

Brasília, 2014 –1ª Edição

CONASS DEBATE
Caminhos da
Saúde no Brasil

2



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

© 2014 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Tiragem: 2 mil exemplares.

CONASS Debate 2ª Edição

Brasília, maio de 2014.

ISBN 978-85-8071-012-0

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2014.

100 p. – (CONASS Debate, 2)

ISBN 978-85-8071-012-0

Sistema de Saúde I. CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil

NLM WA 525

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC Suely de Souza Melo da Costa
AL Jorge Villas Boas
AM Wilson Duarte Alecrim
AP Jardel Adailton Souza Nunes
BA Washington Couto
CE Ciro Gomes
DF Rafael de Aguiar Barbosa
ES José Tadeu Marino
GO Halim Antonio Girade
MA Ricardo Murad
MG Alexandre Silveira
MS Antônio Lastoria
MT Jorge Araújo Lafetá Neto
PA Hélio Franco de Macedo Júnior

PB Waldson Dias de Souza
PE Antônio Carlos dos S. Figueira
PI Ernani Maia
PR Michele Caputo Neto
RJ Marcos Esner Musafir
RN Luiz Roberto Leite Fonseca
RO Williaemes Pimentel
RR Alexandre Salomão de Oliveira
RS Sandra Maria Sales Fagundes
SC Tânia Eberhardt
SE Joélia Silva Santos
SP David Uip
TO Vanda Maria Gonçalves Paiva

DIRETORIA DO CONASS 2014/2015

Presidente

Wilson Duarte Alecrim (AM)

Vice-Presidentes

Região Centro-Oeste

Halim Antonio Girade (GO)

Região Nordeste

Jorge Villas Boas (AL)

Região Norte

Vanda Maria Gonçalves Paiva (TO)

Região Sudeste

Marcos Esner Musafir (RJ)

Região Sul

Michele Caputo Neto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENAÇÃO DE NÚCLEOS TÉCNICOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando Cupertino

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

ASSESSORIA TÉCNICA

Alessandra Schneider

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Gilson Cantarino

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Maria José Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Nereu Henrique Mansano

Tereza Cristina Amaral

Viviane Rocha de Luiz

ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

Coordenação

Adriane Cruz

Eugênio Vilaça Mendes

Renilson Rehem

Ricardo F. Scotti

Consultoria

Ana Luiza Wenke

Relatoria

Flávio Goulart

Maria Francisca Moro

Elonora Abritta

Revisão

Carmem Menezes

Gisela Rojas

Projeto Gráfico

Daniel Macedo

Diagramação

Marcus Carvalho

Sumário

Apresentação	08
Introdução	10
José Gomes Temporão	16
Antônio Jorge Kropf	34
Andre Cezar Medici	48
Renato Tasca	66
Gonzalo Vecina Neto	83
Síntese dos Debates	87

Apresentação

Desde 2012, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), reconhecendo o momento delicado pelo qual vem passando a saúde pública no Brasil, estabeleceu uma nova linha permanente de atuação: o CONASS Debate, que fomenta a discussão de temas importantes para o setor saúde na busca de alternativas que nos façam avançar para a situação desejada, ou seja, saúde de qualidade para todos.

Este livro é o registro do seminário Caminhos da Saúde no Brasil, com o qual se disseminam as reflexões obtidas e se contribui com a sociedade brasileira na construção de um futuro sustentável para o Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, além desta publicação, disponibilizamos no nosso site (www.conass.org.br) as versões eletrônicas, em PDF e e-book, que poderão ser lidas em computadores, *tablets* e celulares.

Neste segundo seminário, procurou-se conhecer melhor os Caminhos da Saúde no Brasil, a fim de se responder se haverá, nos próximos anos, o aprofundamento da segmentação do sistema de saúde pública, quais as alternativas possíveis a essa tendência de cobertura universal em saúde ou se seremos capazes de consolidar o sistema universal de saúde preconizado na Constituição de 1988.

Entre os diversos pontos analisados, os que mais suscitaram o debate foram: a contradição entre universalização e segmentação; o subfinanciamento da saúde no Brasil; a dificuldade de integração entre a ação pública no âmbito do SUS e a saúde suplementar; e as barreiras culturais interpostas ao processo de mudança.

As falas dos palestrantes e as opiniões colhidas no debate reconhecem os avanços obtidos pelo SUS nos seus 25 anos de existência e sua importância sanitária para o Brasil, o que se coaduna com a preocupação do CONASS em propiciar debates calcados na expressão de pensamentos livres e opiniões divergentes que contribuam para o desenho de novos caminhos que o renove e fortaleça.

O seminário que deu origem a este livro ocorreu no dia 25 de setembro de 2013, em Brasília/DF, e contou com a exposição do ex-ministro da Saúde e diretor executivo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISGS), José Gomes Temporão; do diretor de Assuntos Institucionais da Amil, Antônio Jorge Kropf; e do economista de saúde aposentado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e editor do blogue Monitor da Saúde, Andre Cezar Medici. O tema foi debatido pelo assessor de Planejamento de Políticas Públicas de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em Washington/EUA, Renato Tasca; pelo superintendente corporativo do Hospital Sírio-Libanês, Gonzalo Vecina Neto; e pelo professor do Instituto de Medicina Tropical de Lisboa, Wim Van Lerberghe.

Dividido em capítulos ordenados pela participação dos expositores e dos debatedores durante o seminário, o livro traz os textos assinados pelos palestrantes, responsáveis pelo sucesso e pela riqueza de conteúdo do CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil. O último capítulo, produto da relatoria do evento, traz a síntese dos debates.

O desejo do CONASS é de que as ideias aqui registradas – expressão livre do pensamento de cada um dos autores – possam contribuir para o delineamento de caminhos capazes de consolidar o sistema de saúde brasileiro.

Wilson Alecrim
Presidente do CONASS

Introdução

O SUS está completando 25 anos de existência. É tempo de celebrar e de refletir.

Há muito que celebrar. O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui a política pública mais inclusiva realizada no Brasil porque instituiu a cidadania em saúde e acabou com a figura odiosa do indigente sanitário, vigente antes de 1988.

O SUS vem contribuindo significativamente para a melhoria dos níveis de saúde da população brasileira. Como exemplo, no período de 1990 a 2012, a taxa de mortalidade infantil caiu de 62 para 14 óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, uma queda impressionante de 77%. Além disso, pratica ações e programas que são referências internacionais como o Sistema Nacional de Imunizações, o programa de controle de HIV/Aids, o programa nacional de transplantes de órgãos, o programa de controle do tabagismo e a Estratégia Saúde da Família.

Contudo, é tempo, também, de refletir. Não obstante os inegáveis avanços do SUS, permanecem problemas a compreender e a superar. Isso implica desvendar, prospectivamente, os caminhos da saúde no Brasil.

Há, pelo menos, quatro grandes problemas estruturantes no SUS que se manifestam, dois no plano macroeconômico, o subfinanciamento e a segmentação, e dois outros, no plano microeconômico, a fragmentação dos pontos de atenção à saúde e o modelo de atenção à saúde praticado, especialmente no enfrentamento das transições demográfica, nutricional e epidemiológica que ocorrem de forma acelerada, colocando o grande desafio de responder socialmente à tripla carga de doenças com predominância relativa forte das condições crônicas e de seus determinantes sociais.

Este seminário foca-se em um problema que se manifesta no plano da organização macroeconômica: a segmentação do sistema de saúde brasileiro.

Para compreender melhor esse problema, vale a pena visitar as experiências internacionais de organização dos sistemas de saúde.

Uma análise de sistemas comparados permite identificar alguns modelos institucionais de sistemas de saúde, definidos, fundamentalmente, pelos modos como se combinam as três macrofunções e quem as executa: financiamento, regulação e prestação de serviços. Os principais modelos institucionais são o modelo do monopólio estatal, o modelo beveridgeano, o modelo bismarckiano, o modelo da competição gerenciada e o modelo de mercado.

Esses modelos institucionais correspondem a tipos ideais weberianos e, como tais, quase nunca se apresentam em estado puro na realidade, mas, certamente, expressam as diferentes possibili-

dades de estruturação dos sistemas de saúde. Em certas circunstâncias, apresentam-se, em um mesmo país, modelos mistos que combinam uma ou mais formas de organização dos sistemas de saúde.

No modelo do monopólio estatal, o Estado é, ao mesmo tempo, regulador, financiador e prestador de serviços. O modelo de mercado caracteriza-se pela pluralidade de reguladores, financiadores e prestadores de serviços, que se apresentam competindo entre si, com ou sem regulação estatal.

O modelo beveridgeano caracteriza-se por financiamento público por meio de impostos gerais, controle parlamentar, universalidade de acesso, gestão pública e prestação de serviços por mix público/privado.

O modelo bismarckiano ou modelo de Seguridade Social expressa-se em um sistema de saúde financiado por cotas obrigatórias, pagas por empresários e trabalhadores que aportam recursos para um fundo público de seguridade que faz a gestão do sistema.

No modelo da competição gerenciada, o mercado não é bilateral, oferta e demanda, mas trilateral, articulado entre consumidores, operadoras de planos de saúde e patrocinadores que convivem em situação de competição regulada.

Uma discussão central nos estudos de sistemas comparados de saúde, no plano macroeconômico, é o caminho que, institucionalmente, se toma na prática social: opta-se por sistemas universais ou segmenta-se seus sistemas em diferentes modelos institucionais recortados segundo variados tipos de demandantes.

Essas alternativas de conformação dos sistemas de saúde são definidas a partir dos valores vigentes em uma sociedade, dos posicionamentos político-ideológicos diante dos serviços de saúde e do papel do Estado em relação a esses serviços. São esses fatores que fazem diferentes os sistemas universais vigentes em países como Alemanha, Canadá, Dinamarca, Espanha, França, Itália, Japão, Reino Unido, Suécia e outros que se organizam como sistemas universais, de países como os Estados Unidos que instituem subsistemas para atendimento de clientela distintas (pobres, idosos, veteranos de guerra e subpopulações que podem pagar planos privados por si ou por empregadores).

Os sistemas segmentados são aqueles que segregam diferentes clientela em nichos institucionais singulares. Disso resulta uma integração vertical em cada segmento e uma segregação horizontal entre eles, em que cada segmento, público ou privado, exercita as funções de financiamento, regulação e prestação de serviços para sua clientela particular. Esses sistemas marcam-se, em geral, pela presença concomitante de diferentes matrizes institucionais para subpopulações singulares e pela concomitância de subsistema público e de subsistema privado que atuam com pouca sinergia entre eles.

Diferentemente da segmentação, os sistemas universais são aqueles que oferecem a todos, independentemente de sexo, idade, renda ou risco, uma cobertura universal para os serviços de saúde.

Originariamente, os sistemas universais foram identificados com os sistemas públicos universais – de monopólio estatal, beveridgeanos ou bismarckianos – e operavam com o universalismo clássico capaz de ofertar todos os serviços a todas as pessoas.

A Organização Mundial da Saúde, em seu Relatório Mundial de 2000, propôs o “novo universalismo”. Essa interpretação do princípio universalista rejeita a possibilidade da oferta de todos os serviços de saúde para todos os cidadãos, bem como a outra face consequente do universalismo clássico, representada pela política da seletividade, constituída pela oferta de uma cesta básica de serviços de saúde aos pobres. O que o novo universalismo sugere é a oferta ampla de serviços essenciais do ponto de vista sanitário, providos com qualidade para todos os cidadãos, definidos pelos critérios de aceitabilidade social, efetividade e custos.

Ademais, a Organização Mundial da Saúde, em seu Relatório Mundial da Saúde de 2010, propôs o conceito de cobertura universal em saúde, definido como a situação em que as pessoas são capazes de utilizar os serviços de saúde de qualidade de que necessitam sem sofrer danos ao pagar por eles. A expressão traz em si dois conceitos inter-relacionados. Em um deles, as pessoas são capazes de utilizar amplo espectro de serviços de saúde sanitariamente necessários de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição; em outro, em vertente mais econômica, o uso da expressão significa a proteção das pessoas em relação a gastos de desembolso direto com serviços de saúde.

