exemplo, para se entenderem um pouco melhor, evitando que um fique à mercê do outro.

No que diz respeito ao médico, no último trimestre de 2011 os médicos se insurgiram contra as operadoras e contra o SUS. Houve greve contra os dois grandes financiadores da assistência, o que no mínimo mostra um dos problemas emergentes do sistema, da sociedade brasileira.

# A perspectiva do Idec

**INICIALMENTE,** farei uma pequena apresentação do Idec para quem não conhece. É uma associação civil sem fins lucrativos, apartidária, não tem ligação nenhuma com empresas, nossos associados são exclusivamente pessoas físicas e é quase integralmente mantido pelas anuidades pagas por esses associados. Desse modo, atuamos com total independência de partidos políticos e/ou empresa, com base única e exclusivamente na defesa do consumidor. O Idec foi criado em 1987, tem bastante tempo de atuação.

O Idec atua na questão da Saúde desde a sua criação. Este é um dos temas prioritários dentro do Idec e como somos uma associação de defesa do consumidor, acabamos atuando mais na questão de planos de Saúde e outras questões, como de medicamentos, do que na questão do SUS. Mas, o Idec também entende que o consumidor é mais, é um cidadão, então também atua um pouco nessa parte do SUS. Temos uma cartilha chamada O SUS Pode Ser o Seu Melhor Plano de Saúde, está disponível no nosso site. Temos também uma cartilha sobre planos de Saúde, os principais abusos e armadilhas.

Temos também uma publicação sobre vigilância sanitária, uma de planos de Saúde que é uma avaliação dos oito anos da Lei de Planos de Saúde, e uma cartilha sobre medicamentos.

O Idec também tem atuado recentemente nas redes sociais, e é possível acompanhar a atuação do Instituto nestas redes. Temos tentado divulgar ao máximo a nossa atuação porque a principal meta do Idec é informar o consumidor dos seus direitos e, com essas novas ferramentas facilitaram a disseminação das informações.

Com relação ao tema, tentando entender um pouco o que regulação e acesso tem a ver do ponto de vista do consumidor, do cidadão. A regulação deveria facilitar ou melhorar o acesso dos cidadãos-consumidores ao direito a Saúde, mas nem sempre é isso o que acontece. E é isso que vim trazer: mostrar o lado ruim para o consumidor da regulação da forma como ela acontece no nosso país hoje.

Trazendo um pouco do direito à Saúde, nossa Constituição Federal diz que a Saúde é direito de todos, dever do Estado e que ele deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem redução do risco de doença, acesso universal igualitário às ações e serviços de Saúde. Todos os serviços de Saúde são de relevância pública e cabe ao Poder Público a sua regulamentação, fiscalização e controle. As ações e serviços de Saúde devem integrar uma rede regionalizada, hierarquizada, constituindo um sistema único, descentralizado, integral, que priorize atividades preventivas, a participação da comunidade. E a Constituição prevê que a assistência à Saúde é livre a iniciativa privada.

Bom, daí conseguimos identificar que o direito à Saúde pode ser garantido mediante a prestação de serviços tanto por um sistema público, que é o SUS,

como por um sistema privado, que é veiculado no nosso país pelos planos de Saúde.

Esses dois setores têm algumas diferenças e tentamos pontuar algumas. Aos planos de Saúde, obviamente, só tem direito quem adere, quem compra este produto, e o SUS é direito de todos os cidadãos. O plano de Saúde é só para quem tem condições de pagar, no SUS os serviços são gratuitos. Nos planos de Saúde a finalidade é o lucro, no SUS a finalidade é promoção e recuperação, prevenção de Saúde. No plano de Saúde há uma mudança de acesso pra quem tem mais dinheiro, quem paga mais consegue melhores serviços e no SUS não há essa discriminação. Nos planos de Saúde, como todo mundo sabe, os idosos acabam pagando bem mais caro e no SUS é gratuito para todos. Nos planos de Saúde os doentes sofrem restrições, precisam pagar mais caro para ter o atendimento e no SUS não tem discriminação. No plano de Saúde tem carência, no SUS não. Nos planos de Saúde pode acontecer de o consumidor comprar um plano de Saúde que não cobre internação, ou não cobre parto, ou não cobre atendimento ambulatorial, no SUS ele tem atendimento integral. Os planos de Saúde por vezes não cobrem exames e procedimentos complexos, o SUS dá atendimento integral. Em geral, nos planos de Saúde eles tendem a excluir cobertura de doenças profissionais, acidentes de trabalho, o que acaba sendo atendido sempre pelo SUS.

Com relação ao compromisso com a prevenção de doenças, houve uma pequena alteração, já que recentemente a ANS regulamentou uma possibilidade de apresentação pelas operadoras de projetos de prevenção de doenças, mas ainda é de adesão voluntária pelas operadoras, não é obrigatória. O SUS não, ele tem obrigação e bastante atuação na parte de prevenção.

Nos planos de Saúde há um problema sério para quem tem plano coletivo e se desvincula da empresa, que acabam ficando sem atendimento de uma hora para outra e isso não acontece no SUS. E nos planos de Saúde a cobertura de medicamentos não é obrigatória, a não ser durante internação, e no SUS o fornecimento de medicamentos sempre é obrigatório.

Houve um crescimento muito grande no número de beneficiários de planos de Saúde no Brasil, de mais de 50% o número de beneficiários nos últimos dez anos. E, por outro lado, temos recebido no Idec muitas reclamações e muitos questionamentos, principalmente das classes mais baixas, que no começo ficaram felizes



de conseguirem acessar um produto como o plano de Saúde, mas hoje em dia chegam no Idec e nos questionam “será que vale a pena ter um plano de Saúde hoje no Brasil? Eu demoro mais pra ter uma consulta, um exame no plano de Saúde do que no SUS, e no SUS eu não pago”. A qualidade de um plano de Saúde no Brasil está bem complicada. É importante fazer essa comparação de plano de Saúde e de SUS porque o SUS pode acabar sendo o melhor plano de Saúde para muita gente.

