

# Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP | Volume 15 | Janeiro/Dezembro de 2013 | ISSN: 2316-6657

[www.fgv.br/gvsaude](http://www.fgv.br/gvsaude)

Financiamento Público e Privado da Saúde no Brasil

Mercado de Trabalho para o Médico no Brasil

OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais:  
Uma discussão sobre usos e abusos

Qualificação das Operadoras

 **FGV EAESP**

*GVsaúde  
Centro de Estudos  
em Planejamento e  
Gestão de Saúde*

# Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP | Volume 15 | Número 1 | Janeiro/Dezembro de 2013 | ISSN: 2316-6657

www.fgv.br/gvsaude

## Coordenadores

Ana Maria Malik  
Álvaro Escrivão Junior

## Professores Associados

Carolina Lopes Zanata, Djair Picchiai, Evandro Penteado Villar Felix, Laura Maria Cesar Schiesari, Luciano Eduardo Maluf Patah, Lucila Pedroso da Cruz, Luiz Tadeu Arraes Lopes, Márcio Vinícius Balzan, Maria Laiz Zanardo, Pubenza Lopes Castellanos, Valéria Terra, Vanessa Sayuri Chaer Kishima, Walter Cintra, Wilson Rezende Silva

## Organizadores

Ana Maria Malik  
Cinthia Costa

## Projeto Editorial

Cris Tassi Design Gráfico

## Edição

Maria Teresa Fontes Marques

## Agradecimentos

O GVsaúde agradece aos debatedores e moderadores que compartilharam sua experiência com a comunidade acadêmica e o público geral dos Debates GVsaúde.

Agradecemos também às instituições parceiras que nos apoiaram na realização dos debates: SindHosp (Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo) e Fehoesp (Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo).

A revista reproduz as apresentações dos debatedores do 16º e 17º Semestre de Debates GVsaúde, evento realizado na FGV-EAESP, entre abril e novembro de 2013. Os textos assinados são de responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente, a opinião da revista.

 FGV EAESP

GVsaúde  
Centro de Estudos  
em Planejamento e  
Gestão de Saúde

# Sumário

Ponto de Vista 5 Ana Maria Malik FGV-EAESP/GVsaúde

## Qualificação das Operadoras de Planos de Saúde

Márcio Vinicius Balzan 7 FGV-EAESP/GVsaúde

Andrea Carlesso Lozer 8 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Maria Manuela Pinto Carneiro Alves dos Santos 12 Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA

## OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais: uma discussão sobre usos e abusos

Walter Cintra Ferreira Junior 16 FGV-EAESP/GVsaúde

Marcelo Queiroga 17 Sociedade Brasileira de Cardiologia Intervencionista

Martha Regina de Oliveira 22 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Ronaldo Elchemr Kalaf 25 Santa Helena Assistência Médica S/A

## Mercado de Trabalho para Médico no Brasil

Didier Roberto Ribas Torres 30 Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (Seconci-SP)

Miguel Srougi 33 Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

## Financiamento Público-Privado da Saúde

Wilson Rezende 37 FGV-EAESP/GVsaúde

Gabriel Tannus 38 Comsaude FIESP

Gilson Carvalho 43 Médico, Professor e Pesquisador



# Ponto de Vista

**NO ANO DE 2013,** tivemos menos encontros, apenas dois por semestre (totalizando quatro no ano). Assim, concentramos nossa atenção em poucos temas e com maior profundidade. Fizemos então os semestres de número 16 e 17, juntando-os nesta publicação.

**Ana Maria Malik**

FGV-EAESP/GVsaúde

Dessa forma, os dois temas do primeiro semestre voltaram-se para a questão das operadoras de saúde. O primeiro foi sobre um assunto que ainda não está – no final de 2014 – totalmente equacionado na nossa realidade: a **Qualificação das operadoras de saúde no Brasil**. Para debatê-lo, tivemos um representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Andrea Lozer, que falou sobre os esforços da desse órgão no sentido de zelar pela assistência oferecida ao cidadão brasileiro, no âmbito do setor privado. Outra palestrante foi Maria Manuela Pinto Carneiro Alves dos Santos, em nome do Consórcio Brasileiro de Acreditação, até o momento responsável pela acreditação da única operadora de saúde que já se submeteu ao processo. O moderador do debate foi o médico e pesquisador associado do GVsaúde, Marcio Vinícius Balzan, participante e estudioso do setor suplementar há anos.

O segundo tema foi **OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais: uma discussão sobre usos e abusos**. Devido à grande quantidade de partes interessadas envolvidas, acabamos por trazer três palestrantes, um a mais do que usual. Consideramos que o debate não seria completo sem uma sociedade médica, sem a ANS e sem uma operadora de saúde. Entre os que aceitaram nosso convite, estava Marcio Queiroga, representando a Sociedade Brasileira de Cardiologia Intervencionista, que conseguiu explicar o tema sob o ponto de vista do especialista (de uma das especialidades notabilizadas pelo consumo desse tipo de material).

Também tivemos Martha Oliveira, falando em nome da ANS, que tem desenvolvido atividades no sentido de ordenar a utilização dos OPME. O terceiro debatedor representou uma operadora de saúde, situada no ABC paulista, que se notabiliza por um bom desempenho segundo seus balanços públicos: a Santa Helena Assistência Médica S/A, representada por Ronaldo Kalaf, de sua diretoria. Moderou este acalorado debate Walter Cintra Ferreira, médico, pesquisador associado do GVsaúde e diretor-executivo do Instituto de Ortopedia do HCFMUSP, portanto um conhecedor do assunto sob o ponto de vista de outros especialistas entre os grandes usuários.

No segundo semestre de 2013, um dos temas mais discutidos no âmbito das políticas de saúde no país foi o programa Mais Médicos. O GVsaúde não podia se furtar a esta discussão e, para contemplá-la, realizamos um debate sob o título **Mercado de trabalho para o médico no Brasil**. Convidamos para discutir o assunto o professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Miguel Srougi, que já tinha se manifestado diversas vezes na imprensa sobre o tema. Consideramos que o convite a ele permitiria que tivesse a oportunidade de debater sua posição publicamente. Para

representar aqueles que sentem a necessidade da presença dos profissionais formados, convidamos Didier Ribas, diretor de diversos serviços de saúde sob a administração do Seconci-SP, enquanto organização social, a quem são atribuídas facilidades de contratação maiores que aquelas encontradas no setor público de administração direta. Como moderador do evento, tivemos o professor Clovis Azevedo, da Eaesp, da área de gestão de pessoas, que optou por não apresentar posição por escrito.

O último debate do ano foi sobre **Financiamento Público Privado da Saúde**, assunto que vem sendo discutido com mais aprofundamento desde a Constituição de 1988. O moderador do evento foi Wilson Rezende, economista e pesquisador associado do GVsaúde, que estuda o tema há muitos anos. Tivemos a oportunidade de contar, falando pelo setor privado, com Gabriel Tannus, que veio representando o Comsaúde da Fiesp. Falou pelo setor público um militante da reforma sanitária, que atuou nos níveis municipal, estadual e federal do SUS e que, nos últimos anos, se apresentava como pediatra aposentado; Gilson Carvalho. Seus estudos sobre o tema basearam muitas das discussões ocorridas nos últimos anos. Como nosso amigo Gilson Carvalho faleceu em 2014, no primeiro semestre, não tivemos a oportunidade de conseguir seu texto revisado. Por isso, para não perder sua última apresentação no nosso centro de estudos, optamos por trazer sua apresentação sob a forma de um relatório.

O ano de 2013 foi, sem dúvida, um período agitado no setor. Esperamos ter trazido, com esta publicação, informações sob o ponto de vista de uma série de atores relevantes do nosso sistema e com isto documentar parte das animadas discussões ocorridas.

Boa e proveitosa leitura!

# Qualificação das Operadoras de Planos de Saúde

**O ASSUNTO DESTA**  
programas de qualificação e de acreditação.

noite é a Qualificação das Operadoras. O que se pretende discutir são seus pro-

MODERADOR

**Márcio Vinicius Balzan**

FGV-EAESP/GVsaúde

A Qualificação das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde é uma iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As primeiras discussões sobre o assunto tiveram início em 2004. Os programas de qualificação da saúde suplementar foram instituídos em 2011 e os primeiros resultados foram divulgados em 2012 pela ANS. Na mesma época, a agência instituiu o Programa de Acreditação das Operadoras, inédito no Brasil e inspirado em modelos internacionais, estimulando a qualificação, porém não as obrigando se submeterem a esse processo. É importante ressaltar que a definição da qualidade é subjetiva e pressupõe mudança de cultura das instituições de saúde. Espera-se das operadoras acreditadas melhor qualidade dos seus serviços, dos programas de atenção à saúde e da rede de prestadores. O que certamente refletirá em ganhos para o beneficiário. Por outro lado, quem paga

pela qualidade? O beneficiário? O prestador? A operadora? Existe um investimento para alcançar esses padrões preconizados. Será que o beneficiário consegue perceber essa mudança? E essa mudança terá influência em sua escolha de um novo plano de saúde? De fato esta equação não é de fácil resolução, mas é uma discussão necessária e importante. A tendência do mercado é oferecer assistência médica de qualidade e a excelência dos serviços prestados. Convidamos para discutir sobre os assuntos que foram colocados a dra. Maria Manuela Pinto Carneiro Alves dos Santos, superintendente de Acreditação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), instituição homologada pela ANS e a primeira acreditadora no país a conceder o selo a uma operadora. Contamos também com a presença da professora Andrea Carlesso Lozer, coordenadora do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar na ANS.

DEBATEDORA

**Andréa Carlesso  
Lozer**

Agência Nacional de  
Saúde Suplementar – ANS

## VOU FALAR SOBRE

o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, instituído, formalmente, a partir de 2006. A Resolução Normativa nº 139, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estabelece a política de qualificação do setor. O Programa de Qualificação é parte desta política e sua proposta é realizar uma avaliação sistemática dos atributos relacionados ao desempenho de todo o setor de saúde suplementar.

O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar possui dois componentes: a Qualificação das Operadoras e a Qualificação Institucional. O componente institucional é uma avaliação interna da ANS, de seus processos de trabalho. Essa avaliação também gera um índice, apresentado de forma numérica, denominado IDI – Índice de Desempenho Institucional. O outro componente é a Qualificação das Operadoras, que é amplamente divulgado e será o objeto principal da minha apresentação.

Em 2011, por meio da Resolução Normativa nº 275, a agência instituiu o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - Qualiss. Ainda neste mesmo ano, a RN nº 267 instituiu o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar. Todos estes programas têm uma inter-relação, uma vez que formam parte da política de qualificação do setor proposta pela ANS e são permeados por um princípio indutor.

O Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores tem como escopo principal a divulgação à sociedade dos atributos que qualificam os prestadores de serviços, buscando aprimorar a capacidade de escolha dos beneficiários. Como dito anteriormente, a natureza

desse programa também é indutora. É de caráter voluntário para os prestadores, exceto para os de rede própria das operadoras. É importante esclarecer a relação entre voluntário e obrigatório - a ANS tem ação regulatória direta sobre as operadoras de planos de saúde, não diretamente sobre os prestadores, isto é, a agência regula a relação entre a operadora e o prestador, atuando na indução de boas práticas. Um dos princípios desse programa é a valorização das operadoras segundo a qualificação da sua rede. Sabemos que o beneficiário procura uma operadora de plano de saúde por vários atributos, mas um dos principais é a rede. As características relacionadas a esta rede são várias: se está próxima a sua casa, se tem a qualidade que imagina, entre outros fatores.

Já o programa de monitoramento da qualidade envolve indicadores que têm o objetivo de disseminar as informações sobre a qualidade assistencial. Os objetivos desse monitoramento são:

- para os beneficiários – aumentar a capacidade de escolha;
- para os prestadores – incentivar a melhoria do desempenho;
- para as operadoras – divulgar a qualificação da sua rede, que hoje não é visível para o beneficiário e nem para a sociedade.



## Informação e indução

Dessa forma, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar envolve a qualificação de todo o setor. É baseado em informação e indução. Informação em saúde suplementar é subsídio para todo o setor: na administração; gestão do negócio; assistência à saúde; no controle; na avaliação e no planejamento. E a indução é a perspectiva de estimular o setor a levar à frente os objetivos estratégicos propostos pela ANS.

A estratégia principal da indução é a divulgação dos resultados, é a imagem que todo mundo quer ter no espelho, ou seja, a melhor imagem possível. A ANS vem buscando, com muito trabalho de comunicação e presença cada vez mais forte na mídia, aprimorar a divulgação de informações à sociedade. A agência vem aumentando a força da regulação, especialmente pela transparência. O órgão regulador pode até conseguir resultados relacionados à melhoria da qualidade das operadoras aplicando multas, mas sabemos que a forma mais efetiva de alteração de comportamento é a indução, ou seja, estimular práticas positivas no setor, com direcionamentos claros. Muitas vezes, as práticas punitivas oneram o setor e não resolvem o problema. Então, o caminho que a ANS tem traçado envolve mais estratégias de diálogo, mediação de conflitos e implementação de programas de qualidade.

Dentre os objetivos específicos do Programa de Qualificação – componente Operadoras está o de subsidiar o contratante, potencial beneficiário, com informações que auxiliem a sua escolha. É dar acesso a informações sobre saúde suplementar que antes estavam dentro das operadoras e agora estão nos bancos de dados da ANS. Tornando públicos aspectos relacionados à qualidade das operadoras, aumentam-se a transparência e a concorrência no setor.

Outro objetivo específico do programa de qualificação é a comparação entre operadoras semelhantes, o que é feito, na ANS, a partir de um índice que é gerado no programa de qualificação – o IDSS. Para tanto, a agência procura estimular

o uso da informação para análise, planejamento e gestão, induzindo o processo de melhoria, tanto nas operadoras, como nos prestadores. O beneficiário também pode utilizar-se dessas informações para fazer suas escolhas.

## Quatro dimensões

O Programa de Qualificação, Componente Operadoras está dividido em quatro dimensões:

- Atenção à Saúde;
- Econômico-financeira;
- Estrutura e operação;
- Satisfação dos beneficiários.

A dimensão Atenção à Saúde envolve 17 indicadores que avaliam a qualidade da atenção. São indicadores relacionados a medidas epidemiológicas, e de estímulo à promoção e prevenção de doenças. Alguns indicadores são “clássicos”, usados internacionalmente como medida de qualidade assistencial quando o objetivo é avaliar sistemas de saúde.

A dimensão econômico-financeira é mais inovadora em termos de avaliação de desempenho de operadoras. No Brasil, as informações contábeis, como o balanço das operadoras de plano de saúde, são públicas e são divulgadas periodicamente no site da ANS para acesso a qualquer interessado. A agência transformou vários destes dados em indicadores que buscam acompanhar o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras, incluindo, por exemplo, a questão do pagamento dos prestadores, que é um grande sinalizador para a ANS em termos de monitoramento das operadoras.

A dimensão estrutura e operação é a que procura aferir as condições de rede, com indicadores que avaliam a dispersão da rede assistencial das operadoras. Também contempla indicadores referentes à informação, incluindo avaliação da qualidade do cadastro dos beneficiários das operadoras e o envio dos sistemas de informação para a ANS, na lógica de que informação é insumo para melhoria da estrutura das operadoras.

A quarta dimensão é a satisfação dos beneficiários, que em 2011 incluiu cin-

co indicadores. Há dois indicadores que avaliam a permanência e desistência dos beneficiários, ou seja, se o beneficiário saiu da operadora no primeiro ano ou seu tempo de permanência observando uma coorte de três anos. Existe um indicador que mede a gravidade das multas em relação ao cumprimento da legislação e o índice de reclamações. Em 2012, foi incluída a pesquisa de satisfação dos beneficiários, que já está em fase final de apuração.

Essas quatro dimensões são agrupadas com pesos diferenciados. A atenção à saúde tem um peso maior, de 40%, e as demais, 20%. A dimensão satisfação dos beneficiários, até o ano de 2010, representava 10% da nota do IDSS, mas, com o objetivo de aumentar a participação do consumidor nesta avaliação, essa dimensão ganhou um peso maior. Também nesse sentido, foi implementada a pesquisa de satisfação dos beneficiários por operadora.

Quando somados os indicadores das quatro dimensões, de acordo com os respectivos pesos, temos como resultado final o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS. Esse índice é apresentado para o público em uma escala colorida que varia de zero a um, em que zero, representado pelo vermelho, indica o pior desempenho e um (1), verde, o melhor desempenho nesta avaliação.