O conceito de cobertura universal em saúde abriga três dimensões: a população coberta, a carteira de serviços e a proporção de custos diretos incorridos pelas pessoas e pelas famílias. A primeira dimensão da cobertura universal está constituída pela cobertura populacional que se expressa no percentual da população que está coberta por serviços de saúde. A segunda dimensão refere-se às possibilidades de acesso oportuno a serviços de qualidade sanitariamente necessários. A terceira dimensão diz respeito à proporção da população que é submetida a pagamentos diretos ou dos bolsos nos pontos de atenção à saúde fora, portanto, dos fundos comuns existentes.

O dilema entre os sistemas públicos universais ou sistemas de cobertura universal e os sistemas segmentados coloca-se como ponto fundamental na discussão da crise difusa dos sistemas de saúde no mundo contemporâneo.

Em geral, aceita-se que os sistemas de saúde vivem uma crise em escala planetária que se manifesta em quatro dimensões: a ineficiência, a inefetividade, a iniquidade e a insatisfação da opinião pública.

A iniquidade materializa-se no acesso diferenciado aos serviços de saúde e na distribuição desigual e injusta, entre grupos sociais, dos índices de saúde e do acesso aos serviços. A ineficiência, em sua dimensão técnica, pode ser constatada pelo incremento dos gastos com serviços de saúde e, em sua dimensão alocativa, pela forma como as sociedades distribuem os recursos dos serviços de saúde dentro do setor e em relação a outros setores importantes na determinação so-

cial da saúde. A inefetividade é dada pela utilização descontrolada de tecnologias que se ofertam, crescentemente, nem sempre com base em evidências que comprovem que elas produzem resultados positivos na saúde das pessoas e que são custo-efetivas. A insatisfação dos cidadãos é verificada pelas pesquisas de opinião que refletem a inconformidade das pessoas com a atenção recebida.

Esse dilema mundial entre segmentação e sistemas públicos universais ou sistemas de cobertura universal tem sua expressão regionalizada no Brasil.

A saúde, em nosso país, constitucionalmente, “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O SUS, em sua concepção pelo movimento sanitário e em sua instituição constitucional, foi concebido como um sistema público universal de corte Beveridgeano, à semelhança de alguns sistemas europeus que apresentam esse perfil de universalização.

Contudo, ao longo do tempo, o objetivo da universalização foi dando lugar a uma segmentação crescente do sistema de saúde brasileiro.

O problema fundante desse movimento de segmentação é o financiamento. A generosidade dos constituintes na instituição de um sistema público universal Beveridgeano não foi acompanhada pela criação de uma base material que garantisse a saúde como direito de todos e dever do Estado. A retirada dos recursos da Previdência Social foi a pá de cal que sepultou a possibilidade de um sistema público universal em saúde em nosso país. A profa. Sulamis Dain estima que esses recursos, corrigidos, seriam, hoje, da ordem de 170 bilhões de reais. Em consequência do subfinanciamento público, o gasto público em saúde no Brasil atinge, apenas, 47% do gasto total em saúde e o gasto per capita é de 466 dólares, valor abaixo dos praticados em países como Argentina, Costa Rica, Cuba e Uruguai.

Como decorrência dos baixos investimentos públicos em saúde, a concepção do SUS como um sistema público universal de inspiração Beveridgeana não pode se concretizar porque as evidências internacionais mostram que isso só foi alcançado em países que despendem mais de 70% de gastos públicos em saúde como porcentual do gasto total em saúde.

Em realidade, o SUS foi se transformando em um subsistema público que convive, em modelo segmentado, com dois subsistemas privados, o subsistema de saúde suplementar que cobre 48 milhões de brasileiros e o subsistema de desembolso direto ao qual recorrem todos os brasileiros, principalmente na compra direta de medicamentos. O SUS só é parcialmente universal em algumas áreas como a vigilância à saúde e as políticas de sangue, imunização e transplantes de órgãos e tecidos.

Nesse modelo segmentado, há pouca sinergia entre o subsistema público e o privado, há ineficiência sistêmica, há subsídios cruzados injustos e há iniquidades, especialmente quando se

constata que 30,6% dos gastos totais em saúde em nosso país são gastos diretos dos bolsos das famílias que gravam fortemente os mais pobres.

E há insatisfação da população com os serviços recebidos, sejam no SUS, sejam dos sistemas de saúde suplementar. Reiteradamente, em pesquisas de opinião realizadas por diversos órgãos e em diversas regiões do país, o tema da saúde aparece como a questão fundamental a ser equacionada.

O dilema da universalização e da segmentação é o tema central a ser debatido neste seminário sobre os caminhos da saúde no Brasil.

Não é um tema singelo. Ao contrário, exige movimentos mais profundos de reforma sanitária. E as reformas fazem-se no entrecampo de poderosos interesses políticos e econômicos, fundam-se nos valores societários prevalecentes e se dão em ambientes mais ou menos favoráveis a mudanças efetivamente transformadoras.

Utilizando a clássica tipologia de reformas sanitárias de Chris Ham, professor da Universidade de Birmingham, a reforma sanitária brasileira resultou de uma mudança vigorosa de tipo *big bang* que só ocorre em janelas históricas abertas em momentos de ruptura institucional. No nosso caso, o processo de redemocratização propiciado pelo fim da ditadura militar que ensejou uma nova ordem constitucional da qual surgiu o SUS. A partir daí, as reformas sanitárias têm sido do tipo incrementalismo lento ou de reforma sem reforma.

Passado o tempo inicial de ruptura, a reforma sanitária brasileira parece ter adquirido um caráter de processo reformista realizado por um gradualismo lento, orientada por visões de curto prazo sem um desenho estratégico global, focalizando-se em um escopo restrito, em partes de uma única macrofunção, gerando mudanças tópicas e incrementais, sem potencial de solucionar o dilema seminal que se coloca no plano macroeconômico do sistema de saúde brasileiro.

As vozes da rua que se fizeram ouvir estrepitosamente, no movimento popular de junho de 2013, deixaram mensagens ainda não bem decifradas. Terá sido um momento meramente catártico, um soluço cívico, ou um movimento sustentável propiciado pela emergência de uma sociedade digital para exigir novas formas de representação política e nova ordem social? A saúde que se clamou era “padrão Fifa”. O que isso significa: o pedido de inclusão ampliada pela via da expansão do consumo de serviços de saúde ou o desejo de inserção pela cidadania a um sistema público efetivamente universal e de qualidade? Serviços de saúde diferenciados para diferentes grupos sociais ou padrão único de qualidade para todos? Há de se indagar, também, se esse movimento constitui uma releitura da ruptura institucional de Chris Ham como motivadora de reformas sanitárias mais profundas por uma nova sociedade que se organiza e reivindica por meio das redes sociais. O futuro dirá.

O dilema da universalização e da segmentação pode ser tratado por meio da explicitação de diferentes cenários prospectivos que podem se apresentar na dimensão macroeconômica do sistema de saúde brasileiro em anos vindouros.

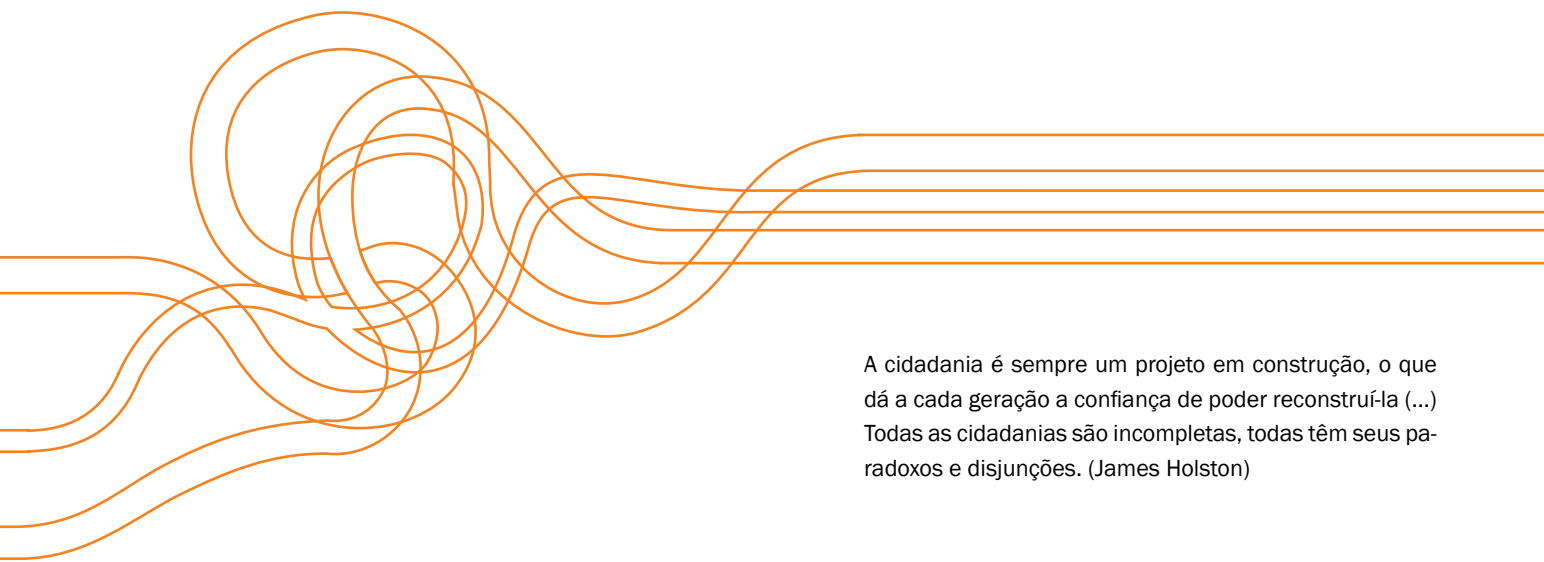
Construir e explorar cenários com formatações e possibilidades diversas que vão desde a afirmação do SUS como sistema universal Beveridgeano à consolidação gradativa da segmentação e, até mesmo, a outras vias de construção de um sistema de cobertura universal que possa gerar sinergias entre sistema público e privado é o que se espera das intervenções a serem feitas neste seminário.

De qualquer forma, como ensina a experiência internacional, uma variável crítica a determinar as possibilidades dos diferentes cenários será o financiamento da saúde em termos de gastos totais em saúde e de gastos públicos em saúde como porcentual dos gastos totais em saúde. É isso que responde a uma questão essencial: que sistema de saúde a sociedade brasileira deseja e quanto e de que forma quer pagar por ele?

1

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

PARA ONDE VAI O SUS?



A cidadania é sempre um projeto em construção, o que dá a cada geração a confiança de poder reconstruí-la (...) Todas as cidadanias são incompletas, todas têm seus paradoxos e disjunções. (James Holston)

Vinte e cinco anos após a promulgação da Constituição de 1988, que contém um capítulo dedicado à saúde vista como um direito de cidadania, o Brasil se encontra em uma encruzilhada. Qual será o destino para o sistema de saúde brasileiro? O da progressiva americanização do SUS ou o da reafirmação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira?