Bom, no SUS, como já vimos na parte da Constituição, o SUS é um sistema formado por vários níveis de governo e também pode ser formado pelo setor privado mediante convênio. Ele é único e universal. Ele tem que atender a todos sem distinção. Também é um sistema integral, a pessoa deve ser tratada como um todo e deve-se focar sempre na prevenção e tratamento e recuperação. Ele é descentralizado e tem ações tanto em nível federal, estadual e municipal.

O atendimento no SUS não é o foco do Idec na área da Saúde, mas vale esclarecer que os órgãos reguladores no SUS seriam os gestores federal, estaduais e municipais de Saúde.

Um dos grandes problemas ou talvez o maior problema da regulação no SUS é a questão de orçamento e ausência de diretrizes. Também a questão do tempo pra atualização e revisão dos protocolos, das novas tecnologias também é um problema. Isso acaba gerando bastante problema de acesso e os que conseguimos identificar num tempo de atuação lá do instituto são realizações de consultas, exames, cirurgias, vagas de internação, fornecimento de medicamento e precariedade de serviços de reabilitação, e serviços odontológicos e de Saúde mental.

E no setor privado? Hoje existem no Brasil 61,9 milhões de usuários de planos de Saúde. Houve um crescimento de 50% nos últimos dez anos. Em compensação houve, apesar de ter tido um aumento bastante grande de número de beneficiários, teve uma concentração muito séria de operadoras no mercado e hoje 11 operadoras possuem mais de 30% dos beneficiários. Teve uma queda bastante grande também no número de operadoras que atuam no mercado, em 2000 havia 2639 operadoras e hoje há apenas 1628 operadoras.

O mercado de planos de Saúde é dividido em algumas questões. Ele pode ser dividido por tipo de contrato, ou seja, temos no mercado planos individuais, que são aqueles contratados diretamente pelo consumidor com a operadora, e existem os planos coletivos, firmados entre uma pessoa jurídica e uma operadora. Os planos coletivos podem ser de dois tipos: o plano coletivo por adesão, que é firmado por sindicatos, associações em benefício de seus filiados/associados; e o plano coletivo empresarial que é firmado por empresas em benefício de seus funcionários. Hoje em dia, há uma grande parcela do mercado de planos coletivos, quase 80%.

E também existe outra divisão do mercado por data de contratação do plano. Temos planos antigos e planos novos. Os planos novos são firmados a partir de janeiro de 1999 e estão sob a vigência da Lei de Planos de Saúde, que é a Lei 9656/98. E os planos antigos são os firmados até 1998. Existe essa diferenciação porque a Justiça determinou que esta lei só é aplicada para os contratos firmados a partir da sua vigência. E o que é um plano de Saúde? Para a Lei 9656/98 é qualquer prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais por prazo indeterminado que tenha por finalidade garantir a assistência à Saúde. De que forma? Mediante o acesso a profissionais e serviços de Saúde livremente escolhidos ou que existam numa rede credenciada. E isso independe da forma da pessoa jurídica que preste esse serviço. Pode ser uma empresa, uma associação, uma seguradora, Medicina de Grupo, cooperativa, autogestão, não importa o tipo da pessoa jurídica. Se configurar esses requisitos, é um plano de Saúde e deve seguir as normas da lei de planos de Saúde.

O órgão de regulação deste setor é a ANS, que é a Agência Nacional

de Saúde Suplementar, uma autarquia. O setor de planos de Saúde é o mais reclamado no Idec há onze anos consecutivos e os principais problemas têm se repetido durante os anos: reajustes abusivos e negativas de coberturas. E outros problemas vêm aparecendo, ano a ano, de acordo com o que tem acontecido no mercado, como, por exemplo quebra de operadoras e alguns outros problemas.

Tentei apresentar os problemas do setor comparando com se o problema tem ou não alguma ligação com a regulação feita pela ANS. O principal problema que aflige os consumidores de planos de Saúde certamente é a questão da negativa de cobertura. E há alguns problemas na atuação da Agência com relação a essa questão.

O primeiro deles é a interpretação equivocada da Lei de Planos de Saúde. Por quê? A lei de planos de Saúde determina no seu Artigo 10<sup>º</sup>. que todas as doenças listadas pela Organização Mundial de Saúde têm que ser cobertas e diz lá no parágrafo desse artigo que a ANS vai regulamentar como vai se dar essa cobertura. A ANS então passou a editar de tempos em tempos, o rol de coberturas obrigatórias, que é uma listagem de procedimentos que devem indiscutivelmente ser cobertos pelas operadoras. Porém, a ANS interpreta esse rol como um rol taxativo, ou seja, o que não está nesse rol a operadora não é obrigada a cobrir. Mas a interpretação correta, de acordo com os princípios de defesa do consumidor e de acordo com o que diz a própria lei de planos de Saúde é que a ANS vai regulamentar um direito previsto em lei. Então há uma listagem mínima que indiscutivelmente deve ser coberto, procedimentos que estão fora desta listagem devem também ser cobertos se indispensáveis ao tratamento do paciente, tem que haver discussão sobre o que está fora do rol principalmente porque sabemos que a medicina evolui muito mais rápido do que os protocolos da ANS.

E o outro problema da atuação da ANS que acaba levando à negativa de coberturas é a omissão com relação a contratos antigos. A ANS se recusa a regulamentar, a tratar e a discutir contratos antigos com base numa interpretação equivocada de uma decisão do Supremo Tribunal Federal. Ela entende que ela não pode tratar desses contratos porque eles são anteriores à lei dos planos de Saúde. Só que ela esquece que a lei que a criou diz que ela tem que regulamentar o setor de planos de Saúde, então ela pode sim regular os contratos antigos usando outras legislações como o Código de Defesa do Consumidor pra regular este tipo de contrato. E este tipo de contrato tem muitos problemas com relação à negativa de cobertura.