Até 2012, o resultado do IDSS era apresentado somente na escala colorida de 5 pontos, mas este ano (2013) o resultado está sendo divulgado também de forma numérica, através da nota obtida por cada operadora. Ressalte-se aqui que essa divulgação de nota não tem como objetivo promover um *ranking*, pois não há ordem na apresentação. Esse índice é bastante divulgado, com nível de interesse bem positivo.

### Instruções normativas

Todos os critérios de cálculo do Programa de Qualificação das Operadoras são divulgados através de instruções normativas. Anualmente, a ANS elabora esse dispositivo legal, apresentando a grade de indicadores e fichas técnicas que deta-

lham a metodologia de cálculo. As instruções normativas são sempre publicadas antes do processamento do cálculo.

Os resultados do IDSS que atualmente estão no site da ANS foram calculados com base na Instrução Normativa nº 11. A avaliação do IDSS é sempre retroativa e anual. Assim, estamos avaliando em 2013 o ano de 2012. Existe uma data de corte, que é 30 de abril, quando há captura dos dados para o processamento das informações contidas nos sistemas da ANS e na base do CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde), como uma espécie de fotografia das bases de dados, e são então realizados o processamento e cálculo dos indicadores.

O histórico do Programa de Qualificação está muito relacionado à própria implementação da Política de Qualificação do setor. Em 2004 e 2005, teve início a primeira fase do programa de qualificação, quando foram avaliados dados referentes a 2003 e 2004 apenas com análise interna da ANS. Na segunda fase (2006 e 2007), foram avaliados 2005 e 2006 e foi iniciada a divulgação pública dos resultados. Neste momento, grande parte das operadoras recebeu nota zero no IDSS pelo fato de não ter enviado as informações para a ANS, uma vez que sem informação não há condições de cálculo da avaliação de desempenho. Na terceira fase do programa, entre 2008 e 2010, ocorreram várias modificações na grade de indicadores, mas a partir daí houve mais estabilidade no conjunto de medidas e critérios de avaliação e divulgação. Além disso, foi inaugurada a participação do setor em Câmaras Técnicas e discussão do programa na Câmara de Saúde Suplementar.

A quarta fase, de 2011 até agora, envolveu a revisão dos pesos e de alguns indicadores. E é nesta fase, como já dito, que a ANS procurou dar maior transparência ao programa para o público e maior ênfase nos aspectos associados à satisfação do consumidor, incluindo a pesquisa de satisfação por operadora.

É importante destacar que o programa de qualificação - componente operadoras

utiliza como fonte de dados as informações que chegam à agência por meio das operadoras, através dos sistemas de informação. Estão incluídos, por exemplo, o Sistema de Informação de Produtos (SIP), que é a base de dados dos eventos assistenciais das operadoras. A obtenção das informações assistenciais deve sofrer alterações em um futuro próximo com a evolução do padrão TISS. O que se espera é a melhoria da consistência das informações das operadoras, porque, ainda hoje, muitas recebem nota zero na avaliação do IDSS ou das dimensões por problemas na consistência de dados. E sem informação não há como avaliar desempenho ou sequer inferir sobre aspectos relacionados à qualidade.

Com relação à divulgação do programa de qualificação, uma importante ferramenta é o Espaço da Qualidade, criado no site da ANS com o objetivo de reunir informações de relevância para subsidiar as escolhas dos beneficiários. Estão reunidos nesse espaço: o programa de qualificação das operadoras; a lista de planos com a comercialização suspensa; o índice de reclamações; os programas de Promoprev (Programa de Promoção da Saúde e Prevenção e Controle de Riscos e Doenças); a rede conveniada das operadoras, com o direcionamento do usuário aos sites das operadoras e há ainda a acreditação das operadoras. Este espaço também deverá abrigar o Programa de Qualificação dos Prestadores, quando da divulgação dos resultados.

Há algo importante para discutirmos sobre a qualidade. Trata-se de um conceito muito amplo e subjetivo. Costumo dizer que o programa de qualificação é mais indução de melhoria que avaliação de qualidade propriamente dita. Sem dúvida a qualidade das operadoras tem melhorado no sentido de que há mais qualificação no setor atualmente. O objetivo da ANS tem se relacionado à redução de assimetria no setor de saúde suplementar, buscando gerar e disseminar informação para subsidiar escolhas; não é simplesmente dizer quem é o melhor ou pior. É mostrar resultados, com base em parâmetros, estimativas e estatísticas. É por essa razão

que a ANS não elabora *ranking*, porque o objetivo é informar.

Em relação às operadoras odontológicas, observou-se um aumento na curva do número de beneficiários que estão em operadoras mais bem avaliadas, nas melhores faixas do IDSS.

Em todo o setor, os dados recentes mostram que cerca de 90% dos beneficiários estão em operadoras com IDSS maior que 0,5. Este resultado tem relação direta com a melhoria da informação em todo o setor. Enfim, podemos inferir que o setor está mais qualificado, mais informado. A ANS e a sociedade, de forma geral, têm mais informação sobre a saúde suplementar.

### **Pesquisa de satisfação**

Dentro da linha de avaliação do Programa de Qualificação e da ênfase à participação do beneficiário, foi criada a pesquisa de satisfação dos consumidores, feita por operadora.

Para esta pesquisa, a ANS desenvolveu um questionário padrão, procedeu à seleção das amostras a partir da base dos beneficiários (SIB) e a operadora foi responsável pela coleta dos dados, que posteriormente foram auditados pela agência. A auditoria foi feita a partir da gravação das entrevistas, que deveriam ser enviadas à ANS juntamente com as respostas dos beneficiários ao questionário padrão, coletadas pelas operadoras. A auditoria foi realizada por servidores da ANS, que escutaram entrevistas gravadas por amostragem e buscaram a identificação de inconsistências entre as respostas enviadas pelas operadoras e a gravação da entrevista dos beneficiários. As operadoras com resultados inconsistentes na auditoria ou que não conseguiram finalizar as entrevistas tiveram sua pesquisa anulada. Da compilação dos resultados, resultou um indicador denominado “pesquisa de satisfação”, cujo resultado representa a nota de satisfação de cada operadora, variando de zero a um (1), sendo divulgado pela agência como mais um indicador da dimensão satisfação dos beneficiários do IDSS.

A pesquisa de satisfação envolveu apenas operadoras de grande e médio porte. As pequenas, por representarem

apenas 10% dos beneficiários, não foram incluídas. Em termos de representatividade, observa-se que 30% das operadoras (grande e médio porte, ou seja, com mais de 20 mil beneficiários) representam 90% dos beneficiários. Por fim, para a pesquisa de satisfação de 2012, tivemos 419 operadoras aptas a fazer a pesquisa, envolvendo mais de 20 mil beneficiários.

Foram entrevistados maiores de 18 anos. As operadoras receberam o questionário da ANS, que é anexo da IN/DIGES n.º 12, instrução normativa que dispõe sobre a pesquisa. Foi elaborado também um manual de aplicação dessa pesquisa para as operadoras, que deveriam observar certos procedimentos para a validade da pesquisa. Uma das regras, por exemplo, era utilizar somente o questionário enviado e entrevistar apenas os beneficiários selecionados pela agência (a amostra foi definida pela ANS). A eventual substituição dos beneficiários da amostra tam-

bém observava regras específicas e era de justificativa obrigatória, a fim de inibir eventual escolha de sujeitos para a entrevista. Foram envolvidas 419 operadoras e 256 conseguiram concluir a pesquisa. Dessas, 120 enviaram dados para a ANS com as gravações e neste momento estamos na fase de auditoria dos dados recebidos.

Para concluir, nossas propostas e perspectivas futuras incluem a revisão dos indicadores e do próprio Programa de Qualificação - componente operadoras. Há uma proposta de alinhamento mais estreito entre os programas de qualificação, especificamente com a qualificação dos prestadores. Considerando que a política de qualificação vigente na ANS segue um princípio de indução do setor, cujo objetivo é a melhoria da saúde suplementar no país, essa política termina por refletir o propósito da ANS na sua ação regulatória.

■ Qualificação das Operadoras de Planos de Saúde - Debate 10/04/2013

DEBATEDORA

**Maria Manuela  
Pinto Carneiro  
Alves dos Santos**

Consórcio Brasileiro de  
Acreditação – CBA

## VAMOS ABORDAR

questões da qualidade e acreditação das operadoras de planos de saúde. Acreditação é um início. Como foi na área de serviços da saúde, levou tempo para que ela começasse a dar resultados. E hoje, ainda, na prestação de serviços tais resultados, embora consistentes, são muito pequenos. Ou seja, para o tamanho do nosso país isso é uma gota d'água no oceano.

Temos dificuldades para que nossos profissionais entendam que a qualidade não é algo inerente, mas resultado de ações. Também não é um acidente, mas sempre o resultado de um esforço inteligente e muito grande. Normalmente nos serviços já existentes, a qualidade é uma mudança de cultura e de um paradigma de prestação de serviços. Isso leva tempo, é complexo e significa mudar às vezes o comportamento de milhares de pessoas que trabalham numa instituição de saúde. Por outro lado, é também preciso entender que estamos trabalhando com serviços e não com produtos. Somos em-

presas que prestam serviços aos outros. É estar a serviço e não algo imposto. Isso muda completamente a situação. Qualificar essa prestação significa um trabalho de conjunto de profissionais de todos os tipos e todas as categorias.

Na área de saúde, se contarmos todos os que trabalham dentro de um hospital, e eu me refiro a hospital porque é um serviço mais complexo, é uma enormidade. Não fazemos a menor ideia de quantas são as profissões existentes numa instituição dessas. E atualmente em hospitais modernos há categorias que nunca trabalharam nessa área como de TI, com

funções em tecnologia que não eram próprias da assistência médica, da assistência à saúde. Mas hoje são absolutamente necessárias.

Ainda refletindo sobre o que é acreditação e o que é acreditar. Acreditar vem do latim e hoje em dia é crer, dar crédito; é acreditar na existência, acreditar em Deus; é confiar. Acreditar no emissário, reconhecê-lo oficialmente perante as autoridades e outro país. E acreditação implica avaliação. E avaliar vem do latim também; é dar valor. O conceito de avaliação é expresso como sendo uma atribuição de valor ou qualidades a alguma coisa. É um ato ou um custo de ação e implica um posicionamento positivo ou negativo em relação ao objeto, ou ato, ou curso, ou ação do avaliado. Para acreditar é necessário avaliar. Isso é muito importante.

Trazendo a questão para a acreditação de operadoras de planos de saúde, eu poderia dizer que começamos a trabalhar em 2009, mas isso nunca foi uma pretensão do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), que sempre pretendeu trabalhar com serviços, acreditar serviços de saúde. Porque essa era a nossa lógica e a nossa origem. Entretanto, a partir de reuniões com a ANS, começamos a pesquisar o tema e concluímos que a nossa metodologia usada para avaliar e acreditar serviços de saúde poderia ser também adotada para acreditar as operadoras de planos de saúde sem grandes modificações. Lógico que os atributos, os critérios, os padrões seriam de acordo com o objeto, mas a metodologia poderia ser a mesma.

A nossa metodologia é diferenciada porque ela avalia qualidade e como tal avalia as expectativas. Ela não é prescritiva. E, já se falou aqui, qualidade é uma coisa muito subjetiva. Então o que precisamos são padrões, expectativas de alcance do melhor status da qualidade. E é isso que fazemos nos serviços ou tentamos fazer.

Criamos um manual em 2009 com a metodologia advinda da prestação de serviços e criar padrões para avaliar qualidade não é uma coisa fácil. É muito complexo. É preciso abranger não só o *status*

*quo* de como estão a política, a cultura das instituições que vão ser avaliadas. Formamos um comitê para elaborar padrões para avaliar e acreditar operadoras de planos de saúde. Quando saiu em 2011 a Resolução Normativa nº 2.077 da ANS sobre acreditação de operadoras, já tínhamos avaliado uma operadora e já a tínhamos acreditado com base naquele manual de 2009. Essa operadora, que é uma das maiores do país, levou dois anos preparando-se para conseguir chegar à acreditação.

## **Pesquisa de satisfação**

Esse manual, o primeiro sobre acreditação de operadoras de planos de saúde no país, inclui uma parte que são padrões com propósitos e itens de mensuração, além de dois capítulos, abordando indicadores clínicos e pesquisa de satisfação dos beneficiários. Essa pesquisa é padrão para qualquer operadora. Ou seja, temos de fazer as mesmas indagações para todo mundo, para podermos ter dados consistentes e avaliar o que as pessoas estão dizendo das operadoras para depois comparar a satisfação, que, aliás, é também muito difícil de ser avaliada.

Usamos uma pesquisa que já é normatizada, regulada e aceita em muitos países. Traduzimos e adaptamos às nossas condições. Ela é elaborada pela própria operadora e depois avaliada, ou seja, trabalhamos os dados por uma terceira parte. Não somos nós, nem a operadora, que fazemos a avaliação da pesquisa e de seus dados epidemiológicos. E as operadoras têm que nos mostrar não só esses dados, mas também sua consistência e validação.

Aliás, obter dados não é algo simples. É um desafio. Sempre nos fizeram com perguntas como: “Mas por que vocês não têm os dados para avaliar e comparar e fazer *benchmark*?” Não é assim que se faz *benchmark*. É preciso ter a consistência desses dados e que estejamos avaliando precisamente a mesma coisa. E é aí o aspecto mais complicado. O problema de dados e de indicadores está na coleta. O resto é fácil, qualquer máquina hoje faz. Então todas as vezes em que se fala em indicadores, em *benchmark*, eu me arrepio porque é muito difícil.



Há um aspecto importante que é a necessidade de facilitar a comunicação e a compreensão desse processo e desses padrões, que precisam ser lógicos, ou seja, serem referenciais para aqueles que trabalham na organização e isso é muito importante por causa das questões de comunicação. E está provado que a comunicação é o maior fator de erros.

O segundo fator é a capacitação de profissionais. Essa é uma área em que vamos sofrer alguns anos ainda e vamos ter que mudar nossa educação. Não o nosso ensino. São duas coisas diferentes. Educação é a preparação das pessoas para o serviço. E ensino, se entrarmos na Internet recebemos o ensinamento que precisamos. Mas educação precisa de gente, precisa do tête-à-tête, que haja relacionamento entre pessoas. O processo de acreditação tem que ser educati-

O maior benefício da acreditação para as operadoras de planos de saúde é conquistar a credibilidade do plano entre a população. É conseguir um diferencial mercadológico em relação aos demais planos. E mais: a acreditação traz quase como obrigação que a operadora divulgue seu nível de qualidade e eduque os seus beneficiários. Ainda precisamos ser educados. Precisamos saber porque vamos ao médico, porque buscamos dado plano, o que vamos fazer com ele, para que ele serve, porque se fazem programas de prevenção e promoção.

E quanto mais avançarmos nesse caminho mais os beneficiários irão cobrar, exigir ações que vão além de somente uma prestação de serviços de saúde clássica, digamos assim. Acho que estamos num momento propício para isso, em que as pessoas vão refletir mais sobre seu estilo de vida. E as operadoras podem ser um indutor por vários meios de comunicação, incluindo a Internet.

Divulgar sua boa qualidade e resultados positivos é ainda uma forma de a operadora captar e manter profissionais de saúde, que vão querer trabalhar numa empresa com mais qualidade ou que aparente mais qualidade, digamos assim, que pareça e que seja. Assim, o atendimento melhora e são mais bem atendidas as

solicitações determinadas pelas agências reguladoras. Acho que acreditação tem também esse viés positivo.

Quero ainda enfatizar outro aspecto, que é a habitualidade em respeitar os direitos dos beneficiários. Havia muita reclamação, sabemos disso pelos meios de comunicação, de que as operadoras de planos de saúde não tinham presteza em responder às perguntas dos seus beneficiários. Hoje porém vejo que temos tecnologia para isso, até por Internet à distância.

### **Custos da acreditação**

Todo mundo diz que a acreditação é uma coisa muito cara, que exige alto inves-

**O maior benefício da acreditação para as operadoras de planos de saúde é conquistar a credibilidade do plano entre a população. É conseguir um diferencial mercadológico em relação aos demais planos.**

vo e não punitivo. O caminho é induzir para que todos identifiquem erros e oportunidades de melhoria. Todo erro é uma oportunidade de melhoria, mesmo que seja muito grave.

As pessoas têm que sentir que, ao mesmo tempo em que precisam trabalhar com qualidade, que a sua prestação de serviço seja de qualidade. Elas têm que entender que seu trabalho agrega valor para elas e para a sua instituição. Então aí já temos uma grande mudança de paradigma, de que as pessoas não podem mais trabalhar individualmente, que uma instituição não é um indivíduo, mas um grande conjunto de indivíduos que devem trabalhar e buscar o mesmo fim: a qualidade.

timento. O que podemos dizer sobre isso é que o custo da qualidade é uma questão de investimento obrigatório. Ou seja, trabalhar com qualidade é uma obrigação do serviço que está aberto e não algo a mais. A acreditação é uma expressão do que é esta qualidade, mas ela já devia existir. Então, se alguns investimentos terão que ser feitos, e certamente vão ser feitos – até porque as pessoas começam a criar formas para dar conta dos padrões –, isso é uma ação voluntária, tal e qual nos serviços, porque a instituição tem a noção de que a qualidade é uma coisa obrigatória e não simples fator de marketing ou algo assim.