Nosso SUS é produto de um longo e complexo processo histórico de luta. O ideário que a move abraça os princípios da chamada Reforma Sanitária Brasileira e pode ser sintetizado em uma frase do saudoso Sérgio Arouca, em referência à importante obra de Norbert Elias: “Trata-se de um processo civilizatório” (ELIAS, 1993). Esse movimento político e ideológico encontra sua maturidade durante o processo constituinte e consegue inscrever na Constituição brasileira a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Fundamental lembrar que esse movimento político desde seu início colocava para a sociedade uma visão ampliada de saúde centrada na sua determinação política e social, ou seja, não se tratava (e continua sendo assim) apenas de construir um sistema de atenção à saúde. Este projeto nasce em um contexto muito particular de luta contra a ditadura militar e de redemocratização, em que a saúde aparece como uma das frentes de luta, pela organização e pela construção de um projeto inovador. Como ele é gestado em contexto de injustiça e desigualdades, traz em si uma forte relação com propostas de mudanças estruturais na sociedade relacionadas a: distribuição da riqueza, superação das iniquidades, reformas

nas políticas urbana e habitacional, universalização do saneamento, transporte de massa adequado, acesso à cultura, ou seja, forte influência de uma perspectiva emancipadora e libertária de cunho social.

Em documento anterior referente ao seminário organizado pelo CONASS sobre a “Nova Classe Média” eu já afirmara:

Nas sociedades democráticas em que nasceram os sistemas universais (Inglaterra, Canadá), a sociedade e o Estado já traziam implícitos os sentidos e os sentimentos de direito, cidadania e do espaço que a saúde ocupava naqueles contextos. Ali, os cidadãos entregavam ao Estado, de modo consciente, a missão de organizar e dirigir esse sistema para servir a todos sem qualquer distinção. Eram sistemas que nasciam da vontade coletiva, amadurecida por processos de construção de políticas em que a saúde constituía espaço de acolhimento à diversidade para combater a desigualdade (TEMPORÃO, 2013).

No Brasil, o projeto do SUS surge em um processo político radicalmente distinto. Surge como uma contrapolítica em contexto de luta pela democracia e desenvolve-se nessa mesma democracia, ainda frágil, assim como as instituições e o Estado. O ambiente de pobreza e desigualdade impactava profundamente as condições de saúde da população. O SUS é concebido então conceitualmente como um poderoso instrumento de justiça social que fortalece a implantação de um novo padrão de desenvolvimento para o país. O que a proposta da Reforma Sanitária Brasileira revelava era que a redução das desigualdades e a mobilidade social não se fazem apenas com ganhos na renda (capital econômico), mas com políticas públicas que favoreçam a ampliação do capital social e cultural. Há outra dimensão referente ao processo de desenvolvimento do país e da sociedade brasileira: a existência do SUS como fator fundamental ao processo de construção de um país efetivamente desenvolvido e obstáculo à implantação da barbárie disfarçada de modernidade que é a disseminação de uma visão da saúde vista como mercadoria ou bem a ser comprado no mercado de acordo com a capacidade de gasto de famílias ou empresas.

Esse novo sistema de saúde – o SUS –, embora conquistado no contexto da redemocratização, estava longe de expressar aos olhos do povo uma consciência sanitária coletiva, nos moldes que nos ensinou Giovanni Berlinguer.

[...] por consciência sanitária entendo a tomada de consciência de que a saúde [...] é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como esse direito é sufocado e este interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo (BERLINGUER, 1978, p. 5).

O ponto máximo desse processo ocorreu durante a VIII Conferência Nacional de Saúde e depois nos trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e da aprovação da Lei Orgânica do SUS.

A partir do início dos anos 1990, apresenta-se, portanto, para profissionais, gestores e para toda a sociedade o gigantesco desafio de reconstrução da saúde brasileira. Destaco alguns:

- O subfinanciamento crônico que acompanhou o SUS desde o nascedouro a partir da retirada dos recursos da Previdência Social da base de financiamento setorial já no início dos anos 1990.
- Um federalismo complexo, que exige grande esforço de construção de consenso e que demanda energia, tempo e dedicação, com importante lentificação do processo de tomada de decisão e implementação de políticas e programas.
- A fragilidade estrutural dos municípios na organização do cuidado, a imensa maioria sem nenhuma condição de assumir a condução da política de saúde.
- A postura da quase totalidade dos partidos políticos que incorporam o discurso do sistema universal, mas na prática, por ação ou omissão, fortalecem o mercado privado.
- A própria dinâmica do capital – também no setor saúde – introduz um vetor pró-mercado fortalecido por medidas tomadas em vários governos (mais ou menos progressistas) que criam estímulos e subsídios para o setor privado.
- A falta de consenso em torno de uma proposta de reforma do estado que, sem abrir mão dos princípios pétreos do SUS, pudesse implementar nova governança setorial.

Apesar desses percalços, foram obtidos avanços inquestionáveis, como:

- A expressiva ampliação do acesso e da cobertura a políticas, serviços e rede de cuidados.
- O sucesso na implementação de políticas, como:
 - O Programa Nacional de Imunizações (PNI), que até mesmo ajuda a criar uma robusta base tecnológica para bioprodutos em nosso país.
 - O Programa Saúde da Família que hoje cobre mais de 100 milhões de pessoas.
 - O Programa de DST-Aids fortalecido com o licenciamento compulsório de um medicamento do coquetel anti-Aids pela primeira vez no Brasil no ano de 2007.
 - A Política de Medicamentos Genéricos que hoje já ultrapassou 25% de participação no mercado total de medicamentos.
 - A Política Nacional de Transplantes de Órgãos.
 - A criação e a implantação do Serviço de Atenção Móvel de Urgência (Samu) em nível nacional.
 - A Política de Controle da Qualidade do Sangue.
 - A Política de Controle do Tabagismo que reduziu, em 20 anos, a prevalência de fumantes na população brasileira de 34% para 15%.
 - A Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Humanização.
 - A estratégia voltada para o fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde e a redução de dependência tecnológica na saúde.

Quando analisamos o desempenho macroestratégico do SUS e seu impacto em indicadores sanitários, percebem-se grandes avanços. Moacir Scliar já frisava que a saúde pública brasileira é um sucesso. Nesse campo, as conquistas são robustas e os avanços incontestes:

- A evolução da Expectativa de Vida ao Nascer (da garantia à qualificação da vida).
- A drástica redução da Mortalidade Infantil com a média nacional se aproximando dos 12/1.000 NV.
- A redução da Mortalidade Materna, embora em ritmo bem mais modesto.
- A queda na Mortalidade por Doenças Crônicas em 10%, entre 2000 e 2007.
- A erradicação de doenças imunopreveníveis e seu controle.
- A importante contribuição para a melhoria das condições de vida.

Em relação à atenção individual, entretanto, as avaliações são bastante heterogêneas. Se considerarmos os dados das últimas pesquisas sobre Assistência Médico-Sanitária do IBGE, a avaliação das pessoas que utilizaram os serviços de saúde foi em geral boa, ou seja, quem conseguiu acesso avalia como boa a atenção recebida. Porém, pesquisas de opinião do tipo Ibope realizadas em universo pequeno (cerca de 2 mil pessoas são ouvidas em cada enquete) colocam a saúde como a política social com a pior avaliação.

Contudo, o que de fato a população e os especialistas avaliam como ruim no contato cotidiano com os Serviços de Saúde? O tempo de espera, a qualidade do acolhimento, o acesso a determinados procedimentos e especialistas, a falta de continuidade no tratamento, entre outros. Isto se expressa no crescimento da cobertura pelos planos e pelos serviços privados que salta de 40 milhões de pessoas, em 2007, para 48 milhões, em 2012, o que equivale, hoje, a cerca de 30% da população brasileira. A questão é que também aqui se registram queixas e avaliação negativa do padrão assistencial pelas famílias cobertas. Frise-se que cerca de 80% das pessoas cobertas por planos e seguros são de famílias que têm esse acesso garantido pelo vínculo laboral da família ou alguns de seus membros.

Reiterando a reversão de expectativas do SUS em relação à sua proposta original técnico-ético-política e procurando compreender esse aparente paradoxo, penso ser necessário refletir sobre alguns marcos dessa trajetória que, em alguma medida, impactaram sua conformação e comprometeram a possibilidade de avanços e conquistas maiores:

- Uma questão central é que ao mesmo tempo em que comemorávamos a conquista do capítulo saúde da Constituição de 1988, os setores mais organizados do operariado colocavam como ponto central dos acordos coletivos negociados com seus patrões o acesso a uma assistência diferenciada oferecida pelo setor privado. Lenta e gradualmente, essa opção ganha espaço junto à classe média e ao funcionalismo público, ou seja, no nascedouro do SUS, estão plantadas as bases do modelo concorrente que a partir daí busca hegemonia.
- A consolidação gradual na sociedade de uma visão de que o SUS é um sistema de saúde que deve priorizar o atendimento aos mais pobres. Essa visão mescla-se com a persistência da visão da filantropia e da caridade no campo da saúde ainda (paradoxalmente?) bastante presente em iniciativas como de ONGs que voltam sua atenção para segmentos específicos da população: crianças, idosos etc.

- A opção de iniciar o Programa de Saúde da Família (PSF) como um modelo simplificado de atenção em municípios pequenos e mais pobres comprometeu em certa medida a visão do PSF como **estratégia de reorientação do modelo assistencial**. Contudo, outro olhar pode nos ajudar a entender melhor essa dinâmica. Nos anos 1990, decidiu-se pela implantação do PSF fortemente baseado no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e com a concentração da sua cobertura nas regiões mais pobres e com baixa capacidade de atrair profissionais e serviços de saúde. Esta era, à época, a melhor opção dentro da racionalidade técnica e dos recursos disponíveis. Enquanto esse modelo gradativamente cobria os mais pobres (frise-se que com alta eficácia do ponto de vista de saúde pública), nas cidades médias e nas regiões metropolitanas, a ausência de um modelo desse tipo adequado à realidade urbana abre espaço para o crescimento de modelos centrados na oferta privada de especialistas e da atenção hospitalar. Isso consolida uma cultura que vê a saúde pela ótica médico–tecnologia de ponta e centrada no hospital, hegemônica hoje. Nesse contexto, a racionalidade sanitária fala para esses extratos urbanos ascendentes: vejam, o PSF é a solução para os seus problemas. Contudo, a visão de que a livre escolha de especialistas, máquinas e hospitais é o melhor padrão já havia fincado raízes profundas. Construiu-se alguma coisa fora da ordem na saúde brasileira.
- A fragilidade do aspecto Produção de Saúde nessa lógica sistêmica: a não incorporação de dispositivos humanizadores da atenção e da gestão, no terreno das relações (vínculos) entre seus principais atores: a falta de atenção aos importantíssimos aspectos micropolíticos que precisam ser considerados e gerenciados no dia a dia das relações institucionais com recursos das tecnologias relacionais, colocando-as no mesmo nível de importância das tecnologias duras.
- A falta de cuidado com o exército de cuidadores composto não só pelos profissionais de saúde, mas também pelos gestores na origem do cuidado – mal resolvido – com os usuários e suas famílias: não reconhecimento das imensas dificuldades do trabalhador no melhor manejo das ações de cuidado (boas práticas), seja por razões técnicas, estruturais ou salariais.
- As dificuldades de articulação eficiente e produtiva com os dispositivos de controle social.
- A dificuldade de traduzir em ações de cuidado com o cuidador e o usuário todo o somatório de conhecimentos provenientes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, assim como ampliar em termos de macro e micropolítica a sua articulação com os preceitos da RSB, sustentando um modelo de gestão compartilhado e capaz de gerar e gerir corresponsabilidades nessa perspectiva da articulação entre atenção e gestão.
- Os problemas relacionados à sustentabilidade econômico-financeira que têm início com a perda dos recursos da Previdência Social já no início dos anos 1990. No início de 2000, a Emenda Constitucional n. 29 define como critério para a participação federal no financia-

mento o gasto do exercício anterior corrigido pela variação nominal do produto interno bruto (PIB), o que leva a uma gradual redução da participação da União no financiamento público. Por fim, a perda da CPMF, em 2007, retirou a possibilidade para que a totalidade dos recursos arrecadados por essa modalidade – hoje seriam cerca de 40 a 50 bilhões de reais por ano –, pudesse reforçar o gasto federal. Curiosamente, a proposta de emenda enviada por 2,2 milhões de brasileiros ao Congresso – que estabelece 10% das receitas brutas como financiamento da União – significa hoje colocar cerca de R\$ 50 bilhões a mais no orçamento do Ministério da Saúde (MS), ou seja, uma CPMF ao ano...