Com relação a reajustes abusivos, o principal problema da atuação da ANS é a falta de regulação dos reajustes de contratos coletivos. A ANS regula e fixa anualmente um teto de reajuste anual para contratos individuais e apenas monitora o reajuste de contratos coletivos. Ela considera que nos contratos coletivos há uma paridade de poderes entre as pessoas jurídicas contratantes, que levaria a uma negociação e ela não precisaria regular esse tipo de reajuste. Mas sabemos que na prática essa paridade não existe, as pessoas jurídicas, principalmente as menores, não tem qualquer poder de negociação com a operadora. A operadora impõe o reajuste e, ou a empresa aceita ou o contrato é desfeito.

Existe outro problema, que é a fórmula de reajuste de contratos individuais que, por incrível que pareça, hoje em dia a ANS utiliza a média dos reajustes aplicados nos contratos coletivos. Então ela usa a média de um número que não regula pra regular os contratos individuais. Isso tende a ser alterado em breve porque existe um processo em discussão na Agência pra mudar a metodologia de reajustes de contrato individual, mas ainda não tem nenhuma conclusão.

Outro problema muito sério é a regulamentação de reajuste por faixa etária. O reajuste por faixa etária é aquele “presente de aniversário” que recebemos quando mudamos de faixa etária: toda a vez que mudamos de faixa ganhamos um reajuste na mensalidade do plano, além do reajuste

anual. E a ANS regula este reajuste, ela tem uma norma que trata disso, só que esta norma prevê a existência de dez faixas etárias e que da primeira à décima faixa pode ter um reajuste de até 500%. E a única limitação que ela faz é que o reajuste acumulado das três últimas faixas não pode ser superior ao reajuste acumulado das sete primeiras. Mas se formos considerar dividir os 500%, é possível ficar 250% pras três últimas faixas e 250% pras sete primeiras, isso quer dizer que aos 59 anos alguém pode ter um reajuste de 150% no seu plano de Saúde, o que é extremamente alto e abusivo.

Há ainda a admissão pela ANS do reajuste por sinistralidade. O que é esse reajuste? É um reajuste aplicado pelas operadoras por aumento do uso do plano. Então toda vez que aumentou o uso do plano de um ano pro outro, a operadora faz um cálculo e aplica um reajuste no ano seguinte, repassando para o consumidor esse aumento de uso. O Idec sempre defendeu que esse reajuste é ilegal. Ele transfere para o consumidor um risco da atividade, que é do fornecedor. Além disso, configura uma alteração unilateral do contrato. Enfim, ele fere várias disposições do Código de Defesa do Consumidor e ainda assim a ANS não proíbe esse tipo de reajuste e o reconhece como legal.

Podemos apontar, além da negativa de coberturas e dos reajustes abusivos, outra deficiência na regulação da ANS que levou a uma grande diminuição da oferta de planos individuais. Hoje em dia as seguradoras, por exemplo, não ofertam mais planos individuais. É difícil para o consumidor, que quer um seguro Saúde, conseguir contratar um individualmente hoje no mercado. E o problema na atuação da ANS é a desregulamentação de contratos coletivos. A ANS tem uma norma que é a resolução normativa 195 que trata de algumas questões de contratos coletivos, mas ela não regula reajuste e não regula rescisão unilateral por parte da operadora. Então, o que isso quer dizer? Que a operadora, quando ela bem quiser, pode cancelar o contrato e todos os consumidores que são vinculados a um contrato coletivo ficam de uma hora pra outra sem plano. E essa desregulamentação de contrato coletivo faz com que esse mercado de contrato coletivo seja muito mais interessante pras empresas do que os planos individuais.

Outro problema bastante sério que temos acompanhado, e até tem uma avaliação de três casos na publicação de avaliação dos oito anos da lei de planos de Saúde que temos no site, é a questão da quebra de operadoras. Muitas operadoras têm quebrado no mercado e os consumidores sempre são os maiores afetados porque começam a ter queda na qualidade da assistência de Saúde contratada até que acabam ficando sem plano de uma hora pra outra. E o que podemos notar é que a ANS tem sido muito ineficiente na sua atuação e acaba em uma total incapacidade de resgatar uma operadora em crise. Isto se deve a uma ausência de revisão e auditoria na atuação e nas regras da própria Agência. Recentemente até saíram algumas revisões, mas só puramente administrativas e um dos nossos posicionamentos foi se vamos mexer na norma que trata de resgate e equilíbrio econômico-financeiro das operadoras. A ANS tem que fazer uma avaliação da sua atuação e ver aonde que a sua atuação ou a regulamentação que ela possui está pecando pra isso acontecer.

Outro problema grave é a interferência das operadoras nas atividades dos profissionais de Saúde. Esse ano acompanhamos a paralisação dos médicos, que enfim resolveram se unir e começaram uma briga com as operadoras. O Idec sempre soube que, não só os consumidores têm problemas com as operadoras, mas os médicos e outros profissionais de Saúde também. Não é só questão de valor de consulta ou valor de procedimento, são diversas outras interferências como, por exemplo, glosa de procedimentos e limitação de pedidos de exames. E a ANS sempre se omitiu em regular de forma eficiente a relação das operadoras com os prestadores, apesar de ela ser responsável por regular o setor. Se

ela é responsável por regular o setor, ela é responsável por regular todas as relações advindas desse setor e coibir todos os tipos de interferência das operadoras na atuação dos profissionais.

Devemos pontuar ainda mais um problema bastante grave, que é o descredenciamento de hospitais, clínicas, laboratórios e médicos e outros profissionais. Hoje em dia contratamos um plano de Saúde e muitas vezes a rede credenciada é essencial para a escolha e para se contratar um determinado plano de Saúde. O Idec defende inclusive que a rede credenciada é parte integrante do contrato e não pode ser alterado unilateralmente pela operadora. Mas, infelizmente, o descredenciamento tem sido muito freqüente e em prejuízo dos consumidores. E há falta de regra pra evitar esse descredenciamento de profissionais por parte da ANS. A Lei de Planos de Saúde traz uma regra pra hospitais, não para outros profissionais, que determina que pode haver descredenciamento desde que haja substituição por outro de mesma qualidade e que haja prévia informação ao consumidor, mas é possível aplica-la analogicamente para clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais.