Os investimentos necessários para atender aos requerimentos dos padrões da acreditação pela rede de prestadores de serviços devem ser vinculados aos objetivos futuros de melhoria de desempenho e aumento da produção e de resultados. O investimento não corresponde diretamente à elevação dos custos e necessidade de repasse direto aos preços.

Outra questão a ressaltar é a atenção ao meio ambiente, à sustentabilidade dos serviços, à forma de vida das pessoas. Preocupação com o histórico da doença, que passa a ser preocupação com o histórico da saúde e os hábitos das pessoas, ou seja, o hábito de vida. Isso é muito importante. Se as operadoras começarem a trabalhar isso, e elas têm uma força indutora muito grande, eu acho que, a médio e longo prazo, podem haver mudanças no sistema de saúde como um todo.

Falando um pouco em números, estima-se que 250 mil vidas foram salvas, na década passada, como resultado direto do esforço dos planos de saúde em medirem e melhorarem a qualidade. Isso é uma outra questão importante. No Brasil, as medidas sempre foram muito restritas, englobadas em determinados lugares ou não muito adequadas. E medir é a única forma de melhorar.

Os fatores críticos de sucesso são a vontade expressa da alta direção e altas lideranças, que é fundamental. Se a dire-

ção, se o líder maior da instituição não estiver presente, não tiver a intenção de melhorar, seus liderados não o farão. É importante ainda definir um grupo coordenador que compreenda com exatidão o que significa cada função, a dimensão e os itens de mensuração, que são os avaliativos. E estabelecer responsabilidades, metas, prazos e uma data para a avaliação. Mesmo que essa data possa ser postergada, é sempre bom ter essa meta como referência para todos os envolvidos.

**Estima-se que 250 mil vidas foram salvas, na década passada, como resultado direto do esforço dos planos de saúde em medirem e melhorarem a qualidade.**

Entender que se trata de um processo contínuo de melhoria de qualidade e não só um momento. Não se busca uma simples outorga, mas sim uma melhoria permanente. Além disso, envolver todos o máximo que se puder. Costumamos dizer que, nos serviços de saúde, se não tivermos 70% da força de trabalho envolvida, não conseguimos chegar à acreditação. E 70% é muito porque implica os profissionais próprios e os terceirizados.

Também realizar uma ou mais avaliações simuladas, tantas quantas forem necessárias. Ter em mente que os avaliadores buscarão evidências na consistência das conformidades. O avaliador tem que se ater ao padrão para poder avaliar e estar preparado para as resistências. Trata-se de uma mudança de cultura.

Bom, para terminar: qualidade é a obtenção de maiores benefícios com os menores riscos e os menores custos. Não pode ser a qualquer preço. Para os pacientes, vêm benefícios que, por sua vez, se definem em função do alcançável, de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes.

- OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais: uma discussão sobre usos e abusos  
Debate 26/06/2013

# OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais: uma discussão sobre usos e abusos

MODERADOR

**Walter Cintra  
Ferreira Junior**

FGV-EAESP/GVsaúde

## VAMOS NOS

concentrar em relação ao tema da palestra – Órteses, Próteses e Materiais Especiais, discutindo os seus usos e abusos – naquilo que talvez seja o mais importante. Órteses e próteses como elementos de custo na saúde, tanto na área pública como na privada e, principalmente, talvez na área privada pelo próprio modelo de financiamento que hoje temos na saúde suplementar que faz com que nós, gestores de hospitais, olhemos para os materiais de um modo geral, materiais e medicamentos, como uma fonte de receita.

Então, ao mesmo tempo em que nossa preocupação é lidar com uma tecnologia, selecioná-la, avaliá-la, usá-la com eficiência, com responsabilidade, por outro lado temos um modelo que causa uma pressão de uso que reflete em receita. E esse é o dia a dia de quem está na lida da gestão hospitalar.

Nesse quadro, temos os colegas médicos, sempre querendo usar o que é melhor para o paciente; as operadoras de planos de saúde, tentando controlar os seus custos e vendo nas OPMEs uma grande possibilidade de eventos catastróficos, dependendo do tipo de procedimento; e a ANS, que regula o setor – e que acabou de publicar o rol que está colocado em discussão – e que exerce também um controle sobre as operadoras e discute como vamos fazer para que

a sinistralidade fique dentro das nossas receitas. Outras questões que são menos publicamente ou oficialmente faladas são todos os pagamentos, os comissionamentos que estão embutidos nos preços das OPMEs.

Então, para discutir esses temas é que temos aqui vários convidados. Um deles é o professor Marcelo Queiroga, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, especialista em cardiologia e membro titular da Sociedade Brasileira de Cardiologia Intervencionista. É também responsável técnico pelo serviço de hemodinâmica e cardiologia intervencionista do Hospital Santa Paula em João Pessoa, Paraíba.

Também está conosco a doutora Martha Regina de Oliveira, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), especialista em regulação de saúde su-



plementar e gerente-geral de Regulação Assistencial da diretoria de Normas e Habilitação de Produtos da ANS.

Outro convidado é o doutor Ronaldo Kalaf, diretor vice-presidente do Grupo Santa Helena Assistência Médica. É graduado em Medicina pela Universidade de Mogi

das Cruzes e tem pós-graduação em Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas.

Gostaria de dizer que estamos vivendo um momento em que o país está querendo mudanças. O povo está literalmente nas ruas. E, como foi colocado aqui, as questões não são simples de resolver.

- OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais: uma discussão sobre usos e abusos  
Debate 26/06/2013

## INICIALMENTE,

de abuso e desvio de poder; de aconselhamento, de informação ao paciente de maneira adequada; de manter-se atualizado; e de guardar sigilo profissional. O item dois é o que trataremos aqui. E é um dever tão antigo, quanto Hipócrates. Tem aproximadamente 3 mil anos, embora órteses e próteses sejam de aplicação mais recente.

vamos discutir um pouco sobre os deveres do médico, que são basicamente cinco: dever de cuidado; de abstenção

DEBATEDOR  
**Marcelo Queiroga**

Sociedade Brasileira  
de Cardiologia  
Intervencionista

Órteses e próteses não são vilãs da medicina. São grandes avanços que representam melhoria na qualidade de vida dos pacientes e redução da mortalidade (Figura 1). Desfibriladores, por exemplo, reduzem em 20% a mortalidade quando comparados com o tratamento conven-

cional em pacientes portadores de miocardiopatia com risco de morte súbita. Próteses valvares implantáveis transcaterter reduzem significativamente a mortalidade em pacientes com estenose aórtica que não podem ser submetidos a tratamento cirúrgico. Embolização de aneu-

Figura 1. OPME – Empregadas em medicina



rismas intracranianos reduz mortalidade em relação à cirurgia aberta. São, portanto, avanços que trazem indiscutíveis benefícios para os pacientes.

Vejam o exemplo publicado no *Journal of the American College of Cardiology* (JACC) a respeito de um paciente que em dez anos recebeu 67 stents coronários<sup>1</sup>. Esse paciente foi submetido à revascularização cirúrgica e a um implante de desfibrilador (Figura 2). Isso, a princípio, pode parecer um abuso, mas, pelo que está relatado pelos autores do artigo do JACC, quem faz a boa obra, faz e mostra. Esse paciente, toda vez que recebeu esses procedimentos, tinha quadro de angina do peito incontrolável e por dez anos foi alvo desse tipo de tratamento.

Nos Estados Unidos, a questão das indicações inapropriadas é bastante discutida. Vejam, por exemplo, o estudo publicado no *The Journal of the American Medical Association*<sup>2</sup> (Jama), o qual registra ter havido indicação inapropriada de angioplastia em 12% dos pacientes que foram submetidos a esse procedimento no contexto da doença coronariana estável nos Estados Unidos, onde os custos com intervenção coronariana percutânea são de aproximadamente US\$ 12 bilhões por ano, ou seja, mais de R\$ 24 bilhões por ano. Vejam que esse estudo demonstra que, quanto menor o número de procedimentos de angioplas-

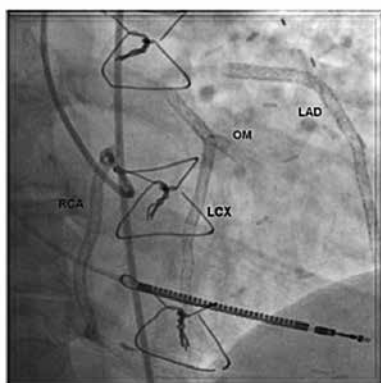
tias coronárias realizadas em um determinado hospital, maiores serão as chances de que as indicações das intervenções coronárias percutâneas (angioplastias) sejam inadequadas. Esse fato logo toma a imprensa que divulga na mídia leiga: “Implante para desobstruir artérias só funciona na metade dos casos”, levando muitas vezes confusão à população. Considerando ainda a frequência de realização de intervenções coronárias/ano, na Alemanha são aproximadamente 200 mil/ano. E no Brasil, com 200 milhões de habitantes, o dobro da população da Alemanha, são realizadas 100 mil intervenções coronárias por ano. Mas aqui, no Brasil, como demonstram os dados, as angioplastias coronárias não são realizadas de forma excessiva. Ao contrário do que alguns possam querer dizer, ainda falta acesso ao tratamento.

### Uso abusivo

As reclamações acerca do uso abusivo de OPME é um tema que está na ordem do dia. Por outro lado, as operadoras de planos de saúde são campeãs de reclamação nos Procons, à frente até da telefonia celular. Apesar de o Caderno de Informações da Saúde Suplementar estar bem completo, não há dados da saúde suplementar relativos ao uso de órteses e próteses. Somente dispomos desses dados no SUS. No ano de 2002, gastou-se aproximadamente

Figura 2. Intervenção coronária percutânea – OPME

**Intervenção Coronária Percutânea – OPME**  
**A Heart with 67 Stents**



**28 cateterismos cardíacos em 10 anos, com stents implantados em coronárias nativas bem como em 3 bypass grafts.**

Rami N. Khouzam, MD, Rajvir Dahiya, MD, Richard Schwartz, MD  
Mineola, New York

Vol. 56, No. 19, 2010  
Journal of the American College of Cardiology

R\$ 1 bilhão em órteses, próteses, materiais especiais (OPME). Os Estados Unidos gastam US\$ 12 bilhões só com intervenção coronária percutânea, evidenciando como o Brasil gasta muito pouco nessa rubrica. Vejam ainda que o procedimento de intervenção coronária percutânea é um dos mais utilizados no âmbito do SUS.

Qual é, portanto, o problema relativo ao emprego de órteses e próteses? É a possível existência de conflitos de interesses relacionado com a prescrição desses dispositivos. Porque não é o paciente que escolhe o material que vai ser usado e sim o médico. É ele quem determina o medicamento, o equipamento que vai ser adquirido, utilizado e pago. É nesse contexto que se insere a questão do conflito de interesses em que muitas vezes nós temos uma equipe médica constituída de indivíduos que colocam seus interesses acima de tudo.

O sistema de saúde no Brasil, que é uma conquista da sociedade brasileira, sobretudo após a Constituição de 1988, está assim hierarquizado: SUS e Saúde suplementar com duas agências regulatórias vinculadas: a Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (Figura 3). Discorrendo sobre a saúde suplementar, temos aproximadamente 48, 49 milhões de beneficiários com planos de saúde

de no Brasil, cerca de 25% da população, com custos da ordem de R\$ 68 bilhões por ano. Isso é um pouco mais do que os Estados Unidos despendem com intervenção coronária percutânea. E quais são os problemas? Interferências na relação médico-paciente; restrições aos procedimentos de alta complexidade; interferências nas prescrições de OPME; restrições à incorporação de novas tecnologias; honorários médicos defasados; divergências entre planos de saúde, operadoras, beneficiários e prestadores, o que leva a uma crescente “judicialização” da medicina ou da saúde.

Essa catástrofe relacional não pode ser obscurecida ou ignorada, como algo que não se quer abordar ou enxergar. O código de ética médica, através de normas deontológicas, vedou de maneira muito clara esse tipo de abuso. O artigo 14, por exemplo, veda ao médico praticar atos desnecessários. O artigo 68 veda o exercício da medicina com interação ou dependência de farmácia ou com a indústria de dispositivos.

A medicina tem, como princípio fundamental, garantir a autonomia do médico, o qual não pode renunciar à sua liberdade profissional e não pode se submeter a disposições estatutárias ou regimentais que limitem suas escolhas sobre o melhor meio de tratar o paciente. Por outro lado, o médico deve aceitar e acatar as deci-

Figura 3. Hierarquia do sistema de saúde no Brasil



sões dos pacientes com relação aos procedimentos, diagnósticos e terapêuticos. Tanto é que o paciente antes de fazer um determinado procedimento deve assinar um consentimento livre e informado. O médico tem o direito de indicar o procedimento, recusar-se a realizar atos médicos que sejam contrários aos ditames da sua consciência e também de estabelecer os seus honorários de forma justa e digna. Deve ainda informar detalhadamente o paciente a respeito do procedimento a ser realizado.

O Conselho Federal de Medicina, por intermédio da Resolução nº 1642/2002, consagra a autonomia médica e define as diretrizes que devem nortear a conduta médica, as quais devem ser as editadas pela Associação Médica Brasileira. Trata-se de um documento (diretrizes médicas) que, em minha opinião, deve ser aberto à sociedade civil e discutido como um todo. Já foi citada aqui a Resolução nº 211 da ANS, a qual versa sobre a substituição de prescrição de OPME pelos planos de saúde, estabelecendo que o médico não deve prescrever a marca comercial e sim as características de um determinado produto. No inciso II, do parágrafo 2o., artigo 18, desta resolução, diz-se que o profissional, quando solicitado pela operadora, deve indicar três marcas comerciais para que se faça a escolha. Em caso de divergência, um árbitro designado decide.

### **Similaridade na OPME**

Uma das maneiras de averiguar a questão da similaridade de OPME é por meio de estudos clínicos controlados. Ocorre que esses estudos são caros e há o alegado viés de serem patrocinados pela indústria. Mas eu desconheço quem patrocine estudo que não seja a indústria. No Brasil não há.

O Conselho Federal de Medicina também dispôs sobre o assunto e criou uma comissão, com médicos especialistas de várias áreas, que elaborou uma resolução normativa (Resolução CFM 1956/2010), estabelecendo critérios para prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determinando arbitragem de especialista quando houver

conflito e definição de prazos de maneira muito clara. O problema quando se edita uma resolução dessas, para dispor sobre a modificação da prescrição médica, é a interpretação deturpada na norma: “Resolução do Conselho Federal proíbe médicos de indicar marcas”. A resolução não proíbe a indicação de marcas comerciais. Aliás, nesse sentido, é bem clara: “Pode o médico, quando julgar inadequado ou deficiente o material, bem como o instrumental disponibilizado, oferecer à operadora ou à instituição pública três marcas de produtos”. A resolução na realidade proíbe indicar marcas exclusivas. Porque têm médicos que querem indicar marcas e o distribuidor e isso não é permitido.

Em relação aos prazos para a arbitragem, para ilustrar, trago uma implementação na prática de um paciente da minha instituição. O procedimento foi solicitado no dia 7 de julho de 2010 e a divergência estabeleceu-se no dia 14, pouco mais de sete dias depois. Em 19 de agosto, veio uma decisão judicial determinando a realização do procedimento, que, mesmo assim, só foi autorizado no dia 31, havendo um retardo entre a solicitação e a autorização, em prejuízo do paciente, extremamente expressivo quando o prazo da arbitragem previsto na resolução do CFM é de apenas cinco dias.

Há um artigo que publiquei na Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva<sup>3</sup> em que alerto sobre essa questão da judicialização da saúde, sobretudo em relação a esses atestados médicos, essas declarações que servem como base para decisões judiciais. O médico tem muita responsabilidade porque essa declaração, esse atestado, que será enviado a um juiz, tem que ser fundamentado, basear-se na melhor evidência médica possível e retratar aquilo que efetivamente o paciente tem. Ou seja, na judicialização, o médico já começa a realização do seu ato profissional, que deveria ser no consultório, em um tribunal. Isso é desfavorável.