- A ausência de consenso em torno de uma proposta de reforma do Estado que permitisse ampliar a eficiência e a eficácia do sistema. A rigidez dos princípios da administração direta levou a uma desenfreada busca de modelos alternativos por parte dos gestores, o que criou grande fragmentação com a introdução de modelos do tipo Organização Social (OS), Fundação Estatal, Parceria Público-Privadas (PPP) etc., com impacto e resultados ainda pouco conhecidos.
- Cresce entre especialistas e gestores a percepção de que um sistema universal, pautado por valores como acessibilidade e equidade, centrado na organização de sistemas municipais não terá futuro. É urgente abrir o debate sobre a questão das regiões sanitárias com base em redes integradas, como unidade central do sistema.
- A ilusória ideia de que o mercado consegue prover com qualidade e segurança e custos suportáveis as necessidades e as demandas das famílias brasileiras. Na verdade, o SUS hoje funciona como retaguarda para esse setor: para os procedimentos de alto custo, medicamentos de alto custo para doenças crônicas, atendimentos de urgência e emergência etc. O não ressarcimento desses gastos, somado aos crescentes subsídios e renúncias fiscais tiram do público para dar ao privado. E a insatisfação de pacientes e profissionais só faz crescer.

Chegamos, portanto, a 2013, 25 anos de promulgação da Constituição cidadã, com a saúde sendo a política pública com pior avaliação. Pelo menos é esse o senso comum expresso na grande mídia. O povo nas ruas em junho de 2013 exigia saúde de qualidade e “atendimento padrão Fifa”. O que estarão sugerindo de fato? Podemos inferir que o modelo desenhado há 25 anos está esgotado? As utopias mortas? Há futuro para o projeto sanitarista?

Antecipando Tendências

É importante, em primeiro lugar, olhar para o conjunto de mudanças estruturais que os sistemas de saúde em todo o mundo estão enfrentando. O primeiro ponto a destacar é que nosso sistema de saúde foi historicamente construído a partir da visão do modelo biológico para o controle das endemias, dos programas verticais de saúde pública, de esforços mais ou menos fragmentados. Foi

sendo construído e cimentado pelo saber médico que tem como parâmetro central de referência as doenças e não a saúde. Este é um obstáculo estrutural poderoso que coloca limites desde o início ao ideário reformista.

Hoje, entretanto, todos compreendem que a saúde é política e socialmente determinada e que a construção do sistema de saúde com o qual sonhamos deve ter como base uma discussão profunda e central sobre a determinação social da saúde, sobre como o poder e a riqueza distribuem-se na sociedade, sobre a questão das desigualdades, sobre a necessidade de radicalização da democracia e de atuar sobre as raízes da criação do padrão de viver com qualidade, adoecer e morrer.

O segundo ponto que merece destaque é que sistemas de saúde são estruturas dinâmicas e hipercomplexas e que não podemos mais pensar a saúde sem considerar as profundas transformações estruturais pelas quais as sociedades estão passando em vários campos e dimensões, e que se expressam em seus sistemas de saúde. Para fins didáticos, podemos aproximar essas transformações do fenômeno das **transições** no campo da saúde pública.

A primeira delas é a **transição demográfica**. Nossa população ainda é predominantemente composta por uma população jovem, mas, com velocidade crescente, estamos passando por um contínuo e sustentado processo de envelhecimento: a taxa de fecundidade está caindo drasticamente, a expectativa de vida aumentando, a mortalidade infantil diminuindo e a população envelhecendo. Essas mudanças provocarão um profundo impacto sobre o nosso sistema de saúde. Pelo fato de este estar organizado sobre uma estrutura de atendimento de urgência, emergência, pronto-socorro, ele não está preparado para atender à prevalência de doenças crônicas, de pacientes portadores de múltiplas patologias, com síndrome metabólica, de idosos que necessitam de cuidados diferenciados, não necessariamente de cuidados médicos, mas de apoiadores, acompanhantes, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e outros profissionais.

A segunda transição, e que também está acoplada à questão demográfica, é a mudança do **padrão epidemiológico**. Estamos acompanhando as mudanças na carga de doenças e no perfil de mortalidade e de morbidade com o avanço das doenças crônicas. Nosso país tem um agravante, porque, além da crescente prevalência das chamadas doenças da modernidade, ainda há uma carga importante das doenças infectocontagiosas, o que caracteriza dupla carga de doença. Outro fator que agrava, e muito, essa situação é a questão da violência urbana, com os homicídios, os casos de agressão interpessoal, os altos índices de acidentes de trânsito e de trabalho, tornando ainda mais complexo esse perfil epidemiológico, que na realidade caracterizaria uma tríplice carga de doença em nosso país. Só em acidentes de trânsito são cerca de 50 mil óbitos e 300 mil pessoas a cada ano que necessitam de cuidados de reabilitação, dos quais muitos apresentarão sequelas permanentes. Estudo recente do Ipea mostrou que mais de 50 mil mulheres foram mortas por violência de gênero no Brasil, entre 2001 e 2011. Outro dado extremamente preocupante vem do número e da tipificação dos homicídios no país, segundo a cor da pele das vítimas. Segundo Waiselfisz (2012):

Entre 2002 e 2010, segundo os registros do Sistema de Informações de Mortalidade, morreram assassinados no país 272.422 cidadãos negros, com uma média de 30.269 assassinatos ao ano. Só em 2010 foram 34.983. Esses números já deveriam ser altamente preocupantes para um país que aparenta não ter enfrentamentos étnicos, religiosos, de fronteiras, raciais ou políticos: representa um volume de mortes violentas bem superior à de muitas regiões do mundo que atravessaram conflitos armados internos ou externos. Inquieta mais ainda a tendência crescente dessa mortalidade seletiva. E segundo os dados disponíveis, isso acontece paralelamente a fortes quedas nos assassinatos de brancos. Dessa forma, se os índices de homicídio do país nesse período estagnaram ou mudaram pouco, foi devido a essa associação inaceitável e crescente entre homicídios e cor da pele das vítimas (p. 38).

Esses dados fazem-nos refletir sobre a insuficiência dos diagnósticos sobre as causas que levam a este quadro de extrema violência na sociedade brasileira, assim como da fragilidade das políticas até aqui propostas para enfrentar essa situação.

Outro aspecto de suma importância vem de estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) que revelam que, no futuro próximo, uma das mais importantes causas de morbidade estará relacionada às demências senis, às doenças neuropsíquicas, às depressões e aos transtornos bipolares. Trata-se de um desafio para todos os sistemas de saúde do mundo a busca de ofertas adequadas a tais necessidades de atenção. No Brasil, não é diferente: não há estrutura adequada para prestar a assistência necessária nessas áreas, seja por conta da multiprofissionalidade exigida dentro do campo da saúde, com destaque para clínicos da família, geriatras, psiquiatras e psicólogos, ou dispositivos de garantias de direitos mais amplos, incluindo também outros profissionais, de outras áreas correlacionadas. Ainda assim, estamos voltados ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação. E, apesar de o Brasil ter feito uma reforma psiquiátrica muito importante, ainda não há mudança de mentalidade em nossa sociedade que inclua desde logo essas pessoas em sofrimento em uma estrutura de atenção adequada, que possa dar conta dessa realidade, sem pensar em abrigos ou hospitais, mas em trabalhos de fortalecimento dos laços familiares e sociais extra-hospitalares, até mesmo domiciliar. Os serviços de atenção psicossocial ainda são insuficientes. Fizemos um bom trabalho de desospitalização e de desinstitucionalização, mas não chegamos a investir em prevenção. Temos de preparar nossos sistemas de saúde para essa nova realidade, com políticas públicas voltadas para a produção de saúde, até mesmo aquelas que focam o desenvolvimento pleno nos primeiros anos de vida, a primeira infância.

A terceira transição é a relativa ao **padrão alimentar**. No Brasil, atualmente, a rigor, não se pode mais falar em fome ou em desnutrição, mas não há como não perceber o crescimento dos casos de obesidade infantojuvenil, um problema grave de saúde. Mudanças no padrão alimentar, decorrentes de modificações profundas na industrialização de alimentos com produtos prontos para consumo ou semiprontos, levaram a uma ruptura no papel tradicional de quem prepara o alimento, fazendo que as pessoas se alimentem fora de casa, consumam mais alimentos industrializados com alto teor de

sódio, açúcar e gorduras. Este é um novo campo da regulação em saúde e que também inclui as publicidades de alimentos, refrigerantes, fast food etc. Dados recentes do Ministério da Saúde do Brasil (VIGITEL, 2011) revelam que mais da metade da população do país já pode ser considerada acima do peso, e que 16% dela são de obesos. As projeções de uma epidemia de diabetes tipo 2 e de hipertensão arterial entre os brasileiros são dramáticas para a próxima década. Políticas públicas voltadas para essa dimensão são mais que importantes. Torna-se fundamental a participação empenhada da sociedade civil, mais ou menos organizada, para esforço conjunto ao Estado, na proposição, na implantação e na regulamentação dessas iniciativas.

Outra dimensão que precisa ser considerada corresponde a uma quarta transição, é a **tecnológica**. A incorporação tecnológica na medicina do futuro: biodrogas, robótica, nanodispositivos, vacinas terapêuticas, tratamentos mais individualizados. A genômica médica aponta para uma medicina do futuro que será preditiva, personalizada, preventiva. Recentemente, células de pele adultas foram reprogramadas em células-tronco de pluripotência induzida. Porém, tudo isso são ainda possibilidades para o futuro, uma vez que a realidade é bem distinta e hoje já temos um mundo dividido em castas de cidadãos que acessam ou não as modernas tecnologias. E isto se repete dentro de cada um dos países. A indústria farmacêutica, por exemplo, vive um dilema entre a necessidade de lançar novos produtos e as perspectivas reais do descobrimento de novas moléculas. As poucas novidades protegidas por patentes lançadas no mercado alcançam um custo insuportável para os sistemas de saúde em todo o mundo, provocando grande impacto financeiro que ameaça a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

A quinta importante transição que está sendo vivenciada pelos sistemas de saúde dos países da América do Sul é a **organizacional**: não se trata apenas, agora, de administrar unidades de saúde, policlínicas ou hospitais, mas de organizar redes, instituições, de maneira integrada e articulada. Entretanto, essa formação em redes demanda não apenas saberes dos campos de planejamento, gestão, informação, mas também de tecnologias relacionais sofisticadas com metodologias definidas. Isso porque as redes são constituídas por pessoas que estabelecem vínculos entre si, gerando encontros de enorme valor, pois por eles transitam seus afetos e as oportunidades de expressão de confiabilidade para o cuidado. E, também, por espaços vazados, que permitem a movimentação dos fluxos deste processo, que acaba inovando ao estruturar – sempre provisoriamente – um “complexo relacional da saúde” (PENELLO, 2007). Em sua dissertação de mestrado, a autora utiliza esse termo ao discutir no âmbito da atenção e da gestão humanizada em câncer a importância da consideração deste complexo relacional, como um movimento capaz de instituir mudanças produtoras de saúde, entre tantos atores do campo, incluindo o usuário e sua família, diante do complexo industrial no qual se desenvolvem as tecnologias duras, como equipamentos e medicamentos, também fundamentais ao cuidado nessa área. Estão presentes neste espaço de intervenção a corresponsabilização, a gestão participativa e a clínica ampliada.