Há também o problema na demora do atendimento. O Idec colocou no seu site uma enquete e disponibilizou um espaço pras pessoas mandarem relatos de demora e nós recebemos relatos de demora até de mais de seis meses pra conseguir uma consulta com um especialista. Hoje a ANS já regulamentou essa questão. Existe uma norma que fixa prazos máximos de atendimento, mas essa norma ainda não está vigente. A ANS já adiou por algumas vezes a entrada dessa norma em vigor e é uma norma bem complicada porque ela prevê os prazos máximos de atendimento, mas ela não diz quando começa a contar este prazo ou como é que o consumidor vai conseguir comprovar quando ele começou. Quando se inicia o prazo? Quando ele entra em contato com a operadora ou quando ele entra em contato com o médico? Ainda está bem nebuloso. Essa questão está bastante complicada.

E o problema da demora no atendimento se dá também pela ausência por parte da ANS de avaliação de qualidade e suficiência de rede credenciada. Toda vez que o plano de Saúde aumenta o número de beneficiários, deveria ser feita essa reavaliação pela Agência. E, obviamente, aumentando a demanda de consumidores e mantendo-se a mesma rede credenciada, é evidente que a demora vai aumentar.

Outro problema bastante sério é o respeito aos direitos do consumidor e infelizmente a ANS ainda reluta bastante em incorporar o Código de Defesa do Consumidor na sua regulamentação. Em uma carta que o Idec mandou à ANS questionando porque ela resiste em incluir o CDC, ela deu essa resposta: “que o funcionamento de mercado e o respeito às leis setoriais são outros aspectos por nós analisados e terminam por vezes a afastar a aplicação da lei 8078, que é o Código de Defesa do Consumidor”. Então, a ANS afirmou textualmente que ela afasta uma norma de ordem pública por conta de questões setoriais.

Um dos últimos problemas é a participação dos consumidores e dos cidadãos na regulação da ANS. Recentemente ANS criou uma norma pra garantir a participação da população, e de todos os entes do setor regulado na regulação. Há mais abertura hoje, mas sentimos que falta vontade de ouvir e acolher o pleito dos consumidores. E ainda possui uma ferramenta um pouco ineficiente para as consultas públicas pois ela as divulga pouco e exige que a participação seja por formulário disponibilizado no site. É um meio extremamente difícil para o consumidor conseguir usar. Se é difícil até para nós, podemos imaginar como é para um consumidor individualmente entrar no site da ANS, achar a consulta pública e participar com um formulário extremamente engessado.

E a conclusão a que chegamos é que os problemas de acesso à Saúde, tanto no setor público quanto no setor privado, e que afligem o cidadão e o consumidor, são decorrentes ou agravados pelas falhas na atuação regulatória dos respectivos agentes de regulação.

# O Projeto Diretrizes

Nathalia Carvalho de  
Andrada

Associação Médica Brasileira –  
AMB

## O OBJETIVO DO

Projeto Diretrizes é promover a Saúde; possibilitando o conhecimento dos fatores de risco, descrevendo os meios de prevenção das doenças, além de esclarecer como pode ser feita a reabilitação, nos casos onde infelizmente houve falha na promoção da Saúde e na prevenção do risco das doenças.

Este não é um projeto novo, foi criado há onze anos, no ano de 2000. Para obtenção de informações das diretrizes não há necessidade de filiação à AMB ou CFM, basta acessar gratuitamente tais informações por meio do site: [www.projetodiretrizes.org.br](http://www.projetodiretrizes.org.br).

Seria interessante que a população soubesse da existência deste canal de disseminação de conhecimento, ainda que com uma linguagem um pouco técnica, mas com informações mais adequadas das doenças do que as disponíveis na rede eletrônica.

Neste site existem duas formas de acesso às informações: no livro verde com o formato de texto corrido, estão as diretrizes deste o início do Projeto, temas já atualizados e também com as diretrizes no novo formato de perguntas e respostas, com recomendação final e as últimas diretrizes dos dois últimos anos (2010 e 2011); já no livro branco, estão as 80 diretrizes iniciais modificadas para o formato de perguntas, respostas e recomendações feitas no ano de 2009, realizadas conjuntamente com a ANS, Agência Nacional de Saúde Complementar.

Um novo formato do Projeto Diretrizes foi criado a partir de 2009, incluindo perguntas avançadas na forma de questão estruturada na forma de **PICO** onde:

**P** significa **Paciente**, que sempre é individualizado;

**I** significa **Intervenção** que você está avaliando ou de Indicador que você está investigando;

**C** significa **Comparação** com alguma outra intervenção (tratamento habitual) ou placebo e finalmente;

**O** de “**Outcome**” ou desfechos que tenham interesse clínico relevante.

Depois da definição da questão estruturada é feita uma busca em bases primárias de trabalhos científicos para recuperar todos os trabalhos sobre o assunto. Utilizam-se filtros metodológicos de acordo com o tipo da pergunta formulada (em diagnóstico, etiologia, tratamento ou prognóstico). Dos trabalhos selecionados busca-se o texto completo, possibilitando a extração das medidas para confirmação dos resultados.

Após essa mudança as Diretrizes passaram a apresentar uma leitura mais ágil, deixando bem claro qual paciente está sendo avaliado, e qual diagnóstico ou tratamento está sendo realizado, permitindo rapidez na atualização, além de finalizar cada resposta

com uma recomendação, com o objetivo de facilitar a implantação deste conhecimento para o Sistema de Saúde.

Países bem estruturados na elaboração de diretrizes já utilizavam este mesmo formato de texto, facilitando a correlação entre o que a diretriz orienta e o que realmente é utilizado na prática clínica pelo Sistema de Saúde, permitindo uma execução mais rápida. Exemplo disto ocorre com as diretrizes inglesas elaboradas pelo *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), o grupo de elaboradores de diretrizes da Inglaterra. Outros países como o Canadá, Austrália, Dinamarca, Estados Unidos também utilizam Diretrizes para contribuir para a prática clínica.