A questão é muito simples: quem credencia o médico? E quem credencia o hospital? Não são os médicos e nem a ANS. Quem credencia é a operadora do plano de saúde. Por isso o desembargador José

Renato Nalini, do Tribunal de Justiça de São Paulo, salienta em uma das suas decisões<sup>4</sup> que: se presume que facultativo formado em universidade, cuja criação foi permitida pelo poder público, cuja fiscalização a ele compete, e cujo credenciamento dos egressos incumbe a órgão legítimo de representação, no caso a operadora de plano de saúde, saiba discernir o que se mostra adequado para o seu paciente. Não se pode ainda esquecer que a responsabilidade jurídica da prescrição da OPME, no final, será sempre do médico que realiza o procedimento por ter escolhido material deficiente. Ressalte-se que não se pode restringir a autonomia de todos os médicos porque alguns poucos se beneficiam de esquemas comerciais.

E o contexto hoje é esse: honorário médico defasado; remuneração hospitalar inadequada; e OPME com uma gordura excessiva. Deveríamos sentar em uma mesa para procurar apropriar essas rubricas nos seus devidos lugares, reduzir os custos com OPME e realocar esses valores para remunerar hospital e médicos, para tornar esse contexto mais transparente. Num cenário desses, onde há tanto dinheiro envolvido, nós estamos, muitas vezes, diante de uma ética capitalista que se rege por regras de mercado.

Só finalizando, se a órtese que es-

tivesse em discussão fosse, por exemplo, a bengalinha do Carlitos (Charles Chaplin), é claro que ninguém ia estar aqui discutindo com os senhores esse assunto hoje à noite, mesmo que os médicos pudessem escolher, livremente, entre diversas opções de bengalinhas como estas (Figura 4). E, com certeza, não só esse paciente ilustre (Chaplin) teria acesso a essa OPME, mas todos os outros.

## Notas

1. Kouzam RN, Dahiya R, Schwartz R.A Heart With 67 Stents. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56(19):1605-1605. doi:10.1016/j.jacc.2010.02.077
2. Chan PS, Patel MR, Klein LW et al. Appropriateness of Percutaneous Intervention. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, July 6, 2011. Vol 306, No. 1
3. Lopes MACQ, Lopes Filho MACQ, Gubolino LA, et al. Conflitos éticos e judiciais no emprego dos stents farmacológicos no Brasil. Análise das principais controvérsias para incorporação dessa tecnologia nos sistemas de saúde público e privado no país. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2009; 17(1):117-32.
4. Agravo de Instrumento TJ-SP no. 823.627.5/0-00. São José do Rio Preto.

Figura 4. OPME – Órteses, próteses e materiais especiais: uma discussão sobre uso e abusos



## OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais: Uma Discussão sobre uso e abusos



GV Saúde  
16°. Semestre de Debates  
26 de junho de 2013



- OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais: uma discussão sobre usos e abusos  
Debate 26/06/2013

DEBATEDORA

**Martha Regina  
de Oliveira**

Agência Nacional  
de Saúde  
Suplementar – ANS

**VOU FALAR SOBRE** alguns pontos da saúde suplementar. As duas leis que regulamentam a área são a nº 9.961, que cria a agência, e a que regulamenta o setor, a nº 9.656. Então tudo o que eu vou falar vai referir-se a essas duas leis, principalmente a nº 9.656.

Dentro da cobertura da saúde suplementar, ainda existem aproximadamente 18% de planos de assistência à saúde que não são regulamentados. São planos, cujos contratos são anteriores à Lei nº 9.656 e que não obedecem as regras que vou abordar. Esses planos ainda têm vários tipos de exclusões. As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs) são grande exemplo disso, mas há todo o tipo de contrato dentro desses planos não regulamentados. Desde contratos enormes, muito abrangentes, e que por isso as pessoas não desejam ir para planos regulamentados, até contratos muito ruins com cláusulas que excluem, por exemplo, doenças crônicas e infecciosas.

Dentro dos planos regulamentados, existem algumas exclusões permitidas por lei. Para essas exclusões, a agência – ANS – não pode criar nenhum tipo de obrigatoriedade, como é o caso fornecimento de OPMEs não ligados ao ato cirúrgico. Por exemplo: óculos, cadeira de rodas, bengala, entre outros itens; medicamento importado não nacionalizado, que é aquele que não tem registro na Anvisa; medicação de uso domiciliar; tratamento clínico ou cirúrgico experimental, incluindo *off label*; procedimentos realizados fora do território nacional; e inseminação artificial.

A cobertura assistencial dá-se por uma regulamentação que estabelece o Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, a Resolução Normativa nº 262 (a partir de Janeiro de 2014 a Resolução Normativa no. 338 substituiu a normatização anterior). O Rol é a cobertura mínima obrigatória e abrange essa discussão sobre OPMEs – quando as mesmas devem ou não contar com cobertura obrigatória. O último processo de revisão do Rol (que resultou na aprovação da RN no. 338) contou com um grupo técnico formado por mais de cem pessoas que participaram para discutir a questão. Agora estamos no processo de consulta pública e já recebemos cerca de 2 mil contribuições em duas semanas. Um dos principais pilares para a revisão do rol é a avaliação de tecnologia em saúde, que deve existir com maior clareza, efetividade e estudos possíveis. E essa discussão tem sido feita de forma atrelada a diretrizes, o que induz à boa prática e ao uso correto das tecnologias em saúde.

Uma questão importante de início é como se dá a entrada de tecnologia no país. No Brasil há uma especificidade que a maior parte dos países desenvolvidos já venceu. Nesses países, por exemplo, quando se quer mandar um equipamento, ou medicamento, ou uma órtese, seja o que for, para o país, alguém analisa se há

segurança, efetividade, quem será o usuário e em que momento ele irá usar. Surge então uma diretriz para aquele procedimento. A partir daí, estipula-se quantas unidades do equipamento vão entrar no país, quem será responsável e como será essa entrada. O Brasil ainda está bem atrasado nessa discussão. Hoje o equipamento ou a tecnologia é autorizado a entrar no país a partir de uma análise de segurança. Depois que essa tecnologia está no país, os envolvidos começam a pressionar por uma incorporação. Quem irá incorporar: O Ministério da Saúde? A ANS? Ele já está sendo usado?” O resultado é a judicialização da questão. Só que depois que entrou no país alguém vai ter que pagar a conta por esse uso. A conclusão é que temos de estabelecer diretrizes antes da entrada, tal como nos países desenvolvidos, para conseguirmos uma melhor política de gestão de tecnologias no país.

### Informação

Acredito que o que mais precisamos no Brasil é de informação, e informação qualificada para todos os atores do setor. Por exemplo, ninguém fala para o idoso que hoje a terceira causa de morte é a iatrogenia. Então o idoso vai ao oftalmologista, ao gastroenterologista, ao dermatologista, toma todos aqueles medicamentos, cai e morre. Ou seja, ninguém lhe informa que não basta ter acesso à tecnologia ou ao exame, ou ao medicamento. Ele precisa organizar os cuidados cotidianos em sua vida.

Existe uma cultura hoje no país de uso de tecnologia que leva a algumas distorções. Para ilustrar, há um mapa em que comparamos a produção assistencial de alguns procedimentos com a da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), isto é, dos países que a compõem. O dado que mais nos chamou a atenção foi sobre a ressonância magnética. Na OCDE, são 46 exames por mil pessoas por ano. No Brasil, no SUS são 4,9 por mil por ano e na saúde suplementar, 89 por mil por ano. Ou seja, fazemos o dobro de res-

sonâncias magnéticas que os países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). Isso quer dizer que estamos realizando uma quantidade de exames em excesso. E, embora não tenhamos estudado esse uso a fundo, podemos dizer que é excessivo pela comparação com a média da OCDE. E o mais grave: o alto uso não se reflete em saúde, mas numa simples produção de exames.

**O mercado da saúde suplementar no Brasil é bem diversificado. Há operadoras em regiões diferentes, operadoras com tamanhos diferentes, com capacidades operacionais muito diferentes.**

Abordando outro procedimento, a tomografia, na OCDE são 122 por mil por ano e na saúde suplementar brasileira, 94. O que fizemos no Brasil? Pulamos uma tecnologia! Resolvemos ir direto para a realização da ressonância, o que mostra que no Brasil não temos a indicação correta de uso das tecnologias de que dispomos. Já na mamografia, não conseguimos sequer atingir a meta da OMS (Organização Mundial da Saúde). E a razão é que há toda uma cultura envolvida, em que é preciso desfazer mitos, esclarecer as mulheres. O que vemos é que a informação bem passada no Brasil foi que a tecnologia de ponta é a mais bacana, pois estamos realizando uma quantidade alta de ressonâncias. Assim, dá para perceber que em termos culturais e informativos o nosso modelo assistencial está equivocado.

### As OPMEs

Um dos pontos principais para nossa discussão de agenda regulatória da ANS 2013/14 são as OPMEs, para as quais temos um projeto especial de estudo. Elenquei alguns pontos que acho importante abordar em relação ao tema. O primeiro,

claro, é o preço e as diferenças regionais e de importação. Há alguns anos, a Anvisa juntamente com a ANS publicou uma tabela que mostrava as diferenças de preço de OPMEs regionais e diferenças de preço de importação, que já é uma coisa que chama a atenção e que é um problema com o qual precisamos lidar no Brasil.

O outro ponto é a nacionalização. Pela saúde suplementar, não há obrigatoriedade de cobrir OPMEs importadas, mas todas as que têm registro têm cobertura obrigatória. Então, por lei, se alguma OPME for solicitada, e ela tiver registro no país, terá cobertura obrigatória em número limitado. E aqui há algo que precisamos considerar: para cada OPME, qual a sua real indicação? E para fazer isso temos de trabalhar com diretrizes baseadas em evidência, processo que tem sido aliás bastante aceito no Brasil. Já conseguimos fazer 90 atreladas ao rol e que têm capacidade sim de mudar o modelo. Poucas coisas têm essa capacidade e diretrizes são uma delas.

A distribuição vem em seguida como item importante. Há uma discussão muito grande sobre atrelar-se àquele distribuidor ou intermediário. O mercado da saúde suplementar no Brasil é bem diversificado. Há operadoras em regiões diferentes, operadoras com tamanhos diferentes, com capacidades operacionais muito diferentes.

E temos ainda como ponto prioritário de discussão a similaridade. No momento em que se registra uma OPME no Brasil, não se estabelece o que é similar. Só que, se tivermos uma correlação de similaridade, muitos dos problemas que existem poderiam, pelo menos assistencialmente, começar a ser resolvidos. Então, na hora em que soubermos qual prótese é similar à outra, teremos uma percepção maior do que pode ser substitutivo. No Brasil, a similaridade é definida por critérios da bula. Só que às vezes, em vez de colocar parafuso dourado, coloca-se parafuso prateado. E quem é que vai dizer se aquilo ali é similar ao outro ou não? É preciso estabelecer critérios mínimos para dizer o que é similar ou um simples “floreamento” daquela OPME e que pode

ser usado substitutivamente apesar de o parafuso ser prata e o outro ser dourado.

### **Bulas dos equipamentos**

Outra questão importante: estamos acostumados a ler bulas de medicamento, portanto já existe uma familiaridade maior com o que é *label*, *off label*, o que pode, o que não pode em um medicamento. Mas, quando vamos ler as bulas dos equipamentos, que todos têm e que costumamos também de chamar de manual, é muito complicado. Por exemplo, certa vez estávamos estudando um equipamento que era um *stent* intracraniano e aí chegou até nós uma denúncia de que tinham sido solicitados seis *stents* intracranianos para um mesmo paciente e na bula do equipamento estava escrito que só podia usar três. Ou seja, precisamos sim nos acostumar a ler os instrumentos que temos e até melhorá-los para que os usemos da melhor forma.

É importante também abordar a relação prestador médico-hospital-plano, que é complicada quando envolve, principalmente, OPMEs, mas medicamento também entra nisso. Algumas operadoras têm optado pela compra direta ou pelo empacotamento. Pode até parecer uma solução para uma parte do ciclo, mas a outra parte não se resolve com isso. A Resolução Normativa nº 262, traz um embrião dessa discussão que não foi suficiente, mas foi pelo menos um início. Trata-se da possibilidade de estabelecimento de três marcas. Sobre isso, a resolução diz que o médico pede a prótese e oferece três marcas, das quais a operadora vai optar por uma. Eu sei que existem ainda muitos problemas, mas foi um primeiro passo na direção do estabelecimento de um mínimo de similaridade. A resolução diz ainda que, na dúvida da indicação, busca-se outro médico.

Esclarecendo como essa questão se encaixa na gestão do sistema e no modelo assistencial. O modelo assistencial atual favorece esse tipo de gestão, de beneficiar um equipamento, uma prótese, uma órtese, em detrimento de um cuidado. Temos então de redesenhar o modelo para que seja possível criar uma outra forma de relacionamento e de gestão do cuidado.



## TEMA COMPLEXO

e de grande interesse, que provoca debates acalorados entre os múltiplos atores envolvidos no cenário da assistência à saúde: pacientes, médicos, demais profissionais da saúde, fabricantes e fornecedores de insumos, hospitais e operadoras de planos de saúde, que se inter-relacionam e cada qual assume sua parcela de responsabilidade, mas é praticamente certo que quem custeia o serviço assume a integralidade do risco.

DEBATEDOR

**Ronaldo Elchemr  
Kalaf**

Santa Helena Assistência  
Médica S/A

As dificuldades de operação deste sistema e o intrincado rol de obrigações que compete a cada uma destas personagens demandam conjunto concatenado de condutas, para não gerar quadro fadado ao insucesso, sendo determinante a criatividade e eficiência administrativa.

A análise que se faz a seguir estará orientada sob a perspectiva das operadoras.

Até o final dos anos 90, o segmento possuía regulação genérica e havia muitas situações em que se evidenciava abuso por ambas as partes relativamente ao escopo dos contratos de planos de saúde. O discurso corrente era o da existência de pressões em relação aos hospitais e aos médicos, porque possivelmente nem todos agiam com lisura na operação. A consequência desta conduta reiterada na saúde privada foi a piora da assistência e a força das disposições contratuais não relativizava com a intensidade que precisava ter.

Neste contexto, surgiu a Lei Federal nº 9.656/98, que regulou especificamente o setor, adveio a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com sua plêiade de normas e regulamentos, e trouxe premissas e determinações aos submetidos à sua regulação com a mensagem de que, a partir deste marco, a conduta seria ajustada e modificada, norteando o segmento, em que seria penalizado aquele que não cumprisse a finalidade precípua do contrato, ou seja, que negasse a cobertura ou promovesse descredenciamento arbitrário, desassistindo os beneficiários do sistema.

Quem não teve a percepção de que o setor de saúde estava mudando de forma profunda naquele momento histórico não logrou êxito em programar seu negócio

e muitos acabaram, ou sendo absorvidos por outras empresas que se ajustaram, ou simplesmente cessando a operação.

### Viabilidade

E surgiram as primeiras experiências com a verticalização, como uma das formas criativas encontradas pelo empresário para adaptar-se às regras no intuito de não perder o controle da própria operação, o que significaria o insucesso do empreendimento. Foi esta a primeira preocupação no setor – a viabilidade.

Ocorre que o empreendedorismo tem ônus e bônus, na medida em que seja bem programado e projetado. O desafio era enorme, pois, para quem, naquele momento, apenas por ser operadora, já possuía série de novas regras a adaptar, ajustar e cumprir, ao assumir também a prestação dos serviços, passou a ter uma vulnerabilidade ainda maior, trazendo para este cenário maior conjunto de regras a cumprir, relacionadas à própria assistência.

A partir de então, nossa estratégia dividiu-se, basicamente, em duas frentes, que foram muito importantes para o resultado: a acreditação e a produção científica.

Foi criado um Centro de Estudos e Pesquisas para dar respaldo àquilo que se estava praticando e que pudesse atestar cientificamente que a racionalização na aplicação dos recursos disponíveis poderia determinar, em última análise, a longevidade da empresa. Para concretizar este projeto, foi indispensável a parceria com a área acadêmica, sobretudo com entidades renomadas e reconhecidas como a Universidade Metodista ou a Faculdade de Medicina da USP, que passaram a pro-

duzir trabalhos científicos com base nos resultados de nossa atividade assistencial, dando suporte para elaboração e implantação posterior de novos programas.

A transposição do que era demonstrado pela ciência para a prática clínica diária comprovou a eficiência do que é chamado “Medicina Baseada em Evidências” (MBE), que se apresentou como excelente ferramenta de racionalização de recursos.

Foi necessária a reestruturação de alguns serviços, como o da geriatria; a criação de uma unidade e a disseminação de conceitos em cuidados paliativos; o fortalecimento das equipes de áreas críticas, como a oncologia; e finalmente o tratamento das questões que envolviam a utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs), que representam uma grande parcela dos gastos de uma operadora.