E a questão da gestão do conhecimento, de colocá-lo à disposição dos profissionais de saúde, das organizações, é um aspecto fundamental. Ao olhar para o futuro, a questão da inovação tem de estar no centro das nossas preocupações. Sistemas de saúde com maior capacidade de inovar produzirão melhores resultados. Atualmente, os sistemas de saúde podem ser considerados antiquados para dar conta dessa nova complexidade, do conjunto de fenômenos expressos pelas transições, das novas formas de viver dessa nova sociedade, da nova família.

Para inovar, precisamos também repensar, revitalizar a nossa democracia. É preciso, por exemplo, estarmos conectados ao que vem acontecendo em nossas cidades desde o último mês de junho. Temos de aprofundar a democracia, qualificá-la, para, assim, poder renovar também nossos sistemas de atenção à saúde.

Quais seriam as categorias centrais para essa capacidade de inovação dos sistemas de saúde? Se entendermos que as organizações, as instituições são produto do trabalho humano, temos de pensar imediatamente nos profissionais de saúde. A maior capacidade de inovar tem relação direta com a capacidade dos profissionais de saúde em traduzir as necessidades da população e colocá-la no aperfeiçoamento das instituições. Contudo, essa possibilidade está diretamente relacionada à qualidade da formação desses profissionais de saúde e ao seu processo de trabalho. Instituição, sem ser sinônimo de estabelecimento, é aquilo que se institui como resultado de um movimento de mudança necessária ao dia a dia das boas práticas. E isso só ocorre em ambiente facilitador ao livre pensar com chances de criação, compartilhamentos e coengendramento desse coletivo profissional imbuído dos aspectos ético-políticos do desafio do melhor cuidado. Ora, em um sistema de saúde em que os médicos estão sendo ensinados a olhar mais para máquinas que para os doentes; em que esses profissionais estão se esquecendo de tocar fisicamente e afetivamente no paciente; em que o médico reduz o tempo de escuta ao mínimo necessário, impedindo-se a atuação terapêutica da primeira “droga” que se ministra a todo o paciente: o próprio terapeuta, conforme nos ensinou Michael Balint. Alguma coisa não vai bem.

Lembremos que a medicina não é apenas baseada em evidências, mas também em narrativas! E nessas condições, a capacidade dos jovens médicos e demais profissionais de inovar, de construir uma visão crítica do sistema de saúde, perde qualidade e se empobrece. Sistemas com maior capacidade de inovação serão aqueles, portanto, que construam novas possibilidades para o ensino e novos arranjos e modelos de gestão e atenção que ampliem a comunicação e a interação produtiva entre os profissionais da saúde e que abriguem formas de democracia direta e de participação da população na formulação de políticas, no controle e na fiscalização da qualidade dos serviços prestados. Ou seja, a democratização e a participação da sociedade em espaços institucionais no sistema de saúde são indispensáveis para torná-lo vivo, humanizado. Soa, portanto, indispensável reavaliar os caminhos do controle social nestes 25 anos. O modelo atual das Conferências de Saúde e a maneira como os Conselhos de Saúde funcionam indicam a necessidade de ajustes e correções.

Vale a pena frisar que quando se institucionaliza a participação social, como ocorreu com os Conselhos de Saúde (CNS), no Brasil, perde-se um pouco a capacidade de crítica, de inovação e da ousadia dos movimentos instituintes às necessárias mudanças. E isto é quase inevitável: penetra-se no aparato do Estado, perde-se autonomia para o instituído engessado. Temos de repensar os grandes espaços democráticos para a revitalização dos sistemas de saúde.

Os sistemas de saúde terão maior capacidade de se inovar também quanto mais se afastarem da doença e se aproximarem da saúde; quanto mais dialogarem com outras ciências, outros saberes e outras políticas. A intersectorialidade e a transversalidade são categorias essenciais para pensarmos a saúde em uma perspectiva ampliada e integradora. Como pensar saúde hoje sem pensar em educação, no desenvolvimento científico e tecnológico e sem pensar nas outras políticas sociais e econômicas e que afetam direta e indiretamente a saúde? Quanto mais ministérios, secretarias, áreas técnicas que cuidam da saúde estiverem abertos a esse diálogo com outras áreas, outras dimensões, maior será a capacidade de inovação. Temos de avançar e pensar a estratégia do PSF como porta de entrada única e universal, centrada na valorização radical da clínica, da promoção e da intersectorialidade. Aqui, cuidado e vínculo são categorias centrais.

O termo “cuidado” foi apropriado pelo senso comum e, mais propriamente, pela área de saúde como sinônimo de assistência, referindo-se a algo restrito a procedimentos técnicos, diretamente voltados à ação do profissional com seu paciente, ou trazendo a ideia de certo protocolo de procedimentos interligados e articulados, com o nome de linha de cuidado, que muito facilita também o trabalho de gestão daquela doença ou agravo. Em verdade, quando nos referimos a cuidado como inerente à vida, trata-se de uma mudança de mentalidade e de uma compreensão que indica um modo específico de viver em coletividade.

Aqui, o cuidado é entendido desde sua dimensão ontológica como “cuidado essencial” até seu sentido mais comum como atitude, ato de cuidar. Cuidado e sustentabilidade das relações intrínsecas à vida em sociedade despontam como uma temática que nos relembra o fato de que nós, humanos, vivemos em cuidado. Sendo cuidados e cuidando. Inclusive do próprio planeta. Portanto, tecer um “ambiente facilitador à vida” centrado no referencial de “cuidado essencial” como o orientador prévio de toda a ação pública ou privada deve ser o grande eixo em torno do qual circulam as diversas iniciativas em prol da sustentabilidade das nossas existências.

A sustentabilidade do cuidado inclui o cuidado com o cuidador: mudanças profundas estão sendo exigidas na organização do trabalho médico e demais profissões da saúde – um novo processo de trabalho que valorize os vínculos entre estes e deles com a pessoa que é cuidada com o uso intensivo das grupalidades: uma articulação cuidadosa entre profissionais e gestores (equipe), usuários e seus familiares, para desenho de um programa terapêutico singular.

Na questão relativa aos modelos organizacionais, está na ordem do dia o debate sobre a necessidade de novo arranjo jurídico-institucional para a gestão pública. O que defendo é a criação de nova

abordagem para a gestão em instituições públicas com base na profissionalização, na eficiência, em carreiras estruturadas com metas a cumprir e indicadores de desempenho, e por meio da contratação de funcionários pela CLT. Isso nada tem de privatização. E não exime os profissionais e os gestores da corresponsabilização pelo caminho desenhado e pelos resultados obtidos. Porém, como esta proposta não prosperou, estamos assistindo a uma proliferação desordenada de modelos de terceirização e contratação de entidades privadas no campo da oferta de serviços públicos, que cria sérios problemas de planejamento, coordenação e controle das atividades realizadas por tais entidades em todo o país. Ou seja, hoje vivemos uma polarização dessa questão: de um lado os que defendem a gestão pública dentro do atual arcabouço jurídico-institucional, de outro os que defendem uma flexibilização radical, com a ampliação da participação do terceiro setor ou de empresas na gestão de serviços e programas públicos. Creio que as duas posições embutem riscos consideráveis. A primeira pela ausência de uma visão moderna de gestão e a segunda pelos riscos de falta de controle, quebra do processo de construção da cultura institucional (tendo em vista que os gestores do serviço público passam a responder ao controlador da empresa gestora), entre outros aspectos.

Recentemente, em artigo publicado no Globo, o professor Gastão Wagner de Sousa Campos nos traz para reflexão uma nova possibilidade de governança setorial: a proposta de transformar o SUS em uma autarquia pública com os três entes federativos, tendo como base em sua organização as 420 regiões de saúde em que o país se divide (CAMPOS, 2013). Certamente, uma consideração a ser levada a diferentes fóruns, para discussão e aprofundamento de possíveis novos caminhos a construir.

A sexta transição pode ser relacionada **ao desenvolvimento científico-tecnológico, à inovação e à dimensão econômica**. No Brasil, construímos ao longo dos últimos anos algo novo no modo de pensar as relações entre saúde e desenvolvimento. Precisamos entender que a saúde traz em si uma dualidade distinta de outras políticas públicas: ao mesmo tempo ela é política fundamental para a melhoria das condições de vida, mas é também um importante componente da dimensão econômica, redundando em geração de empregos, inovação e desenvolvimento para o país.

A saúde possui, assim, duas dimensões que se associadas projetam novas oportunidades para o desenvolvimento. É parte da política social e do sistema de proteção social e fonte de geração de riquezas. O direito à saúde, portanto, deve articular-se com um conjunto altamente dinâmico de atividades econômicas que podem se relacionar virtuosamente em um padrão de desenvolvimento que busque o crescimento econômico e a igualdade como objetivos complementares.

Nessa perspectiva, o entendimento das ações voltadas para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde como um ônus ou um fardo que apenas onera o orçamento público mostra-se equivocado. É necessário pensar a saúde como parte constitutiva da estratégia de desenvolvimento e como uma frente de expansão para um novo padrão de comprometimento com o bem-estar social e a sustentabilidade. A saúde contribui tanto para os direitos de cidadania quanto para a geração de

investimentos, inovação, renda, emprego e receitas para o Estado. Em termos econômicos, a cadeia produtiva da saúde, englobando as atividades industriais e os serviços, chega a representar mais de 9% do PIB, constituindo-se em fonte importante de receitas tributárias. Emprega diretamente, com trabalhos qualificados formais, cerca de 10% dos postos de trabalho e é a área em que os investimentos públicos com pesquisa e desenvolvimento são os mais expressivos. Em termos de empregos diretos e indiretos, em toda a cadeia produtiva, o conjunto dessas atividades representa cerca de 10 milhões de trabalhadores inseridos, predominantemente, em atividades intensivas em conhecimento, conforme estimativas do IBGE.

O grande desafio é se teremos uma política estruturada para pensar esse Complexo Econômico-Industrial da Saúde ou não. Se vamos ficar apenas à mercê dos interesses das grandes corporações ou se vamos construir uma política proativa para colocar essa dinâmica industrial a serviço do desenvolvimento e da saúde pública. Temos de construir uma visão estratégica sobre o Complexo Industrial: discutir, dentro dele, como ter acesso às novas tecnologias e ao conhecimento. As novas tecnologias adequadas, custo-efetivas, que impactem diretamente nossos problemas de saúde. Reiterando: pensar o Complexo Produtivo na dimensão da inovação, da pesquisa e do desenvolvimento.

No último ano, a balança comercial setorial – diferença entre tudo o que o Brasil importou e exportou em todas as indústrias da saúde – foi negativa em US\$ 10 bilhões. Se a dimensão econômica é grave, ela expressa algo ainda mais grave: o déficit de conhecimento, a falta de capacidade em desenvolver, internamente, tecnologia para enfrentar nossos problemas de saúde. Por isso, é preciso desenvolver políticas: industrial, de ciência e tecnologia e de saúde pensadas de maneira integral, para trazerem investimentos e para desenvolverem as tecnologias de que precisamos, definidas por meio de protocolos pensados a partir das nossas realidades, nossas populações, nossos pacientes reais.

Na dimensão econômica, temos a questão do financiamento setorial. Existe neste momento um movimento político pela definição de participação da União no financiamento setorial em 10% das receitas brutas, mas sem nenhuma perspectiva real de aprovação pelo Congresso Nacional. Penso que toda proposta de ampliação do gasto público deve ser acompanhada de clara definição do destino desses novos recursos como, por exemplo, investir fortemente na estruturação de redes regionais integradas de alta resolutividade tendo o PSF como eixo estruturante.

Um dos aspectos centrais no campo do financiamento vem a ser a dos gastos tributários – todos os sistemas tributários, incluindo as políticas de desonerações, p. ex.: isenções, créditos, reduções de base de cálculo, reduções de alíquota e outras. Parte dessas desonerações são ações governamentais. Então, para atrair a instalação de empresas em determinada região, ou uma redução de alíquota para determinado produto, lança-se mão dessa estratégia. É esse conjunto de medidas que se denomina Gasto Tributário.