O *Projeto Diretrizes* aqui em nosso país utiliza exatamente a mesma metodologia, a de Medicina Baseada em Evidências.

Por que isto é importante?

Porque as diretrizes vão fornecer respostas adequadas para questões clínicas relevantes. A classe médica não pode deixar que questões de Saúde passem a ser um problema a ser resolvido do ponto de vista jurídico, por advogado ou juiz. A classe médica, representada pelas várias Sociedades de Especialidades afiliadas à AMB, tem interesse que essas respostas sejam feitas do ponto de vista técnico e ético, com a melhor evidência disponível da literatura até o momento.

O Ministério da Saúde iniciou a elaboração de diretrizes há dois anos, chamando-as de *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas*. Nesses dois anos abordou 51 temas, tendo como autores 21 colaboradores, dos quais somente sete são médicos. A maioria dos grupos de elaboradores de diretrizes do mundo não prioriza a presença do médico na elaboração do texto inicial, uma vez que a metodologia Baseada em Evidências exige extração de benefícios através de cálculos estatísticos que outras especialidades com capacitação na metodologia podem realizar.

Enxergamos como um benefício a participação ativa das Sociedades de Especialidades no formato do *Projeto Diretrizes* nacional, pois somente o médico é capaz de distinguir particularidades dos doentes que atende, definindo para qual população a intervenção estudada pode ser utilizada. Neste aspecto, o *Projeto*

*Diretriz* é ímpar, porque o único país do mundo que agrega as Sociedades de Especialidades na formulação inicial do texto das diretrizes é o Brasil.

A AMB articula e estimula estas 52 especialidades médicas a participarem ativamente do processo, criando um espaço para diálogo entre as especialidades, permitindo a elaboração de uma recomendação final após os olhares multidisciplinares sobre o assunto.

De 2000 até 2009 foram finalizadas apenas 240 diretrizes, pois a equipe era composta de somente duas pessoas. A partir de 2009 dobraram-se as diretrizes de 120 para 240. Houve também um aumento no número das oficinas de trabalho com as sociedades. Em 210 workshops ou oficinas realizadas para reforçar a metodologia de elaboração de diretrizes baseadas em evidência, mais de dois mil colaboradores médicos aumentaram a avaliação crítica dos trabalhos científicos, permitindo elaborar Diretrizes com foco direcionado para um país continental como o Brasil, gerando alternativas de implementações distintas, diante adequações regionais quando necessárias, sem prejuízo para o próprio paciente. Todos esses pequenos detalhes têm que estar contemplados nas recomendações finais, pois a Diretriz é nacional.

A produtividade tem aumentando porque as necessidades são grandes. A expectativa é de manter pelo menos 120 diretrizes por ano, como foi finalizado no ano de 2011.

A equipe é extremamente enxuta. A coordenação inicial foi do Dr. Fábio Biscegli Jatene. O diretor clínico científico é o Dr. Edmund Chada Baracat. O Dr. Wanderley Marques Bernardo é o Coordenador da Equipe Técnica, formada pelo Dr. Ricardo Simões, Dra. Nathalia Carvalho de Andrada e Renata Buzzini, além da secretária executiva do Projeto Diretrizes, Sra. Luciana Cleto Costamagna, que faz toda a parte de formatação e editoração dos textos finais.

Por que é necessário existir o *Projeto Diretrizes*?

Justamente porque existe falta de credibilidade do sistema de Saúde do nosso país. Se o sistema de Saúde sempre utilizasse as melhores evidências sobre um assunto todos os profissionais saberiam o que fazer, sem problema algum. Nós sabemos que as condutas podem ser totalmente diferentes diante da mesma doença e, às vezes, isso não é porque ela está sendo tratada em hospital público ou hospital particular; somente uma diretriz permite padronizar as condutas adequadamente. O mesmo médico pode tratar diferentemente pessoas com a mesma doença.

É difícil definir porque o mesmo doente avaliado por dois médicos acaba tendo diagnóstico e tratamento totalmente distintos!

Esta diferença no diagnóstico e tratamento é por incapacidade técnica?

Será que interesses pessoais ou institucionais modificariam a conduta?

É possível existir incapacidade de expor e sustentar o que se está fazendo? Uma diretriz explicita a população que deve ser tratada, deixando claros os benefícios e danos possíveis com tal tratamento.

O *Projeto Diretrizes* equilibra os interesses que por ventura existam à luz da melhor evidência disponível, além de fornecer possibilidade de educação continuada à distância para corrigir uma possível incapacidade técnica.

Um exemplo que justifique a necessidade de existir *Projeto Diretrizes* está na comparação dos calendários vacinais das crianças e adultos. Há decisões feitas do ponto de vista governamental e não populacional. O Sistema Único de Saúde tem um calendário, porém os trabalhos científicos demonstram benefícios significativos de

outras vacinas ainda não utilizadas no calendário oficial.

Para resolver fatos semelhantes ao descrito acima, o *Projeto Diretrizes* padroniza as condutas de forma transparente, com metodologia clara, disponível e reproduzível, extraindo da literatura os benefícios inquestionáveis conhecidos até o momento. A única forma de equilibrar este conhecimento disponível é utilizar os instrumentos da Medicina Baseada em Evidências, onde não há espaço para opiniões pessoais – o que eu quero ou o que o outro quer –, mas sim a utilização da avaliação crítica dos resultados melhores trabalhos científicos, com estudos adequadamente desenhados, com número de população representativa que permita ter poder de amostra e ter validação externa e conhecendo os vieses ou os conflitos de interesses dos autores dos trabalhos científicos.

Há 52 sociedades participantes, algumas com uma velocidade maior e outras ainda com resistência à metodologia. Mas, dentro da possibilidade, estimula-se a realização de Diretrizes das doenças mais prevalentes, permitindo que as Sociedades de Especialidades disponibilizem à população o melhor diagnóstico e tratamento, reabilitação e redução dos riscos do assunto abordado.