Boa parte disto decorre da frequência com que ocorrem determinados eventos. Sabendo-se que estes são impulsionados, sobretudo, pelo que se convencionou chamar de “a caneta do médico”, depreende-se que um profissional da saúde criterioso e cioso das obrigações e ética prelecionadas, indicará e prescreverá adequadamente ao paciente e com justeza o que será necessário para sua análise clínica e terapêutica. Porém condutas que se afastem destas boas práticas significam dispêndio desnecessário, que onera o sistema e toda a massa de beneficiários, ensejando declínio do modelo de negócio.

Com planejamento e com uso eficaz da MBE (Medicina Baseada em Evidências), é possível obter boa assistência aos beneficiários, sem perda de qualidade, com indicadores satisfatórios, sem desperdício de recursos e sem precarizar a remuneração dos médicos, como falaciosamente ditava a versão de 1990 da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), até então praticada.

A defasagem da remuneração dos profissionais da saúde e o cenário econômico financeiro controlado pelos tomadores, de certa forma, contribuíam para uma situação que muitas vezes trazia o vislumbre de que determinados profissionais extrapolavam os limites do permitido, com o que não se poderia coadunar pela premissa e

pelo impacto econômico-financeiro que repercutia no desempenho e resultado final da operadora. Este novo cenário teve também que ser entendido para a efetivação de ajustes e foi então um dos motes para semear e germinar a intenção da acreditação, em que todos os esforços se voltaram em prol da reformulação dos processos, inicialmente através da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e mais tarde focando na Acreditação Canadense.

Foram organizados ciclos de encontros e eventos para formar o convencimento e transformar a filosofia em ação com todos os profissionais da saúde envolvidos, para que então trabalhassem baseados em consensos e protocolos. Este fomento resultou satisfatória adesão, entendendo que a assistência resultaria mais otimizada e a consequência reflexa foram os melhores resultados assistenciais. Não se duvida de que melhores resultados pudessem ser acompanhados de melhor desempenho no aspecto financeiro e que tais resultados pudessem ser compartilhados entre os envolvidos.

Se por conta da implantação de um determinado protocolo, além do ganho no resultado assistencial, fosse também evidenciado um retorno financeiro, nada mais legítimo do que compartilhar com a equipe médica esse resultado, levando desta forma um incremento na remuneração, que ocorre quando o profissional segue o protocolo recomendado, fundamentado no mundo acadêmico, científico e ético. A implementação desta filosofia resultou grande mudança também na concepção de manejo das OPMEs.

### **Protocolos assistenciais**

Importante exemplificar com o modo como se passou a atuar com o tratamento das patologias da coluna. Sabendo-se que a dor é o sintoma que mais incomoda o paciente acometido por este tipo de doença, implantamos uma estrutura concatenada para este tratamento. Assim, um paciente que tem queixa de dor na coluna lombar e que poderia facilmente ser submetido a um procedimento cirúrgico instrumentalizado, por indicação médica e envolvendo a utilização de OPME, é tratado

inicialmente por uma equipe assistencial multiprofissional, seguindo protocolos assistenciais reconhecidos, buscando com a aplicação de técnicas e condutas clínicas controlar e/ou eliminar o problema que o aflige, que é a dor. Nesta proposta, dentre outros profissionais, foram integrados acupunturistas, formados pelas principais instituições acadêmicas, sempre com foco na hierarquização e integração dos serviços necessários a esta assistência.

Este protocolo gerou maior conforto e melhor qualidade assistencial ao paciente, com maior segurança dos procedimentos e, por via de consequência, refletiu em redução e planejamento das intervenções cirúrgicas que poderiam acabar sendo realizadas de forma desnecessária, ensejando substancial redução dos custos com materiais implantáveis, sobretudo quando comparamos os dados obtidos com a implantação deste trabalho aos das estatísticas americanas ou mesmo europeias como as alemãs, onde cerca de 5,6% a 8% dos pacientes terminaram por sofrer algum tipo de intervenção cirúrgica sobre a coluna.

Um caso recentemente publicado por uma das equipes assistenciais do Hospital Israelita Albert Einstein veio ao encontro daquilo que estávamos conseguindo, ao relatar que a implantação da modalidade de avaliação na forma de segunda opinião e a adoção de tratamento conservador especializado para as patologias da coluna naquele estabelecimento reduziram substancialmente o número de procedimentos cirúrgicos lá realizados como opção terapêutica deste tipo de doença.

Há que se ter criatividade para gerir um plano considerado popular, com carteira de clientes que contribuem com valores per capita significativamente menores do que a média do mercado, sem que isso comprometa a qualidade assistencial, ainda que contando com uma equipe médica heterogênea e formada por profissio-

nais de diferentes procedências. A busca por uma qualidade assistencial uniforme só se torna possível se considerarmos a implantação de fluxos e a hierarquização da assistência, com foco em grupos específicos que requerem cuidados diferenciados.

Para viabilidade e sucesso deste projeto, hoje dispomos de uma estrutura formada por unidades ambulatoriais, centros diagnósticos, unidades de pronto atendimento, pronto-socorros, maternidade e hospitais, voltados ao atendimento de mais de 220 mil vidas. Há fluxos definidos para o atendimento de pacientes que estão em programação pré-operatória, quando se envolvem as unidades ambulatoriais, o hospital e a pós-alta por exemplo. Outro deles retira da rede comum o paciente que passa pelo hospital e que pode ser classificado no nível de alta complexidade, encaminhando-o para ambulatórios de pós-alta e de gerenciamento de pacientes crônicos, onde indivíduos previamente estratificados são acompanhados e tratados por equipe interdisciplinar formada por profissionais com capacitação na área.

## **A busca por uma qualidade assistencial uniforme só se torna possível se considerarmos a implantação de fluxos e a hierarquização da assistência, com foco em grupos específicos que requerem cuidados diferenciados.**

Há ainda grupos específicos para determinados tipos de doenças, voltados a áreas de demanda crescente, como no caso de indivíduos acometidos por dores e disfunções orofaciais, que ganharam incremento após a edição do novo rol de procedimentos da ANS e suas obrigatoriedades de cobertura ou para segmentos de pacientes determinados, que têm potencial para incidência de doenças específicas, como é o caso do grupo de

profissionais rodoviários, motoristas e cobradores de ônibus, que formam um grande contingente sob a assistência de nossa operadora e que são acometidos frequentemente por patologias de coluna.

## A eficiência de gestão na forma anunciada reflete no controle de desperdícios e permite maiores investimentos em benefício da própria assistência.

A gestão destes grupos de pessoas, com base em levantamentos estatísticos e avaliação da sinistralidade produzidos por uma equipe de epidemiologistas, permite definir prioridades e estabelecer ações voltadas a linhas assistenciais específicas, que refletem em indicadores e resultados satisfatórios.

O que ficou evidente ao longo deste processo é que a eficiência de gestão na forma anunciada reflete no controle de desperdícios e permite maiores investimentos em benefício da própria assistência. Mapeando a utilização de determinado insumo, ou prevenindo indicação equivocada ou precipitada, sem deixar de prestar assistência quando necessária, fomentamos os resultados do empreendimento, o que por si contribui para o sucesso deste modelo.

### Gestão eficiente

A premissa sempre zelada neste contexto é proporcionar aos beneficiários uma assistência de qualidade e sustentável, preservando a relação com as equipes pautada pela ética e transparência. Assim, sem interferir em condutas e sem deixar de atender necessidades, pois do contrário além de desatender o próprio escopo da empresa, nos sujeitaríamos a uma tempestade de ações judiciais ou de órgãos de defesa do consumidor, ficou demonstrada que a gestão eficiente proporciona reflexos favoráveis no resultado.

O contraponto vivenciado ficou evidenciado por alguns de nossos serviços contratados, que não têm implementado tais premissas na filosofia de trabalho e que continuam incidindo no problema de risco moral que cria incentivos à sobreutilização de serviços médicos. Nestes, em geral remunerados por serviço realizado, o tradicional *fee-for-service* do mercado de saúde, o enfrentamento ainda é diário, demandando a adoção de mecanismos de controle de utilização do mais simples insumo até a OPME mais complexa.

Felizmente para nossa empresa a dependência destes está se tornando cada vez menor,

graças às incorporações e ampliação da rede e dos equipamentos próprios.

No entanto, tal como pontuado no início em relação à questão de honorários médicos, um mesmo paralelo pode ser traçado no que tange à remuneração de serviços hospitalares, representado pelas tabelas de diárias e taxas. Em benefício do próprio segmento, há que ser revista esta forma de remuneração, para que as mudanças auspiciosas aqui anunciadas possam resultar em quebra de paradigma.

Em que pesem todas as ações e os êxitos nos trabalhos perpetrados nesta forma verticalizada, não se pode concluir que o modelo esteja definitivamente provado, eis que ainda revestido de dúvidas e incertezas, especialmente pela falta de um marco regulatório mais bem definido e específico a esta modalidade de negócio, por uma ação mais eficaz dos órgãos regulatórios do exercício profissional e por interesses particulares de segmentos do mercado.

O órgão regulador que é a ANS tem ascendência apenas sobre parte da relação em que está assentado o sistema, pois regula o prestador e a fonte pagadora, representada aqui pelas operadoras, mas não possui competência para regular os prestadores de serviço, sejam médicos, profissionais da saúde ou hospitais, que fazem as suas próprias regras e estão subsumidos em outros órgãos de competência.

Uma das iniciativas da agência - a tabela Tiss (Troca de Informação em Saúde Suplementar), que poderia contribuir para a melhoria do sistema ao fomentar através de seus formulários a troca de informações relativas aos fabricantes e fornecedores de OPMEs, acabou deixando estes dados fora de sua última versão, num bom exemplo de lacuna regulatória.

Pelo lado da regulação do exercício profissional, em que pese todo o ideário de princípios ditado pelos conselhos de classe, as regras de conduta e ética algumas vezes são tangenciadas por alguns profissionais, que adotam procedimentos questionáveis em relação aos fornecedores de insumos e desvirtuam a própria essência da atividade profissional à qual firmaram seu juramento.

Médicos são proprietários de clínicas oncológicas que na prática comercializam quimioterápicos, outros impulsionam e instrumentalizam ações judiciais no mínimo questionáveis sob o ponto de vista ético. É mister que as autoridades competentes adotem as condutas prelecionadas para coibir tais práticas.

E por fim os interesses das próprias operadoras, que preocupadas com suas margens operacionais, resultados financeiros e um mercado cada vez mais predador acabam por fechar-se em si e manter a obscuridade que permeia a área. Ao não partilhar entre si valores efetivamente praticados com tais insumos, supostamente para não abrir sua operação comercial às demais, impedem que seja constituído um padrão de preços OPMEs, que poderia inverter os vetores das forças envolvidas.

A sinistralidade é crescente, a variação de custos médico-hospitalares suplanta em muito quaisquer dos índices inflacionários conhecidos e os reajustes

autorizados para os planos sempre ficam aquém das necessidades, o que tem determinado que muitas operadoras se vejam obrigadas a suspender a comercialização de produtos ou até mesmo se render às propostas de aquisição dos grandes conglomerados.

As ações administrativas aqui elencadas são de grande relevância para a sustentabilidade do sistema, bem como um freio à ânsia dos grandes conglomerados, quer do âmbito da prestação de serviços, quer do financiamento, e aliada a uma regulação eficiente e atualizada, com ênfase na aplicação das políticas de saúde, revestem-se como meio de viabilizar o próprio segmento no âmbito privado, em benefício do próprio mercado.

**A sinistralidade é crescente, a variação de custos médico-hospitalares suplanta em muito quaisquer dos índices inflacionários conhecidos e os reajustes autorizados para os planos sempre ficam aquém das necessidades.**

Estas sucintas premissas indicam que é possível e viável a prática da saúde suplementar privada com aperfeiçoamento de métodos e atualização de gestão e protocolos, sem descuidar da assistência de qualidade e dos princípios éticos que devem nortear as condutas de todos os envolvidos nestes trabalhos, porque, assim, o empreendimento apresentará resultado, agregará qualidade e segurança aos usuários e satisfação daqueles integrados a este sistema, contribuindo com iniciativas e conhecimentos no desenvolvimento da atividade de forma lícita e ética, evitando situação insustentável que atingirá a todos.

# Mercado de Trabalho para Médico no Brasil

DEBATEDOR

**Didier Roberto Torres Ribas**

Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (Seconci-SP)

## O SERVIÇO

Social da Construção Civil do Estado de São Paulo foi criado em 1964 para prover assistência à saúde aos trabalhadores da construção civil. Naquela época, essa indústria abrigava um número grande de imigrantes que vinha trabalhar em São Paulo sem acesso ao atendimento de saúde numa época em que não havia nenhum sistema de saúde estruturado à disposição da população em geral. Assim, um grupo de empresários da construção civil decidiu prover esse acesso e deu início ao Seconci-SP, que possui atualmente unidades por várias cidades do Estado de São Paulo, como Campinas, Cubatão, Piracicaba, Praia Grande e as do ABC, entre outras e atende 185 mil trabalhadores da construção civil.

Em 1998, o Seconci-SP, com base na lei das Organizações Sociais de Saúde (OSS), foi qualificado e assinou seu primeiro contrato de gestão com o governo do Estado de São Paulo para administrar o Hospital Geral de Itapeverica da Serra (HGIS). Em 2006, qualificou-se como organização social pelo município de São Paulo, e essas duas parcerias existem até hoje.

Nesses 14 anos de parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, o Seconci-SP passou a administrar também o Hospital Estadual de Vila Alpina, o Hospital Regional de Cotia, o Hospital Estadual de Sapopemba, o Ambulatório Médico Especializado Luiz Roberto Barradas Barata – o antigo AME Heliópolis, o Centro de Distribuição e Armazenamento

(Ceadis), o Serviço de Diagnóstico por Imagem II (Sedi II) e a Cross.

Em parceria com o município de São Paulo, o Seconci-SP é gestor do território Penha-Ermelino Matarazzo, que tem 40 equipamentos de saúde, entre eles UBS, AMAs, AMA Especialidades, Capes, Unidade de Atendimento Domiciliar, Núcleo de Saúde Auditiva e Programa de Acompanhamento do Idoso. Além de quatro AMAs na região de Mooca e Vila Prudente.

### Agente social

A política do Seconci-SP é ampliar sua presença como agente social, garantindo a qualidade, eficiência e o desenvolvimento das suas ações. Sua missão é promover ações de saúde, educação e



assistência social, tendo como valores a ética, dignidade no atendimento e no trabalho, o pioneirismo e a inovação, excelência e economicidade, o compromisso com a comunidade e a filantropia. Hoje o Seconci possui 9.219 colaboradores, dentre os quais, cerca de 2.500 médicos.

Em relação ao mercado para profissionais, hoje 98% dos médicos formados estão em atividade, na maioria das vezes atuando em mais de uma instituição. O Brasil tem 1,88 médicos por mil habitantes, número muito próximo do existente na Coreia do Sul, que tem 2,02, e de Singapura, com 1,98. A região Sudeste brasileira tem 2,61 por mil habitantes. Na pesquisa de assistência médica sanitária encomendada pelo Conselho Federal de Medicina para o IBGE, cada médico ocupa até sete postos, sem contar o consultório particular.

Os dados da pesquisa mostram ainda que 91% dos médicos se empregam logo que saem da faculdade ou vão para a residência médica; 50% possuem até 40 anos de idade; e 61% estão em capitais. O Estado de São Paulo detém 30% da mão de obra médica do Brasil e 40% da massa salarial, abrigando 2,58 médicos por mil habitantes. No município de São Paulo, são 4,33.

Nos últimos anos, houve uma mudança importante no mercado. Na Grande São Paulo, vimos um crescimento de serviços que contratam médicos, tanto públicos quanto privados. Em 1999, quando iniciamos nossa parceria com o Governo do Estado, havia seis hospitais geridos no modelo de OSSs. Hoje são 60 hospitais e 40 ambulatórios médicos de especialidades. A expansão aconteceu também no âmbito da prefeitura de São Paulo e dos hospitais privados que ampliaram seus serviços e inauguraram unidades nos últimos cinco anos.

O aumento da competitividade pela mão de obra médica trouxe a escassez de algumas especialidades que são importantes.

Pediatria, por exemplo, foi uma das especialidades subvalorizadas por muito tempo, o que trazia dificuldade para preenchimento das vagas de residências tradicionais. Atualmente, porém, essa é uma das especialidades mais valorizadas.

## **Os dados da pesquisa mostram ainda que 91% dos médicos se empregam logo que saem da faculdade ou vão para a residência médica; 50% possuem até 40 anos de idade; e 61% estão em capitais.**

A maior competitividade trouxe também mais volatilidade ao mercado, reduzindo com isso o vínculo dos profissionais com o serviço.