Estima-se que, em 2011, essa participação tenha atingido cerca de 4% do PIB e mais de 17% da arrecadação federal, perto de R\$ 170 bilhões. Na saúde, o gasto indireto representou cerca de

16 bilhões de reais, em torno de 21% do total gasto pelo governo no financiamento federal do setor, sendo metade desse valor a renúncia advinda do imposto de renda de pessoa física com despesas médico-hospitalares (OCKE-REIS, 2013). Este é um aspecto importante que precisa ser discutido com mais seriedade, até mesmo com a apresentação de propostas que revejam critérios e direcionalidade dos gastos tributários na saúde.

De fato, a questão do financiamento não se limita a aspectos orçamentários, mas sim ao abandono do conceito de seguridade social e de seu planejamento e financiamento conjuntos e articulados. A solução em definitivo para esta questão passa pela reforma fiscal e tributária, enfim, por uma revisão profunda do perfil dos gastos do estado brasileiro.

A outra transição que estamos vivenciando é a **cultural**. Extremamente complexa e paradoxal, esta se desdobra em múltiplos aspectos. Alguns produzem bons efeitos, quando constatamos, por exemplo, a grande disseminação de informações em saúde, por meio dos meios de comunicação de massa que, em princípio, ampliam o nível de informação das pessoas sobre medidas de promoção e prevenção. Contudo, simultaneamente, essa ampliação do acesso a informações sobre saúde traz aspectos preocupantes porque muitos desses espaços midiáticos, na realidade, expressam interesses e estratégias econômicas de segmentos do complexo médico-industrial, da indústria de alimentos, cosméticos, bebidas, planos e seguros de saúde, caracterizando um processo de disseminação destes mesmos interesses que desfavorecem a construção da consciência em saúde da nossa população.

Portanto, a interrogar, como se constroem os padrões individuais e coletivos a partir dos quais se estabelecem visões sobre a saúde, o sistema de saúde e a função do Estado e do mercado em seu provimento? O que compõe estruturalmente a consciência dos atores políticos sobre saúde, seus determinantes e a melhor forma de prover e garantir saúde? Aqui, nos enfrentamos com três categorias distintas: o direito à saúde, as necessidades em saúde e a criação, a partir de distintas estratégias mercadológicas da indústria, do “desejo” em saúde.

Karl Marx já nos dizia que “a produção não produz somente um objeto para o sujeito, mas igualmente um sujeito para o objeto”, ou seja, promover esforços para criar nos indivíduos, como necessidades próprias, internalizadas, as necessidades da produção. Assim se constroem os padrões de consumo, a automedicação, a medicalização.

E por que então o SUS não é objeto de desejo para os brasileiros que ascendem socialmente? Para a classe média? Por que se disseminou a visão de que o sistema público é um sistema pobre, cheio de problemas, mal administrado, que desperdiça seus recursos? Há múltiplas explicações possíveis, mas uma das explicações plausíveis é que talvez a sociedade brasileira ainda não esteja preparada para desejar o SUS! Uma sociedade escravocrata até há pouco tempo, profundamente desigual, resistiria a tal projeto igualitário, democrático e universal?

A construção de contrapolíticas voltadas para a estruturação de uma consciência crítica e emancipadora em saúde necessita de estratégias voltadas para o campo da informação e da comu-

nicação em saúde. Temos de saber usar a Informação e a Comunicação para a construção de uma consciência crítica e política dos nossos cidadãos; e não ficarmos apenas à mercê do que interesses econômicos, corporações, setores industriais colocam na mídia. Educação, sensibilização e informação adequada para a construção de uma nova consciência política: esta não é uma questão apenas para os especialistas e, sim, para toda a sociedade.

Sem dúvida este é um dos principais desafios para a consolidação dos sistemas de saúde de caráter universal: **o processo por meio do qual se dá a construção da consciência política na saúde.** Trata-se de um processo político de **construção e manutenção de hegemonia.** Como se constrói na sociedade uma consciência política do valor da saúde como um direito e não como algo que se compra ou que se tem acesso por classe social ou padrão econômico? No Brasil dos anos 1970, durante a ditadura militar, na luta política a que denominamos Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o setor saúde conseguiu colocar na Constituição praticamente toda a agenda reformista. Hoje, estamos em pleno processo de luta político-ideológica para defender a manutenção desse projeto, porque há setores na sociedade que apresentam uma visão da saúde muito próxima do padrão americano, de mercado, totalmente distante do que acreditamos que deva ser a saúde contemplada no sistema universal brasileiro. Um bom exemplo são os 30 milhões de brasileiros que migraram, recentemente, das classes D e E para a classe C, por conta dos programas bem-sucedidos de transferência de renda dos últimos anos e que está sendo formada, por meio de múltiplas e massivas dimensões midiáticas, com a visão de que a saúde privada é de melhor qualidade e que possuir um plano de saúde faz parte de um processo de ascensão social. Isto fragiliza a política pública da saúde como um direito. Reverter essa visão é o nosso maior desafio. E é o que nos ensina Berlinguer:

(...) as forças sindicais e políticas organizam, orientam e representam as grandes massas populares, desenvolvendo por isso um papel relevante não só nas instituições, mas também na formação cultural dos cidadãos; exercem um peso que pode ser maior ou menor, dependendo da orientação e dos instrumentos na formação da consciência sanitária. Se assim não fosse, se não existisse ou pesasse negativamente esta intervenção da democracia organizada, a educação sanitária ficaria uma obra fragmentada – sem dúvida corajosa –, mas dispersa, fruto de educadores isolados. Tornar-se-ia uma espécie de guerrilha, provavelmente destinada ao fracasso, contra a tradicional deseducação e, ainda mais, contra a maciça pressão mais ou menos oculta de grandes meios deseducativos... [refere-se às estratégias comerciais das indústrias da saúde]. A educação sanitária, ao contrário, pode ser ação de massa, na qual os especialistas podem desenvolver uma função relevante se ligada não só às exigências, mas também às expectativas de formação de “base” de uma consciência sanitária, isto é, aos movimentos organizados dos trabalhadores e dos cidadãos (BERLINGUER, 1978, p. 5).

É preciso ampliar para o conjunto da sociedade a visão dos sanitaristas, considerando que seus mais caros valores ainda são majoritariamente compartilhados apenas entre pares. E enfrentar o debate político sobre as visões heterogêneas que se escondem atrás do slogan: “todos nós apoiamos o SUS”.

O que fazer, nessa perspectiva, para ampliar o grau de consciência política da nação sobre a importância para as futuras gerações de fortalecimento do SUS? Como atender às expectativas e aos desejos que surgem desse complexo processo de mobilidade social? São desafios que estamos desde já convocados a enfrentar.

E é aqui, neste campo de interface de complexas relações e determinações, pouco estudado e compreendido, que se plasma um dos principais obstáculos à concretização do SUS: o espaço político-ideológico no qual se constroem as percepções e os saberes que dão direcionalidade e concretude às opções dos políticos e dirigentes e que expressam uma visão hegemônica do espaço da saúde na vida nacional e das melhores opções para a organização das políticas públicas no setor.

Conclusão

Existem hoje, grosso modo, duas racionalidades em confronto:

- A da Reforma Sanitária Brasileira que defende o SUS universal, integral, equânime, financiado com recursos públicos para todos. Neste projeto, temos dois pontos principais, nos quais visões conflitantes ainda estão em busca de clarificação e maior grau de consenso: a questão do modelo de gestão para unidades e redes públicas e o papel do setor privado.
- O fortalecimento progressivo do setor privado de planos e seguros sustentado em parte nos gastos tributários e no discurso da inexistência da capacidade do Estado em financiar o SUS universal e integral. Nesta visão, o destino do SUS seria funcionar para atender às famílias que por algum motivo não tenham acesso a algum tipo de atenção privada.

QUAL DESTES PROJETOS PREVALECERÁ?

O discurso que prevalece na grande mídia, entre políticos e gestores, é de que o SUS é uma excelente proposta. Na prática, veem-na como política pública universal desde que a elite da nação não seja obrigada a utilizá-lo.

Existe, por exemplo, uma visão difusa predominantemente instalada na burocracia dos órgãos de Fazenda e Planejamento de que a saúde já retém boa parte do orçamento fiscal, sendo, apesar disso, ineficiente e pouco moderna na gestão – o que afastaria propostas de colocar mais recursos financeiros nesse sistema pelo risco do impacto potencial e diluição nas questões estruturais.

Lembremos que nesses órgãos repousa o poder de definir orçamento, fluxo financeiro, autorização para concurso público, negociação de tabelas e vencimentos.

A visão sobre o SUS também não é homogênea no interior do governo. O fato de os principais governantes, legisladores e juizes do país não usarem o SUS para suas demandas cotidianas e terem

seus tratamentos subsidiados pelos contribuintes cria uma situação no mínimo curiosa. É preciso aqui uma mudança radical cuja essência deve contemplar:

- O SUS **não** pode ser um sistema para atender aos pobres. Um sistema concebido para atender apenas aos pobres acaba se transformando em um sistema frágil.

- O SUS é componente fundamental do processo civilizador, que nos conduz ao desenvolvimento em seu sentido mais pleno.

- O SUS é componente central para a consolidação da democracia no país.

- O SUS deve ser olhado como fator importante para o desenvolvimento da ciência, da inovação e de uma base produtiva nacional voltada para atender aos principais problemas de saúde do país.

A luta pelo SUS, portanto, transcende a questão setorial e abarca uma dimensão estrutural do tipo de sociedade que queremos construir. Para que o SUS possa se colocar como a principal opção para o conjunto da sociedade dentro da nova dinâmica política e social experimentada hoje em nosso país, ele tem de ser percebido como uma conquista da sociedade. Contudo, essa visão é muito heterogênea e muitos setores da sociedade não veem o SUS dessa forma nem se reconhecem no SUS. Percebem o SUS como algo que o governo provê, que é do governo, que é para os mais pobres e que é precário. Então, voltam-se para a conquista de um acesso diferenciado, buscam no mercado o que já é conquista dos ricos, da classe média, dos funcionários públicos, dos governantes.

Na verdade, a criação do SUS introduziu um potente vetor pró-sistema público e universal, mas que se mostrou **insuficiente** para se contrapor à dinâmica capitalista setorial. Nessa visão, o SUS limitou a velocidade com que o setor privado se estruturou com algumas conquistas importantes como o Programa Nacional de Imunização (PNI), a redução da Mortalidade Infantil, o Programa Saúde da Família, a política de transplantes, os genéricos etc.

Para pensarmos a reforma da reforma, será necessário olhar o sistema de saúde como um todo, não apenas o SUS, mas também suas interfaces e a interdependência com o subsetor de planos e seguros. Não será possível desconsiderar nessa equação essa complexa estrutura que hoje já cobre mais de 30% da população.

Então, para onde vai o SUS? Com certeza, não irá caminhar guiado apenas pela racionalidade dos sanitaristas e dos gestores ou pela militância institucionalizada; talvez por um novo modelo que atenda às expectativas de acesso, qualidade, conforto e esperança dos brasileiros. Para o SUS se recolocar como real opção para o conjunto da sociedade, será necessária uma profunda conversão ao paradigma do cuidado, buscando a sustentabilidade **política, econômica, organizacional, tecnológica, clínica, cultural e do trabalho humanizado em saúde.**

Bibliografia Consultada¹

BALLINT, M. **O médico, seu paciente e sua doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão Participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (org.). **Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis: a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos saudáveis à construção de uma Política de Atenção Integral à Saúde da Criança**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013.

TEMPORÃO, J. G.; PENELLO, L. M. Determinação social da saúde e ambiente emocional facilitador: conceitos e proposição estratégica para uma política pública voltada para a primeira infância. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p. 187-200, abr./jun. 2010.