Pela metodologia já descrita e pela linguagem utilizada, elaborar uma diretriz é diferente de escrever um capítulo de livro ou um texto narrativo de tema que o especialista já está acostumado a fazer em sua vida acadêmica, há necessidade de cuidados com o processo do início até o final. Há um “passo-a-passo” que deve ser observado desde a escolha de qual Sociedade de Especialidade fará a coordenação do tema, definindo os nomes de seus respectivos representantes; encaminhando um convite para as outras Sociedades que possam ter interesse como interface sobre o assunto, para evitar que existam diretrizes sobre a mesma população e doença, mas tratados por especialidades distintas.

Agregar este olhar multidisciplinar para o bem do próprio paciente fez com que várias sociedades se reunissem para elaborar recomendações mais adequadas sobre as questões estruturadas propostas, sustentadas com os melhores trabalhos da literatura, e com os respectivos graus de recomendação destes trabalhos.

Uma forma de disponibilizar o conhecimento do Projeto Diretrizes é a utilização do PRODIRETRIZES, programa de Educação Continuada à Distância desenvolvida pela ARTMED baseado nas Diretrizes, que permite aos médicos pontuarem para o Conselho Nacional de Acreditação – CNA para validação do título de especialista, após provas específicas com quadros clínicos ilustrativos relacionados com as orientações das diretrizes.

Existem barreiras para a implementação das Diretrizes, principalmente enquanto existir pouco envolvimento e valorização do que está sendo feito.

Infelizmente durante os anos iniciais do Projeto, os textos das diretrizes ficaram como um papel na gaveta. E justamente para tirar esse papel da gaveta, onde não serve para nada, caminhou-se para discutir formas para a execução das mesmas, permitindo uma utilização efetiva na prática clínica, tanto para médicos, gestores do Sistema de Saúde além dos próprios pacientes.

O Projeto luta para manutenção de um processo contínuo, mantendo a mesma metodologia; luta para estimular envolvimento de todas as Sociedades, com proposta de realização de novos temas e atualizando os temas já existentes, além de almejar que este conhecimento possa influenciar a regulação e acesso à Saúde, tanto no Setor Público como no Setor Privado.

Na prática, a mudança das diretorias das Sociedades de Especialidades de tempos em tempos, às vezes, interrompe o processo.

Tanto que algumas Sociedades já têm modificado seu estatuto para criar um Comitê Permanente de Elaboração de Diretrizes, compartilhando a expertise adquirida entre os colegas que continuarão na elaboração, independente das mudanças de diretoria. Há manutenção de dois terços de elaboradores já com experiência da metodologia, para habilitar o um terço que vai iniciar o processo, dessa forma garantindo a velocidade de elaboração das diretrizes desta Sociedade.

Parte das barreiras de implementação foram resolvidas depois que a Agência Nacional de Saúde Complementar - ANS, em 2009, demonstrou interesse de utilizar as Diretrizes para atualização do rol dos procedimentos, além de escolher centros de referências em alguns estados (Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais) para acompanhar as mudanças que a implementação destas diretrizes levaria na qualidade de assistência aos pacientes. Há 15 dias no Rio de Janeiro foi apresentado resultados destas implantações durante um ano nos referidos centros. Destaco, como exemplo, a apresentação onde o Fleury demonstrou que a implantação das Diretrizes da Cardiologia permitiu redução do uso de Aspirina em pacientes com prevenção primária, onde há aumento de risco de sangramento gastrointestinal sem redução do risco de eventos cardiovasculares. No final, todos os centros observaram que a implantação das Diretrizes levou mudanças no atendimento para o benefício do paciente e para o serviço.

A linguagem da Diretriz precisa impactar, porque se ela não impactar e não fizer diferença passa a ser somente mais um livro.

Por que ela é diferente?

Desde a década de 1990 a Medicina Baseada em Evidência deixou bem claros os seus objetivos, sendo o uso consciente explícito, claro, crítico da avaliação da melhor evidência atual, integrada com a experiência clínica do médico e sempre levando em conta os valores e preferências do paciente. Este destaque em agregar os valores e preferências do paciente é importante, mas é justamente onde há as maiores reclamações. Quando ele não é ouvido, fazendo que esta preferência não seja conhecida, discutida ou contemplada poderemos ter complicações desnecessárias.

A linguagem da Diretriz baseada em evidências está sempre centrada no paciente, como seguem exemplos abaixo. É uma diretriz feita para todos, avaliando resultados de grupos de pacientes, onde quanto maior o grupo, maior possibilidade de avaliação, mas sem nunca esquecer o paciente individualmente e respeitando as minorias ou as exceções dos casos. Esta é a única forma de possibilitar equidade e permitir segurança para o tratamento proposto.

*Projeto Diretrizes* não é sinônimo de revisão sistemática. Uma revisão sistemática pode ter a liberdade de chegar ao final da busca e concluir que não há evidências consistentes para o tratamento. Mas como a Diretriz está centrada no paciente, este paciente tem que ser tratado, mesmo que até o momento ainda existam dúvidas sobre qual seria este melhor tratamento.

Revisão Sistemática Cochrane finalizada no ano de 2010 para definir como tratar o abuso e dependência de inalantes, chegou à conclusão que “nenhuma conclusão pode ser tirada para a prática porque não existem ensaios clínicos randomizados que respondam como se trata este paciente”. Veja a diferença do texto elaborado para a Diretriz sobre o mesmo assunto: “*diante de uma doença com alta prevalência, no mundo (estimada entre 12 a 19%) e no Brasil (estimada em mais ou menos 15%, podendo chegar a 44% em crianças de rua de alto risco)*”, você não pode simplesmente falar que até o momento não há ensaio clínico randomizado que possa tratar

os abusos e dependentes de inalantes. Então são descritas e comparadas as quatro alternativas medicamentosas, com as suas respectivas doses e formas de administração, além da descrição dos efeitos adversos. Deixa bem graduada que ainda existem dúvidas sobre o benefício destas medicações, tanto que os trabalhos que sustentam a recomendação são de grau de D, não como “A” ou “B” que gostaríamos que fosse (casos de ensaio clínico randomizado ou ensaio clínico), ou pelo menos uma “B” ou “C” (coorte, caso-controle ou relato de casos).