### **Perfil jovem**

O perfil do profissional médico no Seconci-SP é jovem: 50% tem menos de 40 anos. A maioria dos nossos contratados tem residência médica (71% nas unidades ambulatoriais e 88% nas unidades hospitalares). E o tempo médio de estada na instituição é de três anos.

Dois hospitais sob gestão do Seconci-SP estão na periferia da Grande São Paulo. São o Hospital Regional de Cotia e o de Itapeverica da Serra. Longe do centro, a distância e o trânsito contribuem para agravar ainda mais esse quadro de escassez de mão de obra médica. Nesses hospitais, são 696 médicos, também com perfil jovem. Quase 80% dos nossos médicos têm menos de 45 anos; 18% entre 46 e 60; e apenas 4% acima de 60 anos.

Observamos que três fatores estão ligados à expectativa desse perfil profissional: é jovem, investiu bastante no estudo, em sua formação e por isso busca remuneração compatível com o mercado, condições do exercício digno da medicina, de bom suporte técnico. O interesse do Seconci-SP é atrair e reter esses profissio-

nais e por isso nosso trabalho é atender a essas expectativas.

Abordando especificamente a questão da remuneração compatível com o mercado, vemos que é uma vantagem competitiva que o modelo de gestão por Organização Social de Saúde proporciona e a rede privada tem sobre o serviço público de administração direta. Há flexibilidade e agilidade administrativa para contratar e o fazemos tanto com base na CLT ou como equipe médica. Este último caso dá condições de variar a remuneração, oferecendo àquela que é mais rara no mercado um valor maior.

É importante ressaltar, aliás, que, pelo contrato de gestão, as OSSs são obrigadas a manter a remuneração de todos os profissionais compatível com o mercado. Essa é uma cláusula contratual. Existem pesquisas anuais de mercado feitas por instituições independentes – e por muitos anos foi a própria FGV que as elaborou – e temos de provar ao Tribunal de Contas e à Secretaria de Estado da Saúde e da Fazenda que nossa remuneração está compatível com o mercado.

### **Dignidade no exercício**

A questão da qualidade é prioridade em nossa gestão e um dos objetivos alcançados com ela é conseguirmos oferecer aos profissionais condições de exercer suas atividades de forma digna e segura. Nessa linha, três de nossos hospitais têm acreditação com excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). O HGIS possui certificação pela *Joint Commission International* e é o primeiro hospital geral público do país com esta certificação. E o Hospital de Vila Alpina possui a certificação canadense.

É essencial oferecer aos nossos profissionais condições de trabalho. Desde condições físicas adequadas – espaço, mobiliário, equipamentos, insumos, suporte diagnóstico – apoio multiprofissional – de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros; e apoio interespecialidade. Pois é fundamental para um profissional médico poder discutir um caso, ouvir a opinião de

outros especialistas, trabalhar em conjunto. Essa integração de especialidades é até mesmo garantida no contrato de nossas equipes médicas.

A segurança nos processos – e nisso os modelos de acreditação colaboram e muito – também tem grande impacto nas condições de trabalho para esses profissionais. Criar barreiras de segurança, gerenciar riscos, ter um sistema informatizado que dê segurança e agilidade no atendimento são ações que colaboram diretamente na retenção desses profissionais e na consequente estabilidade das nossas equipes médicas.

Oferecer suporte técnico também é parte essencial da estratégia de atração e manutenção de profissionais. É fundamental modular o seu atendimento com equipamentos e tecnologia compatíveis com a complexidade da unidade. No caso de um novo serviço, por exemplo, essa assistência técnica irá garantir que o profissional terá acesso a uma tecnologia compatível com a atividade com que irá lidar.

E chegamos ao treinamento. Treinar médicos é algo complicado. Por exemplo, um profissional que dá plantão na periferia, pela distância do trajeto, não estará disposto a ir até lá em outros dias ou horários para seções de treinamento. Então temos de aproveitar a presença dele no plantão para treiná-lo com mecanismos que possibilitem essa alternativa. Nessa linha, investimos numa plataforma de *e-learning* para acesso a treinamentos teóricos e que ele pode usar a qualquer hora e em qualquer lugar.

Ensino e pesquisa são áreas que precisam ser apoiadas. E para isso temos nosso instituto que dá suporte à produção científica, possibilitando acesso a acervos e literatura. E estamos no caminho do credenciamento de residências médicas.

O fato é que hoje temos um mercado aquecido para o profissional médico, um profissional jovem e volátil por força das condições deste mercado. Assim, a retenção é sem dúvida uma necessidade para as instituições de saúde.

Esse é nosso desafio como gestores de saúde.



## FALAREI COM VISÃO

transformou-se em um elemento muito importante em qualquer área da atividade humana, principalmente agora, quando vivemos em um mundo complexo, competitivo e, diria, desajustado. Eu sou um médico. Um artesão que passa o seu tempo com um tosco bisturi caçando células tumorais, achando que com isto domina o mundo. O que é, obviamente, uma ilusão, uma utopia.

de médico, que tem percepções diferentes da de um gestor. O bom gestor

DEBATEDOR

**Miguel Srougi**

Faculdade de Medicina  
da Universidade de  
São Paulo

De qualquer jeito, queria dizer que o exercício da medicina é inebriante. Resgatar seres para a vida, aliviar o sofrimento humano proporciona aos médicos momentos de intensa felicidade. O que é interessante é que esse tipo de percepção não é uniforme. Uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto, na qual foi perguntado aos médicos se eles eram felizes, revelou que 68% responderam afirmativamente. Número alto, provavelmente porque lá prevalece a prática médica que mistura atividade privada com acadêmica, ou seja, locais onde os médicos conseguem trabalhar, fazer medicina com dignidade, ensinar e pesquisar. A medicina pública lá também é de alto nível, o que dá satisfação aos profissionais.

Na Inglaterra foi feita essa mesma pergunta num condado onde o exercício da medicina é altamente socializado; sistema exclusivamente público suportado pelo governo. E o resultado foi que 50% dos médicos afirmaram não serem felizes com a medicina. Isso me causou surpresa, ainda mais que 25% deles disseram que não eram infelizes, mas tampouco felizes.

O que podemos extrair disso. Por que será que os médicos ingleses não são felizes e no Brasil nós o somos, apesar de todo o caos e a indecência que aqui pre-

valecem em termos de apoio ao trabalho médico no setor público?

Na verdade, eu acho que é porque o médico sente-se bem ao exercer a medicina de forma digna e com independência e não a pratica dessa forma nos países onde a profissão é socializada, muito controlada, onde o contato do doente com o médico nunca é tão intenso. A troca de sentimentos e confiança, a relação mais profunda que existe entre médicos e pacientes inexistem num lugar onde os doentes são vistos em série, como números, sem muita interação, tornando o médico mais infeliz.

Existe um outro problema relacionado com a medicina socializada exclusiva: a impossibilidade de remunerar os médicos de acordo com a imensa responsabilidade que carregam e com a necessária dedicação e abnegação exigidas pela profissão. Sem recompensa minimamente coerente e com o passar dos anos, os médicos tendem a se acomodar. Esse fenômeno é visível na Inglaterra, que é um dos países onde mais se faz radioterapia em câncer de bexiga. Contudo, um doente com câncer de bexiga grave tratado com cirurgia é curado em 70% dos casos. Se for tratado com radioterapia, curam-se 25% dos pacientes.

Na Inglaterra, os médicos das novas gerações costumam realizar mais cirurgias. Mas as gerações mais antigas só indicam radioterapia. Por quê? Eles ganham um salário fixo, têm uma pequena e linda casa de campo em algum condado e, quando se defrontam com um doente com câncer de bexiga, quem imagina que esse médico vai realizar uma cirurgia que dura seis, sete horas? O doente permanece internado cerca de 15 dias no hospital, tem um pós-operatório complexo, existem riscos de reoperações, a família se angustia... Então, o que o médico faz? Ele encaminha o paciente para o radioterapeuta, que vai fazer 30 ou 40 aplicações e vai curar 25% desses doentes. E o cirurgião irá desfrutar seus fins de semana na sua casa de campo, em um lugar lindo.

infarto do miocárdio tem que esperar amanhecer para ser atendido.

Nos Estados Unidos, cálculos recentes mostram que faltam 15 mil médicos no país. E essa carência relaciona-se com falta de profissionais na área de saúde básica. No Canadá, que também convive com tremenda falta de médicos, existe um projeto para atrair profissionais do exterior. Ao contrário do que foi feito no Brasil, onde nosso governo trouxe médicos com qualificação duvidosa, vivendo em condições pouco dignas. O programa canadense envolve salários decentes, ademais existe progressão dos saldos, oferece-se emprego para a esposa do médico estrangeiro e seus filhos são aceitos em escola gratuita de boa qualidade. Também oferecem acesso a uma rede que

permite ao médico receber apoio técnico de centros universitários, sem contar que esses profissionais recebem o apoio de equipe multiprofissionais competentes.

Pesquisas demonstram que os médicos no Brasil conseguem emprego facilmente. Também produzimos médicos qualificados. Então, por que a nossa saúde é indecente? Simplesmente porque não se permite que os médi-

cos consigam cumprir a sua missão. Não vou repetir tudo o que vem sendo debatido intensamente, mas não posso deixar de reclamar da baixa qualidade, quase criminosa de nossos gestores e governantes.

Vivemos um processo de engodo, com um governo que diz que agora resolveu melhorar a saúde no Brasil. Esse mesmo governo que não aprovou a PEC 29, que destinava uma porcentagem fixa do orçamento federal para a saúde. Quer dizer, falta de compromisso sério para solucionar a indecência. Municípios têm que destinar 15% do seu orçamento para a saúde, os Estados, 12% e a Federação iria contribuir com 10%. Recurso vetado pelo governo central.

### **Recursos não aplicados**

Em 2012, de acordo com o Tribunal de

## **Pesquisas demonstram que os médicos no Brasil conseguem emprego facilmente. Também produzimos médicos qualificados. Então, por que a nossa saúde é indecente?**

### **Médicos no Brasil**

Ninguém duvida que faltam médicos no Brasil. O que é importante ressaltar é que o mundo todo tem, no momento, carência de médicos. Para agravar a situação, existe uma enorme má distribuição desses médicos em todos os países. No Brasil essa distorção passou a ser discutida, mas a solução proposta com o “Mais Médicos” é inconsistente e, diria, empulhadora.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem se referido à Inglaterra como modelo de saúde. Mas nesse país, no Condado de Yorkshire, à noite os serviços de emergência não têm médicos. Recentemente eles apelaram ao exército inglês para que à noite fossem escalados médicos militares nesses locais. Serviço de emergência sem médicos à noite constitui um processo muito complicado. Um paciente com

Contas da União, o Ministério da Saúde dispunha de R\$ 89 bilhões para financiar a saúde e ao final do período sobraram R\$ 17 bilhões não utilizados e que retornaram para o Tesouro. Tentei calcular o que dava para fazer com essa quantia. Se considerarmos os números histriônicos divulgados pelo nosso ex-ministro da Saúde em 2013 após as manifestações de junho, o governo iria construir 28 mil unidades básicas de saúde e hospitalares com um investimento de R\$ 7,5 bilhões. Com os recursos desperdiçados, teriam sido construídos 60 mil de tais unidades! No mundo real, com R\$ 17 bilhões poderiam ser criadas mais de 700 mil unidades hospitalares no Brasil, triplicando o número insuficiente e indecente atualmente existente.

Na Divisão de Urologia do Hospital das Clínicas de São Paulo, um paciente espera, atualmente, oito meses para ser internado. Se ele portar uma doença grave, serão três, quatro meses. Com um problema mais simples, a espera é de um ou dois anos. Na nossa instituição tínhamos cerca de 950 doentes na fila de espera para internação. Inauguramos uma nova área com duas salas cirúrgicas, para intervenções urológicas, esperando acabar com a fila. Passamos a realizar 120 cirurgias a mais a cada mês. Essa facilidade foi divulgada na imprensa e a fila de espera atualmente é de cerca de 1.400 pacientes. Quer dizer, os brasileiros não têm para onde ir e muitos estão morrendo nas filas do Brasil indecente.

O programa Mais Médicos representa para mim uma medida puramente eleitoreira de um grupo que de repente percebeu que ia perder o poder. Então, recorreu aos médicos cubanos, mal preparados e maltratados, porque no mundo não têm profissionais sobrando. Anunciaram que iam trazer estrangeiros de todo o mundo para responder aos clamores. Raríssimos estrangeiros não cubanos e não brasileiros vieram para cá. Primeiro porque está faltando médico em todo lugar. Segundo porque ninguém, excetuando os cubanos, aceita viver de forma indigna, tendo Provence perto de casa, ou os rios Tejo ou Sena e podendo passear pela Toscana.

É importante ressaltar que existem medidas simples que poderiam ter sido adotadas pelo governo federal para tentar melhorar um pouco a nossa saúde, proteger a nossa população e proporcionar mais eficiência para o trabalho dos médicos, também afetados pela calamidade. Uma primeira medida seria melhorar a gestão do SUS. Ela é péssima e não preciso explicar. O Programa de Saúde da Família representa extraordinário instrumento de apoio às populações de baixa renda. As equipes desse programa deveriam ser multiplicadas e distribuídas pelo Brasil, oferecendo atendimento multidisciplinar às pessoas dos rincões, de forma eficiente e continuada.

Esse programa poderia contornar a falta de médicos, com muito mais eficiência, menor custo e gerando empregos para brasileiros que atuam na área paramédica. Cito o exemplo dos Estados Unidos que, como disse antes, também sofre com a carência de médicos. Apesar de todo o rigor que envolve questões de saúde, nos Estados Unidos enfermeiros técnicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros grupos estão participando ativamente dos cuidados de assistência médica. As enfermeiras e os chamados “assistant physician” podem prescrever medicações e realizar pequenos procedimentos médicos em alguns Estados. Eles comprovaram que uma forma simples de facilitar os cuidados em saúde básica é colocar o pessoal paramédico para trabalhar no lugar dos médicos em locais com carência.

### **Ato médico**

Existe uma posição de muitos médicos brasileiros do qual discordo e que se refere ao chamado “ato médico”, que atribui somente aos médicos a permissão para fazer diagnósticos, tratamentos, encaminhamentos de um paciente e prevenção de doenças, além de atividades como perícia e direção de equipes de saúde. O ato médico é corporativista e não atende às necessidades da sociedade. Ele é injusto socialmente e não pode existir num país com grande contingente de cidadãos vivendo à margem da sociedade, sucum-

bindo por doenças curáveis ou já erradicadas em países sérios.

Os médicos brasileiros não irão para os grotões, não por falta de ideais, mas simplesmente porque têm família e filhos aos quais querem propiciar vida digna. Então paramédicos ou habitantes da própria região poderiam ser treinados para trabalhar em saúde primária.

## **É preciso ainda abordar a questão da corrupção no setor público. Segundo a ONU, a corrupção no Brasil desvia R\$ 200 bilhões por ano em recursos da nação.**

Existe ainda outro problema que precisamos combater, e os gestores sofrem muito com isso, que é a judicialização da medicina. Cada vez mais, pacientes que recebem uma prescrição médica com uma droga nova que custa R\$ 80 mil ou R\$ 100 mil por mês, e nem sempre é benéfica, recorrem a um juiz, que obriga os hospitais públicos a pagarem o tratamento para esses pacientes. Esses juízes cumprem sua missão, mas não compreendem que o cobertor é curto. Quando um hospital público é obrigado a despendar R\$ 80 mil ou R\$ 100 mil para apoiar pacientes, muitas vezes sem qualquer es-

perança de ter seu sofrimento ou doença aliviados, mais corpos irão despencar. São aqueles sem amigos e sem acesso ao direito, enfileirados e sucumbidos nas portas impenetráveis dos hospitais públicos.

Para contornar a gestão precária da saúde no Brasil, o setor privado e as organizações sociais têm que passar a gerenciar os hospitais públicos, complexos, carentes e de difícil trato. Falo dos gestores com formação técnica na área, capazes, comprometidos com seu papel e livres de injunções políticas ou partidárias.

É preciso ainda abordar a questão da corrupção no setor público. Segundo a ONU, a corrupção no Brasil desvia R\$ 200 bilhões por ano em recursos da nação. Quantas unidades básicas de saúde, hospitais, equipes de Saúde da Família e escolas médicas poderiam ser construídas com tal quantia?

Termino enfatizando que a degradação na saúde não se deve aos médicos brasileiros, como nosso governo central insiste em disseminar, mas sim ao infortúnio de contarmos com governantes e gestores incompetentes, associados a uma estrutura política e social degradada pelo egoísmo, oportunismo e pela desonestidade de alguns brasileiros. Indecências que somente serão eliminadas se todos aqueles dotados de consciência cívica e caráter do bem postarem-se como exemplo e despertarem nos membros da nossa sociedade o espírito crítico e os sentimentos de cidadania e indignação.