_____. Sistemas Universales de Salud em el Mundo em Transformación. In: GIOVANELLA, L. et al.(org.). **Sistemas de Salud em Suramérica: desafios para la universalidade, la integralidade y la equidade**. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno em Salud, 2012.

Referências Bibliografias¹

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1978.

CAMPOS, G. W. S. Faltam 55 bilhões por ano na saúde. **O Globo**, 27/9/2013.

ELIAS, N. Sugestões para uma teoria de processos civilizadores. In: **O Processo Civilizador**. V. 2 – Formação do Estado e Civilização. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993, p. 263-274.

OCKE-REIS, C. O. **Mensuração dos gastos tributários: o caso dos planos de saúde – 2003-2011**. Brasília: Ipea, 2013. (Nota Técnica n. 5 – DIEST, 28/5/2013).

PENELLO, L. M. **Inovação tecnológica e humanização no processo de produção de saúde: um diálogo possível e necessário**. Estudo realizado no Hospital do Câncer II/Inca/MS, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

TEMPORÃO, J. G. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Conass Debate – Saúde: para onde vai a nova classe média**, Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013.

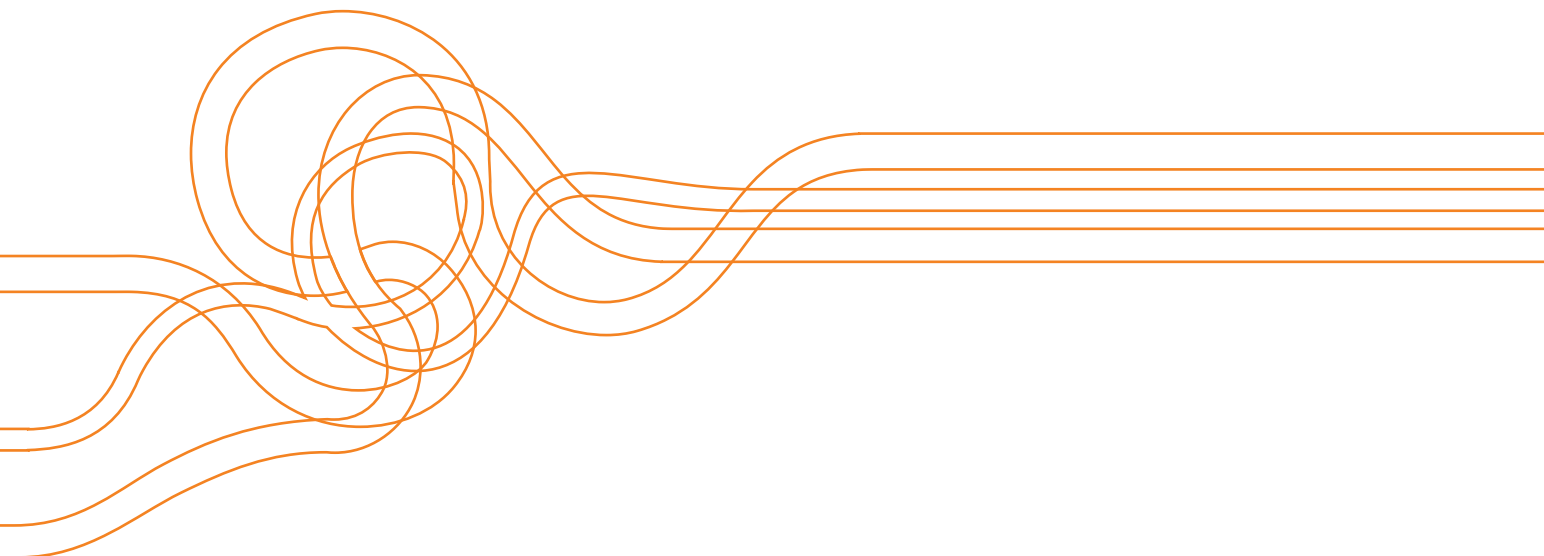
WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012: a cor dos homicídios no Brasil**. Rio de Janeiro: Cebe-la, FLACSO; Brasília: Seppir/PR, 2012.

1 FORMATAÇÃO ABNT, ADOTADA PELO AUTOR.

2

ANTÔNIO JORGE KROPF

PARA ONDE VAI O SISTEMA SUPLEMENTAR?



Antes de iniciar qualquer debate sobre sistemas de saúde no Brasil, é crucial entender os diferentes modelos que existem, como eles funcionam (ou deveriam funcionar) e qual é exatamente a configuração que está estabelecida em nosso país.

Desde os primórdios da nossa Constituição, a ideia em torno da organização de um Sistema de Saúde para o Brasil sempre caminhou amparada em um conceito mais amplo, no qual a universalidade e a integralidade primam como lógica, a despeito do que é adotado por outros países. Em outras palavras, no Brasil, sempre se perseguiu o ideal de permitir o acesso a tudo para todos.

Voltemos a 1988. A Constituição Federal instituiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, junto com ele, surgem conceitos até hoje utilizados.

Com o advento do SUS, toda a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita. A célebre afirmação “a saúde é direito de todos e dever do Estado” até hoje inspira entusiastas e soa como utópica aos mais descrentes (ou realistas).

Entretanto, se por um lado o Estado possui o dever de garantir a saúde da população, o que faz por meio do Sistema Único de Saúde, a Constituição Federal permite a participação complementar da iniciativa privada e confere a esse setor a liberdade de desenvolver ações e serviços privados de saúde.

Ao mesmo tempo, ao revisitarmos a Constituição, notamos que o direito à saúde qualifica-se como fundamental, sendo indissociável do direito à vida. Consequentemente, em quaisquer discussões jurídicas que envolvam contratos e a garantia do indivíduo em ter acesso à saúde, tal argumento prevalece na quase totalidade dos casos.

Analisando sob um ponto de vista mais abrangente, a iniciativa privada poderia se inserir neste cenário de duas formas: como Sistema Complementar ou Suplementar.

Como Sistema Complementar, o Estado utiliza-se da iniciativa privada para completar a sua atuação em benefício da saúde da população, por meio de convênios e contratos. Como o próprio nome diz, trata-se de um Sistema acessório ao principal, oferecendo uma assistência que não é contemplada pelo epicentro.

Temos ainda o conceito de Sistema Suplementar, no qual estão inseridas as operadoras e seguradoras de saúde. Este, em tese, não deveria ser tido como núcleo e nem orbitaria como um complemento do Sistema de Saúde. Na verdade, trabalharia de forma independente do principal, proporcionando uma assistência diferenciada para quem desejasse e tivesse condições de pagar por ela.

Todavia, mesmo com essas definições bem nítidas, o que vemos hoje no Brasil são sistemas Duplicados. Ou seja, sistemas oferecendo (ou com a obrigação de oferecer) a mesma cobertura e o mesmo complexo médico-industrial. O público e o privado propõem-se a fazer as mesmas coisas. E o grande paradoxo é que quem paga pelo privado não pode deixar de pagar o público. Além disso, o público também não recebe pelos serviços que presta ao privado. As consequências dessa duplicação de papéis acabam sobrecarregando e prejudicando toda a cadeia de saúde, impedindo que cada uma faça a sua parte de forma eficiente e adequada.

A compreensão da importância de cada um desses diferentes sistemas e uma ampla discussão para delimitar os territórios com bom senso e realismo seriam um primeiro passo absolutamente indispensável para a evolução da saúde no Brasil.

O que todos os sistemas de saúde têm em comum?

Embora diferentes em sua essência e aplicação, todos os sistemas de saúde enfrentam desafios comuns que vão interferir cada vez mais na eficiência dessa engrenagem.

Isso é resultado de um conjunto de fatores que se sobrepõem, como o envelhecimento da população, novas tecnologias com custo elevado e a falta de recursos, esta oriunda do desperdício e da crise no financiamento.

No Brasil, o financiamento público é aquém do necessário e incompatível com a proposta de um sistema universal. Ao compararmos com outros países, especialmente nações desenvolvidas,

notamos que o Brasil é um dos países que menos investem em saúde no mundo. Estatísticas nacionais demonstram ainda que mais da metade do investimento em saúde vem do setor privado.

Além disso, o investimento feito de forma errada, sem planejamento e objetivos adequados, e o desperdício são fantasmas que assombram tanto o sistema público quanto o privado. E constituem um ponto crítico a ser combatido mesmo em países abastados, como os EUA. A verdade é que se gasta cada vez mais e gasta-se mal. O mais grave é que essa história vem gerando sempre o pior dos desfechos: nenhum impacto significativo na melhora da saúde da população.

As inovações tecnológicas em saúde não caminham no sentido de quebrar esse ciclo, uma vez que não primam pela economia e pela racionalização de recursos. Ao contrário, as indústrias farmacêutica, de equipamentos hospitalares, de diagnóstico e de terapia movimentam quantias impressionantes e geram lucros considerados por muitos como exorbitantes.

Também se inserem nesse contexto outros personagens, cada qual com interesses próprios bem distintos: pacientes, profissionais de saúde, hospitais e conglomerados hospitalares, empregadores, corretores, seguradoras, operadoras de saúde, escritórios de advocacia e políticos. Modelos de remuneração ultrapassados e o repasse inadequado dos recursos geram um círculo vicioso. A guerra de interesses em detrimento da construção de um sistema viável para todos talvez tenha alcançado nos dias atuais o seu ponto mais crítico, com impasses e conflitos diários. E ninguém quer levantar a bandeira branca.

A hospitalização enraizou-se na cultura médica e no imaginário coletivo: ter acesso à saúde de qualidade é ter acesso a hospitais de ponta, leitos de alta complexidade e procedimentos de alta tecnologia. Não importam os custos e os potenciais malefícios de exames desnecessários.

Nesse contexto, a assistência focada em atenção primária e preventiva, com desospitalização, limitação de exames dispensáveis e direcionamento, tornou-se um discurso difícil de ser aceito.

O que não se pode evitar é uma realidade implacável: a saúde tem um custo. E este custo não é baixo. O envelhecimento da população e o surgimento de novas tecnologias são irrefreáveis e causarão impactos gigantescos na estrutura econômica que sustenta o sistema.

E a conclusão é categórica: no longo prazo, o nosso modelo atual de sistema de saúde é INSUSTENTÁVEL.

Saúde Suplementar – temos de contextualizar!

Antes de seguirmos e mergulharmos em uma exploração dos caminhos viáveis para solucionar ou minimizar essas questões, é importante contextualizar a Saúde Suplementar neste cenário.

Muito se fala sobre a Saúde Suplementar no Brasil. Entretanto, falar de forma generalizada, sem levar em consideração as diferentes nuances do setor, é uma garantia de conclusões equivocadas.

Ao debater-se o Sistema de Saúde Suplementar, devemos considerar as diferenças regionais tão características de um país vasto em território como o nosso, e, dessa forma, avaliar a abrangência em questão: se engloba o Sul, o Sudeste, o Centro-Oeste, o Norte ou o Nordeste. E, ainda, se estamos falando de uma área metropolitana ou do interior.

Também não podemos ignorar que existem diferenças nos tipos de contratação dos planos de saúde: individuais ou familiares, coletivos empresariais (com menos ou mais que 30 beneficiários) ou ainda coletivos por adesão.

Temos de considerar o tipo de acesso: se o plano é de livre escolha (com reembolso), plano de rede credenciada ou plano de rede própria.

E ainda temos de lembrar que existem várias categorias de empresas oferecendo planos de saúde. Devemos entender se estamos falando de operadoras comerciais, como as medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas. Ou se nosso enfoque está em operadoras não comerciais, de autogestão. Existem ainda as administradoras e as filantropias.

Essas diferenças surgiram por necessidades do próprio mercado consumidor de planos de saúde. Ou seja, necessidades distintas do cliente e das empresas levaram à criação de variadas soluções.