A metodologia utilizada no Projeto Diretrizes, a Medicina Baseada em Evidências, nos dá compreensão que existem incertezas das evidências e reforça a lembrança que trabalho científico é feito num ambiente artificial de pesquisa. Existem evidências, existem certezas e incertezas. Aprende-se na Medicina a tratar ou não tratar; curar ou não curar. Mas a realidade é maior que somente o branco e o preto, existem vários tons de cinza no meio destes dois extremos.

A mesma medicação tem resultados diferentes entre as populações. Então essas incertezas têm que estar compreendidas dentro da diretriz, porque ela é prática, para ser utilizada no mundo real, além de estar centrada no paciente, que poderá ter diferentes respostas diante da mesma terapêutica.

Somente quem tem experiência com o paciente e sua doença é capaz de entender que um ambiente de pesquisa pode ser tão artificialmente criado que, às vezes, não consegue transportar isso para nossa realidade.

Todos acompanharam o processo de avaliação da tentativa de retirada da Sibutramina no Brasil. A ANVISA, embasada em um único ensaio clínico randomizado, onde a medicação foi estudada em população de obesos que já eram contra-indicados há mais de 20 anos, ou seja, pacientes com eventos cardiovasculares recentes como infarto agudo do miocárdio até seis meses, acidente vascular encefálico recente ou que estivessem com pressão arterial não controlada. O seguimento mostrou que nessa população a Sibutramina aumenta o risco de morte. Desprezou-se a particularidade que o obeso americano é diferente do obeso brasileiro. A Sibutramina diminui de 10-15% do peso do paciente. Para um obeso brasileiro, com 70-80 Kg, perder 15% pode resolver uma obesidade, evitando uma cirurgia lá na frente. Mas para um obeso americano, com 130-140 Kg, perder 15% não o tira da faixa de risco de complicações da obesidade mórbida. Ao ser perguntado quantas mortes no Brasil foram decorrentes do uso de Sibutramina durante todos os anos de utilização da substância observou-se a ausência de óbitos descritos até o momento. Após a avaliação do Ensaio Clínico, com possibilidade de conversar inclusive com autores do paper, foi possível definir a população que se beneficia com o uso do tratamento e foi mantido o uso nesta população específica.

É papel importante da Diretriz deixar bem claro para que população se destina o que está sendo indicado. Por exemplo: Não há indicação de cesárea eletiva em fetos com estima de peso entre 4-4,9 kg, pois isto aumenta em 33% o risco de morte neonatal em comparação com o parto vaginal. Entretanto, crianças nascidas acima de 5 kg são protegidas através da cesárea, com redução de 15% de morte em relação ao parto vaginal (B).

Da mesma forma, a Diretriz de Câncer de mama responde que o auto-exame das mamas não permite o rastreamento do tumor; pelo contrário, aumenta o número de biópsias desnecessárias, que geralmente tem resultados benignos. Entretanto, para que você possa criar a cultura de auto-cuidado, mantendo educação da prevenção das doenças, este auto-exame deve ser estimulado. A recomendação

manteve a indicação de se fazer auto-exame a partir dos vinte anos, depois do quarto ao sexto dia depois da menstruação, mesmo sabendo que não modifica o rastreamento.

Conhecimentos disponíveis em outras Diretrizes elaboradas pela Medicina do Tráfego, tanto sobre a importância do uso de cadeirinha para transporte das crianças, assim como o uso do álcool para motoristas, permitiram que a Secretaria do Estado de São Paulo criasse normas específicas sobre o assunto.

A metodologia utilizada na elaboração do *Projeto Diretrizes* cria uma massa crítica que permite distinguir entre os mais de cinco mil trabalhos publicados diariamente na base primária de busca de trabalhos científicos, Medline, quais trabalhos que realmente precisam ser lidos, porque ninguém tem possibilidade de leitura nessa velocidade de publicações diárias. Ao conseguir aprender a ler os melhores trabalhos sobre o assunto de interesse, é possível manter-se sempre atualizado, além de praticar a habilidade para avaliar criticamente o que está sendo disponibilizado na literatura científica.

A linguagem utilizada nas Diretrizes precisa ser compreensível e aplicável, traduzindo a pesquisa clínica para a prática diária, quantificando os benefícios e danos das intervenções. Desta forma é possível recuperar e fortalecer a relação médico paciente que pode estar desgastada pela desconfiança justamente da dificuldade técnica de saber o que realmente deve ser feito. A motivação é sempre centrada no paciente. Deve descrever os riscos de uma forma bastante individualizada, esclarecer quais são as expectativas do tratamento oferecido, lembrando-se que não existe 100% de cura em nada da Medicina. Necessita contemplar as minorias e as exceções.

A linguagem de Medicina Baseada em Evidências exige extração de medidas numéricas para quantificar os resultados dos trabalhos adequadamente. Para quantificar este benefício, utiliza-se o número necessário de tratar para gerar um benefício (NNT). A quantidade de dano é quantificada pelo número necessário de tratar para levar a dano, ou harm (NNH).

Ao propor uma modificação do esquema terapêutico de quimioterapia para Câncer de pulmão avançado, acrescentando a utilização de um anticorpo monoclonal chamado de bevacizumab, o paciente deve ser esclarecido que somente em 20% dos casos apresentará aumento da sobrevida de 10 para 12 meses, com redução do risco absoluto de 20% e número necessário para tratar para levar à benefício de 5 (RRA=20% e NNT=5), ou seja, de cada 5 pacientes, somente um terá o benefício. Da mesma forma que o benefício está bem esclarecido, o dano deve ser explicitado, pois há aumento de mortalidade durante a infusão do bevacizumab por toxicidade à droga, levando a morte de um em cada 23 pacientes tratados (pacientes que não terão a sobrevida de 10 meses estimados para o Câncer de pulmão avançado), ou seja, NNH=23. Desta forma, de cada 4 pacientes beneficiados, um morre (NNH=23 dividido por NNT=5 dá 4).