# Financiamento público-privado da saúde

## COMO FOI DITO,

é o nosso último debate. O tema é candente e espero, na qualidade de moderador, ocupar o menor tempo possível para que haja espaço suficiente para os dois debatedores exporem as suas ideias e, principalmente, para que vocês os questionem após a apresentação.

MODERADOR

**Wilson Rezende**

FGV-EAESP/GVsaúde

Um de nossos palestrantes será Gilson Carvalho, formado em Medicina pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. É mestre em saúde pública pela USP em São Paulo e também doutor pela USP em saúde pública. Atualmente é colaborador da Universidade de Taubaté. Tem larga experiência no setor público. Atuou em vários órgãos como o Ministério da Saúde e secretarias municipais de saúde. Foi diretor e presidente do Cosems São Paulo e diretor do Conasems. Tem um foco muito claro e preciso que é trabalhar com a questão do financiamento público, amparando fortemente suas análises em números e informações.

O outro debatedor que nos honra com a presença é Gabriel Tannus, economista, com duas especializações, uma na Suíça e outra nos Estados Unidos, esta última em Harvard, em marketing. Foi gestor, ou seja, foi gerente, foi diretor, foi presidente de empresas nacionais e multinacionais, principalmente do ramo farmacêutico,

tanto no Brasil quanto na América Latina. Faz parte do Comitê da Cadeia Produtiva da Saúde (Comsaude), da Fiesp. Representa essa federação no Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. É vice-presidente da Farma Latina, especializada em consultoria voltada para a área de saúde, e presidente da Biotrendis, empresa que trabalha com dados e informações e transforma-os em inteligência.

O Gabriel certamente nos dará a visão de como a questão do financiamento público é percebida por quem tem larga experiência no setor privado.

Graças à competência e ao brilhantismo dos dois expositores, tenho certeza de que cumprimos integralmente o que nos propusemos. Revisitaremos eternos assuntos sob olhares novos e pontos de vista diferentes dos dois debatedores, com informações que certamente serão extremamente enriquecedoras para todos nós.

DEBATEDOR

**Gabriel Tannus**

Faculdade de Medicina  
da Universidade de São  
Paulo

## NA MINHA

apresentação, vou preocupar-me mais com o ponto de vista conceitual das questões. Esse foi o foco que escolhi. Assim, vou tentar responder a algumas indagações: qual é o alinhamento do setor privado e público e quais são as diretrizes do SUS? Quais são as ações do Estado que impactam na saúde, vamos assim dizer, no setor privado? Quais são os desafios que nós temos com relação aos crescentes gastos? Isso, além de um ponto primordial: prioridades em saúde. Quem decide as prioridades? Quando falamos em orçamento, investimentos em saúde, muitos aspectos têm de ser levados em conta quando se considera o sistema de decisão: tutela do Estado ou liberdade profissional.

A saúde no mundo inteiro é uma ação que tem conflitos. Conflitos legítimos e conflitos provocados. E interesses. Legítimos, lógico. Há ainda conceitos ideológicos que também interferem no processo porque condicionam determinadas decisões; condicionam a alocação de recursos. Até dois anos atrás, eu fazia coro com a maioria das pessoas que diziam que o problema não era dinheiro na saúde pública. O problema era de gestão. Mas mudei essa posição por uma razão simples: as pessoas que decantavam ou cantavam essa história o faziam como uma repetição do que vinham falando no passado, que a saúde não tem dinheiro suficiente.

Realmente existe um problema de gestão. E o motivo é que no privado e no público existe uma diferença fundamental. Ouvi um dia alguém dizer: funcionário público pode fazer aquilo que a lei manda; o da área privada pode fazer o que a lei não proíbe. Não é sutileza não. Esse é o ponto. Conheço muitos na área pública que estão sendo processados ou foram processados porque protegeram o Estado, isto é, tomaram decisões para evitar prejuízo ao Estado e respondem a processo por terem tomado uma decisão correta. Mas a lei é a lei. Então existe também a situação em que há insuficiência de recursos e um problema de gestão.

Gestão, aliás, é uma coisa de que muito se fala. E muitos se acham gestores só porque administram um balanço no final do mês. Pagou, recebeu, programou. Mas ser gestor é muito mais do que isso. Eu não vou ensinar nesta escola o que é

gestão, mas faço questão de dizer que na área da saúde o principal problema é a falta de capacitação para gerenciar devidamente os recursos existentes.

A saúde, segundo a Constituição, é direito do cidadão. Ocorre que nos encantamos tanto com isso que esquecemos de ver o resto do mundo. A demanda por saúde não é só um fenômeno no Brasil, mas sim mundial. No passado, as pessoas aceitavam de bom grado o “olha, não posso fazer nada, é vontade de Deus. Toma um chazinho”. Mas isso mudou. A sensação de bem-estar e a qualidade de vida começaram a incentivar as pessoas a fazerem exigências aos responsáveis pela “entrega da saúde”.

E ainda no que diz respeito à Constituição, ela acabou engessando algumas iniciativas que davam espaço para fundações de direito privado agirem. Eu não tenho nada contra funcionários públicos, deixo bem claro, só que o sistema que existe (público) é você não poder cobrar do indivíduo que ele te entregue um resultado. E se ele não entregar você não pode sinalizar que ele pode perder o emprego. Na iniciativa privada existe a arma da cobrança, mas na pública não, por isso fica difícil gerenciar.

Além disso, a Lei das Licitações, a 8666, foi uma ideia fantástica, mas que engessou completamente o sistema público. Por quê? Porque o dispositivo não é da época da promulgação da Constituição, mas acabou sendo incorporado, trazendo a limitação da capacidade de gestão. Quando houve a possibilidade



de serem criadas as fundações estatais de direito privado por um projeto de lei, o Conselho Nacional de Saúde foi contra. É de estranhar, mas foi. Só que os conselhos existentes – nacional, estadual e municipal – já viraram um esquema de trabalho que, infelizmente, não representa os interesses, na minha opinião, da população brasileira. Fiz parte do Conselho Estadual de São Paulo e do Conselho Municipal de Ibiúna, então tenho vivência para opinar sobre a atuação dos conselhos.

Existe uma informação que circula de que o Estado brasileiro tem que investir 30% da seguridade social em saúde. Mas não está investindo. Se fossem respeitados os 30%, seriam investidos R\$ 195 bilhões da seguridade. Mas em 2013, pelas fontes que tenho, foram R\$ 84 bilhões. Olha que diferença maravilhosa... Mas aqui temos novamente as prioridades e governar é selecioná-las. Todos os ministros da Saúde que tivemos, alguns com mais, outros com menos força, sempre tiveram do outro lado do balcão um ministro da Fazenda com mão de aço. Não é nem de ferro, é de aço. E realmente eles não dispunham de recursos. O que acontece é que existe um processo chamado vontade política e sem ela não se modifica nada.

### **Espaço para setor privado**

Temos então que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Nessa linha, o artigo 197 da Constituição, diz: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.” Ou seja, a Constituição abriu espaço para que a ação de saúde pudesse ser exercida por setores privados. É bom, é ruim? Eu acho que ela trouxe a sua contribuição. O Brasil, na realidade, está num misto da situação. Ela é em parte privada e em parte pública. O

próximo artigo reforça que a saúde é livre iniciativa privada. Então, constitucionalmente, ninguém está cometendo nenhum ilícito neste país com relação à área privada porque é um direito constitucional.

## **Na área da saúde o principal problema é a falta de capacitação para gerenciar devidamente os recursos existentes.**

Em 1990, foi promulgada a lei do serviço privado de assistência à saúde e o governo começou a exercer o seu papel de regulamentar o que seria feito pela iniciativa privada. E na Lei nº 9.656, de 98, estão explicitamente colocando os limites e as obrigações dos planos de saúde. Posteriormente, veio a emenda constitucional nº 29, que obriga o Estado a investir recursos na saúde. O que ocorria então era que alguns Estados e alguns municípios diziam estar cumprindo a exigência, mas incluíam atendimento a aposentados e encarcerados nos gastos de saúde. Havia até quem colocasse algumas despesas para ações de saneamento, que podem até dar resultado em saúde, mas eram colocadas indevidamente sobre a conta de saúde.

Surgiu então a Lei Complementar nº 141, de 2012, que, depois de um longo período, acabou sendo aprovada, regulamentando os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde; e estabelecendo os critérios de rateio dos recursos de transferências para a área. Espero que essa lei seja cumprida.

Num interessante trabalho feito pela Maria Luiza Levy, é mostrada uma divisão entre fundo público e fundo privado, permitindo interpretar, esquematicamente, como é a divisão do financiamento, tanto público, quanto privado. E aí é preciso sa-

liantar que o plano de saúde privado ou, melhor dizendo, as atividades privadas de saúde no Brasil, constitucionalmente, são complementares ao SUS. O SUS é o grande guarda-chuva. Não existe um sistema de saúde privado que seja desagregado desse sistema. O SUS deveria ser o guia, o orientador, porque foi constituído com essa obrigação. Mas nós temos realmente uma fragmentação dessa orientação e talvez aí sim, um problema a ser corrigido.

### **Perda de hospitais**

Seria interessante apresentar alguns números do setor privado. Atualmente são 6.200, 6.300 hospitais. Mas esses números têm diminuído porque há problemas financeiros. No setor público, o hospital não quebra. Agora, no setor privado, se ele não tem a receita devida, não conseguir pagar as contas, ele quebra. Em São Paulo vocês sabem quantos hospitais foram fechados nos últimos 15 anos? Vamos só enumerar alguns: Evaldo Foz, que hoje foi adquirido pelo Oswaldo Cruz (embora ainda exista uma briga judicial); aquele hospital de cardiologia na São Gabriel; o Matarazzo; o Humberto Primo; o Dom Pedro; o Santa Marta; o São Leopoldo...

E quais são os, digamos, parâmetros dessa quebra? Bem, existe uma tese de que, se o hospital não tem no mínimo 150 leitos, ele quebra. Aliás, não é nem tese, mas uma questão real que vem sendo discutida. Mas existem sim espaços, nichos para novas instituições hospitalares privadas. Porém, o maior problema é a má gestão, que pode ter sido até fraudulenta ou então os pagadores não pagavam aquilo que deviam.

Em termos de empregos no setor de saúde, 38% estão no público e 62% no privado. Essa diferença em favor do setor privado é por ter mais organização, com gestão voltada para os recursos que tem e que pode ser sim mais eficiente. No segmento hospitalar, a situação é um pouco diferente: 46% são instituições públicas e 54%, privadas. Quanto ao número de leitos no Brasil: 64% na área privada e 36% na pública. Pelos números de 2012, vemos que há diminuição de leitos do

SUS, principalmente no que diz respeito aos hospitais privados. Isso porque o SUS remunera mal e as companhias – eu digo companhias porque os hospitais privados estão buscando uma sobrevivência dentro do sistema capitalista – estão enfrentando dificuldades. E há um aumento obviamente do que não é SUS. Quem cresceu, quem não cresceu nesse período de 2011/2012? Aqui temos que a autogestão perdeu um pouco. A cooperativa aberta cresceu; a filantropia cresceu; e olha quem mais cresceu, foram as seguradoras. Se é uma tendência ou não, não dá para dizer.

### **Problemas do SUS**

Sobre o SUS a gente não pode deixar de falar. Ele é grandioso. Quando você apresenta para alguém de fora do Brasil os números que temos do SUS, as pessoas ficam estarecidas porque realmente eles são impactantes. Um milhão em tomografias, por exemplo, vejam só. Mas o sistema tem problemas, mais especificamente, quatro: dilemas; lucro; essencialidade; e transparência. No primeiro, temos que o governo tem que decidir; a função dele é regular, não é fazer e esse é um ponto fundamental. Em qualquer discussão sobre saúde neste país isso precisa ser devidamente esclarecido. É problema de segurança jurídica.

O lucro existe, faz parte do sistema capitalista. O Estado tem. E lucro, para a iniciativa privada, é uma métrica de eficiência. Há pouco tempo foi vendida a Amil. Vocês viram o valor que foi pago por ela? Fantástico! E pagaram porque era uma empresa lucrativa, tinha aparentemente futuro, capacidade de gerar caixa. Pois a saúde, em si, também é um negócio. Proporciona renda para as pessoas, proporciona empregos, tecnologia. E nós temos que considera isso como fator importante.

Essencialidade. Eu dizia lá atrás que saúde é direito da cidadania e dever do Estado. Ao Estado cabe fiscalizar, regular para que o cidadão receba aquilo que a Constituição prescreve que teria de receber. Mas o que o Estado tem que garantir é o acesso. E quando me refiro a acesso, falo de serviço de qualidade. Plano de pobre para pobre é uma estupidez.



O SUS não é um programa para pobre. É um programa para o cidadão brasileiro e não tem como discutir isso. Já passou da época. O Estado é muito engessado para poder fazer o seu trabalho, mas na área de regulamentação ele tem toda a liberdade, toda a estrutura, todos os instrumentos. Só que regular dá trabalho. Regular tem que ter um envolvimento, um sistema racional para defender certas coisas que nem sempre o Estado tem, mas é importante que ele se prepare para isso.

Transparência. O Estado tem que ser transparente. Já vivemos ditadura nesse país, mais de uma por sinal, e nós ainda não aprendemos que transparência faz parte de um processo democrático para construir as coisas.

Então se o gestor público não tem autonomia para poder determinar certas coisas, o privado em muitas circunstâncias tem. Pode executar melhor, mas não exatamente porque seja melhor. Conheço funcionários públicos, gestores públicos fantásticos, de dar lição na iniciativa privada, só que estão com as mãos e os pés amarrados.

De que adianta ter bons gestores, se você não conseguir “libertá-los”? Entretanto, a regulação é necessária. Existe a necessidade de uma simetria entre, de um lado, o poder das empresas, o poder dos setores, seja qual for, e do outro o Estado, que usa seu poder regulador para contrabalancear.

Ainda abordando os problemas do SUS. Recentemente vocês assistiram a essa comemorada ajuda às Santas Casas. É uma injeção de álcool canforado. Não cobre 60% dos custos dessas instituições. Nós só “barrigamos” o problema para daqui a quatro, cinco, seis anos. Então quando você fala que precisa de mais recursos, começa por aqui. Como é que eu posso remunerar 60% do custo de uma entidade filantrópica e querer que ela me preste o melhor serviço do mundo? Não dá. Do couro sai a correia. Se você não in-

vestir, não tem como o camarada lhe dar o resultado.

### **Ação regulatória**

Existem obviamente ações do Estado que impactam o privado. É uma resposta que eu tinha que dar. O Brasil ainda é complicado na sua ação regulatória. Pagamento por serviço prestado é um problema complicadíssimo que o governo tem com relação à iniciativa privada. Não é fácil vender para o governo, não é fácil receber do governo. E nós temos um problema que é fruto do gigantismo do Estado: há muitas vezes descontinuidade de ações que começam num governo e são mudadas no seguinte.

**Vocês sabiam que o Ministério da Saúde, principal gestor do SUS, tem um plano privado para seus funcionários, pago com o nosso dinheiro? Ele não usa o SUS que coordena.**

O Brasil tem algo fantástico: chama-se Programa de Saúde da Família. Só que apenas 54% da população brasileira tem atendimento por esse sistema. Eficiente, barato, efetivo e que tira as pessoas da fila do hospital para atender o indivíduo em seu habitat. Mas aqui também há o problema de gestão, que é recorrente.

O SUS tem grande credibilidade. Vocês já imaginaram por que os políticos importantes desse país são adeptos desse sistema? Mas só da sigla. Porque é assim: “Somos usuários do Sírio”, é isso o que eles fazem. Enquanto você não tiver político, enquanto você não tiver pessoas do Judiciário tendo que frequentar o SUS, o SUS não vai mudar. Então, não é só uma questão de dinheiro, mas também de definição. Vocês sabiam que o Ministério da Saúde, principal gestor do SUS, tem um plano privado para seus funcionários,

pago com o nosso dinheiro? Ele não usa o SUS que coordena. Não é fantástico?

Bem, frente ao aumento de gastos tanto no setor público quanto no privado, podemos dizer que o principal vilão são as novas tecnologias e o problema de incorporá-las, pois avançam numa velocidade incrível. Então, é preciso ter critério. A avaliação é um processo técnico. A decisão de incorporar é uma decisão política. Não basta ser melhor. É preciso ver se realmente aquilo que dada tecnologia oferece ao longo do tempo é custo efetivo. Se não for, não tem como adotar. E outra coisa: foi mencionado que temos a ressonância, mas não eliminamos o raio-X. O Brasil ou qualquer outro país tem que ter a coragem de desincorporar certas tecnologias ultrapassadas. O novo nem sempre significa que é melhor do que velho, mas também não se pode cercear o crescimento do conhecimento e acesso.