O paciente tem o direito de saber quais são as reais expectativas (benefícios e danos) desse novo tratamento e deve participar da decisão da utilização. Ao propor utilização de bevacizumab o médico deve saber que para atingir o benefício em 20% dos casos há um acréscimo no custo do tratamento de R\$ 210.000,00. O sistema de Saúde tem que definir se têm condições de gastar R\$ 210.000, 00 para estender em até dois meses 1/5 dos pacientes com câncer de pulmão avançado.

Habitualmente as pessoas recebem informações somente do benefício: “há um novo medicamento para tratar o seu câncer. O seu convênio não faz a cobertura, o SUS também não fornece, mas se

você pedir para o juiz, através de um processo rápido, o juiz lhe dará”. Estas decisões não deveriam ser feitas através de processos judiciais. As informações disponíveis nas Diretrizes precisam impactar a prática médica de forma ativa e não somente teórica.

Esta quantificação de benefícios e danos é indispensável, pois os recursos em Saúde são sempre finitos. Se os recursos fossem infinitos, ninguém gastaria tempo em saber o que eu vou usar e quanto isto custa, não existiriam estudos de impactos econômicos no Sistema de Saúde. Para gerar padrões homogêneos com equidade de atendimento, sem perder a qualidade, esta quantificação de benefício e danos necessita ser utilizada, nunca com a intenção de diminuir o custo, mas para otimizar os recursos em tratamentos com inquestionáveis benefícios.

Com cálculos semelhantes foi possível modificar a indicação do uso de omeprazol, que habitualmente ocorria em todos os pacientes hospitalizados, para somente aqueles que apresentam risco maior de sangramento gastrointestinal. Este conhecimento deve agregar modernidade, atualização e discernimento. É necessário fazer hierarquia de riscos.

A linguagem do *Projeto Diretrizes* permite combater o marketing acrítico. Recentemente em Congresso Internacional de elaboradores de diretrizes na Espanha o Brasil foi destacado como um país muito rico, pois somente um país com “sobras financeiras” no Sistema de Saúde gastaria tanto dinheiro em tecnologia avançada como o Pet Scan. Na Inglaterra existem dois equipamentos de Pet Scan, um em Londres e outro em Liverpool (em consignação para quantificar se existe benefício de complementar o diagnóstico já realizado com esta nova tecnologia); já no Brasil existem 20-22 aparelhos de Pet Scan, 14 aparelhos instalados neste ano de 2011 e dos quais mais de dez no eixo da Av. Paulista. Será que haverá condições técnicas de fazer um combate adequado ao marketing que estimulará a utilização destes equipamentos? É necessário sabedoria e utilização dos conhecimentos científicos para distribuição adequada do dinheiro entre os processos de alto custo.

O *Projeto Diretrizes* deve, da mesma forma, combater a economia hiper-crítica somente pelo custo. Incluir ou não incluir um procedimento não pode ser definido pelo custo exclusivamente. É necessário existir transparência no “nível de corte” que está sendo utilizado ao gerar políticas de Saúde. Em reunião para avaliação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde sobre Esquizofrenia observou-se que somente a metade das medicações disponíveis para o tratamento foram liberadas para uso pelo Protocolo. A explicação da limitação do tratamento foi decorrente de benefícios semelhantes, com opção para o menor custo. Diante de benefícios semelhantes entre os todos os tipos de medicamentos para tratamento de Esquizofrenia todos necessitam ser contemplados pelo Protocolo. Opção do ponto de vista governamental pode ser feita pelas medicações de custo menor, sem prejuízo ao paciente (uma vez que os benefícios são semelhantes); porém pacientes com efeitos adversos com as medicações habituais, tem que ter acesso às alternativas terapêuticas.

O impacto do *Projeto Diretrizes* não pode ser teórico. Ele tem que modificar a clínica do atendimento médico, através um processo contínuo. Gostaríamos que também pudesse modificar a política de Saúde do nosso país.

Concluo esta apresentação que compartilhou um pouco do *Projeto Diretrizes*, esperando que ele possa ser utilizado cada vez mais, para garantir o acesso e regulamentação da Saúde, tanto em Setor Público quanto em Setor Privado.



### NÚCLEO DIRETIVO

Ana Maria Malik - Coordenadora  
Álvaro Escrivão Junior - Coordenador Adjunto

### COMITÊ ACESSOR

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

Cinthia Ferreira Costa  
Isabella Fumeiro  
Leila Dall'Acqua

## Debates GV Saúde

**Editor Executivo**  
Rubens Baptista Júnior

*Debates GV Saúde – Número 13* – junho de 2012 – 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 13º. Semestre de *Debates GVsaúde*, realizado na FGV-EAESP, entre agosto e novembro 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.

13º Semestre de Debates GVsaúde

# Acesso e Regulação no Setor Público e no Setor Privado

## **22/08/2011 - Marco Legislativo: SUS e Saúde Suplementar**

### **Debatedores**

Luciana Cugliari - Instituto de Direto Sanitário Aplicado - IDISA

Carla de Figueiredo Soares - Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

### **Moderador**

Álvaro Escrivão Júnior - FGV-EAESP/GVsaúde

## **28/09/2011 – Dupla Porta: a Visão do Setor Público e do Setor Privado**

### **Debatedores**

Anna Trotta Yaryd - Ministério Público do Estado de São Paulo

Wagner Barbosa de Castro - Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE

### **Moderador**

Wilson Rezende Silva - FGV-EAESP/GVsaúde

## **25/10/2011 – Regionalização e Racionalização dos Recursos Assistenciais**

### **Debatedores**

José Manoel de Camargo Teixeira - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Ricardo Attanasio Taboada Ramos - Qualicorp

### **Moderador**

Álvaro Escrivão Júnior - FGV-EAESP/GVsaúde

## **24/11/2011 - Cenário para Regulação e Acesso**

### **Debatedores**

Juliana Ferreira Kozan - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC

Nathalia Carvalho de Andrada - Associação Médica Brasileira – AMB

### **Moderadora**

Ana Maria Malik - FGV-EAESP/GVsaúde



Centro de Estudos em Planejamento  
e Gestão de Saúde da EAESP