Citando, por exemplo, os EUA. Por que lá a ressonância cresceu? Porque a sociedade americana é altamente litigante. É tanto que a principal despesa do médico nos EUA é o seguro que ele faz contra a má prática, como forma de proteger-se contra eventuais processos. Se ele não fizer o que tem que fazer para cobrir as suas costas com relação ao paciente e se houver um diagnóstico levemente mal interpretado, ele recebe um processo. O Brasil não tem isso. Não tem ainda, mas estamos caminhando para tal, infelizmente.

Como eu disse anteriormente, a tecnologia tem de oferecer custo-efetividade. Entretanto, quando ela é terapêutica, se não der prolongamento e qualidade de vida, não terá essa relação. O que adianta eu comprar um medicamento oncológi-

co que vai deixar o paciente viver mais três semanas totalmente entubado? Custa US\$ 5 mil por dia. Bom, né? Não dá ...

Prioridades em saúde. Aí nós temos o problema central, na minha percepção. Quem decide quais são os critérios, quais são os limites? Nós temos uma frase que é atribuída a um estadista francês, chamado Clemenceau, que dizia que a guerra era muito importante para ficar somente na mão de generais. A saúde é muito importante para ficar na mão de ministros e gestores públicos. Nossa sociedade tem que participar desse processo. Nós temos um efeito social e econômico que está vindo por aí. Inclusão social, redução de pobreza, melhor distribuição de renda e emprego formal estão proporcionando o quê? Um aumento de demanda de saúde. Olha a bomba relógio que nós temos. Em 2025 teremos 32 milhões de idosos neste país. Isso nos obriga a pensar seriamente na questão. O futuro é muito complicado na área de saúde.

Finalmente, é importante ressaltar que financiamento público e privado não são conflituosos, não são excludentes. É preciso que coexistam, pois são complementares.

Agora vem a última palavra. Ouço falar muito em pacto, mas antes do pacto nós temos é que ter discussão. E o grande problema cultural no Brasil é que todo mundo espera a posição de um juiz que vai decidir quem está certo e quem está errado. É preciso encontrar o mediador. Alguém com isenção suficiente para poder mediar essa discussão. O tema esteve nas ruas em junho, julho, quando a garotada saiu por elas. E as ruas falaram. Só que Brasília já colocou um tapa-ouvidos.

# GILSON CARVALHO

abordou o tema do financiamento público e da equidade. E aí trouxe a primeira questão que disse sempre colocar em todas as suas falas: é preciso ter claro para que se precisa de dinheiro. Qual é o objetivo de tudo isso, o macro-objetivo. E o que se quer?, perguntou. Não é saúde por saúde, disse, pois saúde é um componente do bem-estar.

DEBATEDOR

**Gilson Carvalho**

Médico, Professor e Pesquisador

Carvalho deu destaque ao artigo 193 da Constituição, salientando que é negligenciado, pois ninguém o conhece. É um texto que trata da ordem social, cujo primado é o trabalho e cujos objetivos são o bem-estar e a justiça social. E, do outro lado, há o ponto de partida, cheio de iniquidades históricas gerais e também da área de saúde. Como se passar de uma situação ruim para uma situação melhor? Carvalho ressaltou que essa iniquidade é capaz de só surtir efeito se a primeira área a ser mexida for a econômica e social. Afinal, são estes os condicionantes e determinantes da saúde que têm relação na Lei nº 8.080: trabalho, salário, casa, comida, etc. E do outro lado estaria o acesso às ações civis de saúde como um dos fatores que devem ser mexidos.

Então para que se quer dinheiro? É para isso, disse Carvalho. É dentro de um conceito simplório estabelecendo que o que se quer é: viver mais, viver melhor. Só que, para quem já passou do cume da vida, o negócio é viver mais. Se vier de lambuja a qualidade de vida, então aproveita-se. Tudo isso, considerando que o SUS é a bola sempre presente nas críticas, disse Carvalho, adicionando, entretanto, que fica contente com o sistema “pois sou do tempo antigo quando não tinha absolutamente nada”. Quando se formou, lembrou, foi trabalhar no interior de Minas, onde mais da metade da população dependia da atenção caritativa e da Santa Casa. Era assim. Então quando ele vê as dificuldades atuais, considera que o quadro está muito melhor que antigamente. Entretanto, salientou, ainda estamos longe de atingir o que queremos.

Para ilustrar, Carvalho forneceu alguns dados sobre o SUS. No ano passado, 2012, foram 4 bilhões de procedimentos; 11 milhões de procedimentos/dia; 11 milhões de internações; 900 milhões de exames; e 3,3 milhões de cirurgias. “É o maior sistema de saúde do mundo.”, ressaltou. Tanto que é muito difícil fazer comparações porque não existe outro com essa dimensão continental. Carvalho explicou que há na mesma hora um Brasil na idade da pedra lascada, como em uma tribo indígena do interior, e a sua cidade, São José dos Campos, lá na ponta, fazendo foguete e satélite... O foguete pode não subir, mas que faz, faz, disse ele. E é nessa realidade que se deve mexer com o SUS.

## Recursos são federais

Entrando no financiamento, Carvalho ressaltou que a responsabilidade é das três esferas de governo, com um detalhe: a única esfera que a Constituição permite que arrecade dinheiro para a saúde é a federal. O município e o estado vão tirar das suas receitas gerais. O estado, principalmente do ICMS; os municípios, do ICMS, IPTU, etc. Então responsabilidade das três, mas em termos de financiamento a União tem mais responsabilidades.

Segundo Carvalho, a União tem que colocar em saúde pelo menos o mesmo patamar do ano anterior, corrigido, aplicado à variação nominal do PIB. Mas ele salientou que nunca foram aplicados esses recursos mínimos, explicando que o governo federal está sempre devendo. Pior: tem diminuído o que é destinado à saúde. E há ações financiadas com recur-

tos da saúde que não estão diretamente ligadas à área, como o Bolsa Família.

Carvalho disse que sempre usava ou procurava usar cada vez mais o valor per capita e nominal, em reais, deflacionado, para facilitar a comparação, porque a população vai aumentando. Então, explicou, não se pode pegar o dinheiro em valor absoluto. É necessário calculá-lo pela população. E chamou a atenção para o ano de 1995, quando se destinavam à saúde R\$ 358 per capita. Em 99, foram R\$ 363. E em 2003, R\$ 275.

Considerando os estados brasileiros no período 2000 a 2012, Carvalho explicou que a regra foi colocar no mínimo 12% da receita e vários estados estão cumprindo mais que o mínimo. E há, no declarado, pouquíssimos que não estão aplicando, disse ele, dando destaque, como exemplo, ao Rio Grande do Sul que, durante anos, aplicou 4%, 5%, 6%, enquanto os outros aplicavam 12%. Agora no último ano aplicou 9%. “E não acontece absolutamente nada”, disse, salientando que isso vai repercutir depois na divulgação da Região Sul, no *ranking* com as outras regiões, que se inverte com a Região Centro-Oeste, exatamente por esse descompromisso. O Paraná também ficou abaixo do mínimo durante muito tempo, informou.

Entre 2000 e 2012, a estimativa, conforme Carvalho, foi de débito de R\$ 50 bilhões dos estados com área de saúde. Os municípios gastam recursos próprios com saúde e têm obrigação de colocar no mínimo 15% da sua receita, nível que a maioria respeitou, esclareceu Carvalho, duvidando, entretanto, que o tenham feito por opção política e sim por causa da pressão da própria população. Em 2012, disse ele, foram 21,5% investidos na saúde pelos municípios, ou seja, R\$ 15 bilhões além do mínimo obrigatório.

### **Financiamento e gestão**

Outro discurso que se ouve com frequência, segundo Carvalho, é o da falta de eficiência na gestão da saúde. E aqui seu conceito era de que toda saída simplista é falha. Não é um problema de jogo entre financiamento e gestão, financiamento e eficiência, porque tais fatores

andam extremamente ligados, esclareceu. E, sem financiamento, não há gestão possível. Sem gestão, não se pode gerenciar um volume de recursos maior. “Olha o círculo como é interessante.”

Carvalho passou então a abordar a questão da falta ou não de recursos. Para ilustrar, escolheu alguns pontos de comparação. Primeiro: o custo da saúde tem aumentado. Segundo: comparou com os planos de saúde, verificando quanto gastam per capita. E o que ocorreria se o SUS desse o mesmo tipo de tratamento. Depois, comparou com o percentual do PIB, a média mundial 5.5% de gasto com saúde de serviços públicos exclusivamente. E depois fez comparação com alguns grupos de países.

Começando pelo custo da saúde, disse ele, as últimas ocorrências estão cada vez mais demandando dinheiro. “Olha a gripe, a influenza, cujo combate resultou em R\$ 2,5 bilhões investidos num único ano”, exemplificou. Outro aumento de custos, continuou, é devido à demografia. A população cada vez mais envelhecendo e o idoso consumindo entre 40% e 50% a mais dos recursos para cuidar da sua saúde.

Outra questão que Carvalho levantou foi a incorporação tecnológica, que tem feito da saúde um grande parque econômico, ou seja, existe enorme interesse econômico porque envolve um alto percentual do PIB. Assim, a propaganda para que se adotem novas tecnologias, novos medicamentos, novos procedimentos, quando resulta em prática, também aumenta os custos, salientou. Por fim, ele citou também o aspecto cultural, do consumo desenfreado exposto na mídia, pelo interesse econômico.

Em seguida, passou aos planos de saúde. “E se usássemos o mesmo per capita dos planos, seguros, da autogestão, etc.?” perguntou. E explicou que seriam necessários R\$ 290 bilhões. Esses dados, esclareceu, são de 2009/2010. Eram R\$ 132 bilhões na época, ou seja, faltavam ainda R\$ 160 bilhões. Mais do que o dobro. Se for utilizada a média do PIB – que, segundo ele, é uma média ingrata, porque a maioria dos países é pobre e usa muito pouco de

seu PIB em saúde –, e considerando o percentual de 5,5, seriam necessários R\$ 210 bilhões. Então, faltariam R\$ 72 bilhões.

Em seguida, ele disse ter tido a ousadia de comparar com os países de maior renda per capita. Aí a diferença, ressaltou, é uma enormidade. Para fazer o mesmo na saúde que esses países, faltariam R\$ 772 bilhões. Considerando os países da Europa, seriam R\$ 405 bilhões; da América, também cerca de R\$ 405 bilhões.

Assim, segundo Carvalho, são quatro evidências de que é preciso mais dinheiro. “E essa é uma necessidade que nem quero discutir mais, porque já estou convicto dela”, salientou, ressaltando porém que também são necessárias mais gestão e mais eficiência. A saúde é um dos setores mais atrasados em eficiência, incorporação e mecanismos de nova gestão, disse, comentando que nem computação tem sido usada adequadamente.

### **Desfinanciamento**

A seguir, Carvalho mostrou três evidências de que a maior causa do desfinanciamento é o desfinanciamento federal para a saúde. A primeira evidência, disse ele, é o gasto per capita que caiu. Em 1997, eram R\$ 294; em 2003, R\$ 234. Em 2008, quando começou a gripe suína, chegou-se a R\$ 289, ainda abaixo dos R\$ 294. Segunda evidência, segundo Carvalho: há pressão para ter 10% da receita corrente bruta. E o discurso do governo federal é o seguinte: “Coitadinhos de nós. Só temos 30 bilhões para todas as despesas”. Portanto, salientou, não se pode destinar 10% da receita corrente bruta na saúde. Só que no passado já foram colocados 11,72%, informou. Em 1995, logo depois do Plano Real, foi quando a saúde conseguiu ter mais recursos. E agora está em 7,3%. “Então é preciso que seja demonstrado porque houve essa inversão de ordem.”

A participação do financiamento entre as esferas, conforme Carvalho, é a terceira evidência. Em 1980, 75% eram do governo federal, 18% dos estados e 7%

dos municípios. Em 2012, 46% vieram da União, 26% dos estados e 28% para 29% dos municípios. Considerando os gastos do ano passado, Carvalho informou que foram R\$ 80 bilhões do governo federal; R\$ 45 bilhões de Estados; e R\$ 50 bilhões de municípios, totalizando R\$ 175 bilhões, ou R\$ 902 per capita. “É muito pouco”, salientou.

## **Não se consegue mexer na saúde se não diminuir a iniquidade entre os brasileiros.**

E aí, disse ele, entra-se na equidade, um termo que não existe na lei de saúde, mas que é muito usado. E equidade está dentro da igualdade, podendo ser qualificada como uma “igualdade justa”, explicou. Nessa questão, ele disse que se valeu da relação per capita de melhores receitas por Estado e per capita saúde no Brasil em 2012. A receita acaba determinando o dinheiro da saúde, na maioria dos casos. E do lado negativo, segundo ele, se dá o mesmo: as piores receitas são as que menos contribuem para a saúde. Assim, salientou que o resultado considerando as regiões do Brasil é igual: maior renda, maior per capita; menor renda, menor per capita.

Carvalho explicou que os estados têm a incumbência de fazer a equidade interna regionalmente na medida do possível, porque ele está dentro da mesma lógica de desfinanciamento. Já a União, não. Cabe a ela buscar a equidade por estado.

### **Iniquidade**

Ele disse que sua teoria é muito simples: pagar por procedimentos, que é uma maneira iníqua, é caminho que se repete quando se pagam programas, caixas, redes... Porque só faz programa, caixinhas, rede, quem tem dinheiro, disse. Quem não tem dinheiro não pode entrar em nenhum desses programas porque não

pode apresentar contrapartida. “Então a iniquidade continua a mesma.”

Falta dinheiro para garantir a saúde para todos como manda a Constituição?, perguntou Carvalho, explicando que essa obrigatoriedade é utópica, mas é preciso visar à utopia para ver se o quadro melhora. O maior devedor dessa obrigação, ressaltou, é o governo federal, que, no entanto, foi diminuindo sua responsabilidade, transferindo-a para estados e municípios. Os governos municipais, conforme Carvalho, por estarem mais próximos da população, ficaram com a responsabilidade maior de financiar a saúde. “Só que já não dão conta, não tem jeito”, disse, esclarecendo que há município colocando 30% do seu orçamento à saúde, prejudicando obviamente outras áreas que indiretamente representam mais saúde.

Então Carvalho convidou a um pensamento: o governo federal com 50%, o governo estadual com 25%, o municipal com 25%. Só nisso, disse, já seriam R\$ 25 bilhões a mais, o que elevaria o montante para R\$ 200 bilhões. Só que, se tornássemos o dinheiro municipal a base, chegaríamos a R\$ 313 bilhões, ressaltou. E perguntou: fazer base como? Pela arrecadação, disse, da qual a União fica com 60%, os estados, com 24% e os municípios, com 16%.

Existe um projeto, chamado Perondi, de iniciativa popular, explicou Carvalho, que conseguiu 2,2 milhões de assinaturas apoiando a proposta da aplicação dos 10%

da receita corrente bruta. Mas o governo não quer que isso seja aprovado, afirmou, porque quer que seja a receita corrente líquida. “Só que queremos a bruta, porque essa não se pode mascarar. Corrente líquida, com qualquer decreto, se pode mudar.”

O caminho trilhado na Constituição, conforme Carvalho, é o de perpetuar a iniquidade no rateio dos recursos, ou seja, onde houver menos PIB, há menos receita e menos dinheiro para a saúde. Segundo ele, o Ministério da Saúde, que poderia praticar a equidade, obedece à mesma lógica para transferir os seus recursos: quem mais produz, mais recebe. Esse órgão, aliás, salientou, já não financia nenhum programa. Apenas dá incentivo, que muitas vezes representa 20% do custo daquele programa. “Quem não tiver os 80% para poder bancar o início não vai poder ir à frente com programa algum.”

Resumindo, Carvalho disse que é preciso, para melhorar a saúde, mexer no Brasil, isto é, não se consegue mexer na saúde se não diminuir a iniquidade entre os brasileiros. E mais: é necessário ter na prática o SUS constitucional. Segundo ele, há foco, isso é evidente, na recuperação da saúde, mas se pensa muito pouco em promoção e proteção, que são princípios do SUS. Para ele, é preciso ainda melhorar a eficiência, aumentar a honestidade, “que é a mesma coisa que dizer menos roubalheira, menos corrupção”. E terminou dizendo: “Precisamos também de mais dinheiro”.







*GVsaúde  
Centro de Estudos  
em Planejamento e  
Gestão de Saúde*