Quem coloca tudo isso no mesmo saco e discorre sobre problemas e soluções vai incorrer em erros tão grandes como os que alguém cometeria, por exemplo, ao analisar a indústria da TV e do cinema como se fossem uma coisa só.

Aprendendo com a história

Para começarmos a entender a complexidade do setor, nada melhor que aprendermos com a história.

A trajetória da medicina de grupo no Brasil começou em 1954, com a Policlínica, a primeira empresa de Medicina de Grupo, criada no ABC para atender ao setor industrial automotivo. Logo, apareceram também a Samcil, Intermédica, Interclínicas e Amico, todas com o predomínio de redes assistenciais próprias ou verticalizadas.

Em 1967, surge a primeira Cooperativa médica, na cidade de Santos.

Na década de 1970, observando um imenso mercado latente, é fundada a Golden Cross, que entra oferecendo a opção de livre escolha para a classe A. A Golden acaba conquistando clientes e prestadores por meio da livre escolha de seu plano internacional. É seguida pelo surgimento da Amil, em 1978, e, na década de 1980, por Bradesco, Sul América e Itaú.

Pouco tempo depois, essas empresas expandem seu mercado ao criarem os modelos de livre escolha dirigida ou de rede credenciada ou referenciada, e estendem seu alcance também para a classe B.

Em 1988, surge o SUS, com a proposta universalista de garantir tudo para todos. Dez anos depois, é aprovada a Lei n. 9.656, criando a Saúde Suplementar. E, em 2000, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a missão de regular esse novo setor em expansão da Saúde Suplementar.

Nos anos seguintes e ainda hoje, o processo de enquadramento legal é complexo e custoso, acarretando grandes mudanças na sustentabilidade das operadoras, tanto para algumas grandes como para quase todas as pequenas.

Dificuldades de gestão, solvência e o próprio rigor regulatório retiraram de cena muitas dessas empresas, levando a uma concentração cada vez mais evidente no setor.

O crescimento da Classe C

Mais recentemente, o *boom* da Classe C vem movimentando o setor. O plano de saúde já se tornou o maior desejo dessa classe ávida por consumir, passando à frente da casa própria, do carro e do telefone.

Como a história demonstra, o que move o setor são as oportunidades de mercado. E não devemos ter vergonha de usar a palavra mercado, porque a saúde suplementar é um negócio, cuja sobrevivência e sucesso fatalmente serão regidos pelos princípios econômicos que sustentam qualquer outro negócio. Ou seja, a conta tem de fechar.

Qualquer discurso que evite tocar nesse ponto determinante estará apenas esquivando-se de um fato que não pode ser contornado: é a sustentabilidade financeira que vai manter o sistema funcionando e não ideologias.

A grande diferença da Saúde Suplementar para outras atividades de negócios é que o resultado econômico não pode sobrepujar os resultados em saúde. Os desfechos positivos, a segurança e a ética têm de prevalecer para todos os beneficiários do sistema, independentemente de sua classe social e do tipo de plano contratado.

Sistema Suplementar – características dos planos

Os planos atuais têm diferentes posicionamentos. O reembolso pleno ou gerenciado garante mais liberdade ao beneficiário, mas tem custos mais elevados. Os planos de rede credenciada (semelhantes aos que, nos EUA, são conhecidos como PPO – Preferred Provider Organization) restringem a liberdade, mas ainda proporcionam ampla gama de opções ao beneficiário, com custos mais controlados para a operadora. E os planos de Rede Própria (semelhantes ao modelo HMO – Health Main-

tenance Organization) direcionam os beneficiários a uma rede restrita, garantindo maior economia e controle para as operadoras.

A verdade é que todos têm prós e contras. Nos planos de reembolso, as operadoras apenas financiam o processo, o que representa baixo controle, mas também baixo risco operacional. Nos planos de Rede Própria (também conhecidos como “verticalizados”), as operadoras financiam e prestam o serviço, conquistando maior controle, mas arcando com um alto risco operacional.

O grande problema que enfrentamos no Brasil é que o consumidor compra o desejo da livre escolha e, na esmagadora maioria das vezes, seu plano é de rede limitada. Isso gera frustração e uma visão distorcida sobre o setor.

A realidade: como está a Saúde Suplementar

O número de beneficiários na Saúde Suplementar vinha crescendo em ritmo constante, mas começa a dar sinais de estagnação e até mesmo de possibilidade de recuo. Outro aspecto que não pode passar despercebido é que o número de beneficiários vem crescendo proporcionalmente mais nas camadas etárias mais novas e mais velhas, ou seja: a maioria dos beneficiários tende a concentrar-se nas faixas que mais usam os planos, que são as crianças e os idosos. É o que chamamos de seleção adversa. Observamos, ainda, outro desvio conhecido como risco moral (quando um consumidor muda de comportamento após a contratação do plano, passando a fazer procedimentos sem necessidade, sob a alegação de que paga o plano e tem de usá-lo). Esses são riscos especialmente inerentes ao mercado da Saúde. Riscos que têm o potencial de levar o sistema ao colapso.

Relatório da FenaSaúde, publicado em junho de 2013, o Boletim da Saúde Suplementar¹ já mostra que o crescimento das despesas assistenciais de suas associadas supera o aumento das receitas. Os índices de sinistralidade também vêm aumentando significativamente ano após ano.

Nos últimos cinco anos, essas despesas aumentaram 133,8%, com destaque para elevação dos gastos com internações (223,3%), com terapias (150,8%) e com exames (143,3%).

Em 2012, as despesas assistenciais nas associadas à Federação somaram R\$ 30,5 bilhões e cresceram 18,5% em relação ao ano anterior. Foram gastos R\$ 15,8 bilhões em internações, R\$ 7 bilhões em exames e R\$ 6,1 bilhões em consultas médicas e terapias, além de outras despesas assistenciais. Em relação à quantidade dos procedimentos realizados, a comparação com 2011 revelou um aumento de 22,8% nas internações, 13,1% nos exames complementares e 10,7% nas terapias.

Foram realizados 3,6 milhões de exames de ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada e cintilografia miocárdica e renal dinâmica, em 2012. A taxa de tomografia computadorizada por 1.000 habitantes passou de 99, em 2011, para 130,8, em 2012, superior a de países como Israel, Canadá e Dinamarca.

As consequências desse quadro já começam a aparecer, conforme exposto anteriormente, com a diminuição do número de operadoras e a concentração do setor em poucos players. Em 2012, foram cancelados 80 registros de operadoras, 63 de assistência médico-hospitalar e 17 exclusivamente odontológicas.

Ameaças à sustentabilidade da Saúde Suplementar

Vários fatores ameaçam o setor de Saúde Suplementar. A macroeconomia afeta diretamente os principais financiadores do sistema: as empresas e as pessoas físicas. Por isso, qualquer quadro de recessão, mesmo que moderado, gera impactos negativos.

Aspectos de microeconomia também comprometem o setor, uma vez que ineficiência administrativa, guerra de preços, elevados custos de comercialização e problemas de solvência fazem parte do dia a dia do setor privado de saúde no Brasil.

Entretanto, o mais peculiar no Sistema de Saúde em que estamos inseridos é que, além do ambiente econômico, que impacta todos os setores, existe uma ideologização e politização que, uma vez perpetuadas, poderão destruir os alicerces do sistema.

A Saúde Suplementar no Brasil envolve milhões de pessoas, convertendo o setor em uma plataforma para os mais variados tipos de ambições políticas. Isso tem minado as discussões mais produtivas, que poderiam conduzir a resultados concretos. Além disso, tem desviado os esforços que deveriam estar concentrados na busca de soluções reais e viáveis para a crise que assola a saúde no Brasil.

Um debate desapassionado e livre de ideologias, que nada tem a ver com saúde de verdade, ajudaria a desmitificar o setor, que sofre com afirmações tão equivocadas quanto danosas: o Sistema Suplementar e o SUS são um só, a obrigatoriedade do oferecimento do plano de referência é legítima, a extinção de deduções tributárias dos gastos com saúde poderia aumentar a receita para o SUS, a alta complexidade só é feita pelo SUS, entre outras.

Paralelamente, cada vez mais Projetos de Lei propondo ampliações de cobertura e obrigações extras à Saúde Suplementar tramitam no Congresso e no Senado. O Poder Legislativo deveria desenvolver a sensibilidade necessária para avaliar o impacto de cada lei no setor.

A judicialização da saúde no Brasil hoje também é uma realidade preocupante, que pode trazer um sério desequilíbrio tanto para o setor privado quanto para o público.

O que observamos no dia a dia são decisões unilaterais a favor dos beneficiários praticamente em 100% dos casos, com base em argumentos de cunho político, social e emocional, “em prol da vida”.

O Poder Judiciário deveria compreender os mecanismos legais e as limitações orçamentárias, com visão da saúde coletiva, muito mais que a visão de um caso específico.

O modelo assistencial atual é equivocado

O modelo assistencial atual representa uma ameaça por conta de vários fatores, já citados:

- desperdício: nunca se gastou tanto e de maneira tão errada como nos dias de hoje. A quantidade de exames e internações desnecessários atingiram patamares alarmantes;
- o conflito de interesses entre os participantes do sistema gera um entrave;
- inequidade e ineficiência;
- insuficiência no acesso: a demanda é crescente, mas ao mesmo tempo o absenteísmo é elevado.

Quais as estratégias para enfrentar o que está dando errado?

Na verdade, o modelo atual não poderia gerar resultados diferentes. Ele foi desenhado assim. O que precisamos com urgência é abandonar conceitos ultrapassados, nos quais unidades desintegradas tentam oferecer “tudo para todos”. Precisamos de um novo modelo que ofereça cuidado ao indivíduo de forma organizada e integrada, com foco na desospitalização, na atenção individualizada, na proximidade com o paciente e em uma linha de cuidados ao longo da vida.

Como alertaram Michael Porter e Elizabeth Olmsted Teisberg²: “O desafio está em gerar valor. A competição tem de ser baseada em resultados”.

A crise entre os diversos atores é evidente e grave. Para isso, como afirma o professor Gonzalo Vecina, é preciso “construir confiança na cadeia de valor: operadora e prestador. E confiança se faz com transparência”.

Nenhum objetivo será alcançado se não criarmos métodos eficientes de mensuração. É crucial medir os resultados financeiros e aplicar inteligência na gestão de recursos. É preciso medir os indicadores clínicos para comparar nossos resultados com os melhores serviços médicos do mundo. Precisamos ter protocolos e uma medicina com base em evidências. A satisfação do cliente tem de ser permanentemente monitorada com pesquisa de qualidade percebida. E é necessário que toda essa informação seja transparente.

Uma estratégia séria para o sucesso deve englobar o conceito do Triple I: Informação, Infraestrutura e Incentivos, defendidos por Peter Orszag e Ezekiel Emmanuel em seu artigo no *New England Journal of Medicine*, publicado em agosto de 2010³.

Enfim, as medidas estratégicas de uma nova regulamentação da relação público-privada deveriam considerar a introdução de conceitos como eficiência, racionalização, medicina com base em evidências, segurança jurídica, criação de programas de redução dos custos de ambos os sistemas e a adoção de medidas que visem ao aumento da capacidade de financiamento do SUS e dos planos

de saúde. Para tanto, teria de ser repensado o conceito regulatório da saúde, identificando e combatendo a mistificação.

O que fazer?

Entender o que estamos fazendo e porque não está dando certo é vital. Devemos também observar o que outros países têm feito. Os desafios são comuns a todas as nações. Mesmo os países mais ricos, com sistemas de saúde mais evoluídos e com mais recursos, têm adotado medidas de racionalização que devemos avaliar. Reino Unido, França, Alemanha e Canadá são exemplos⁴.

Uma agenda positiva para a Saúde Suplementar deveria incluir:

- A criação de modelos assistenciais integrados: modelos e programas de gestão de saúde com gerenciamento do indivíduo ao longo da cadeia de assistência, desde a atenção primária e preventiva. Esse processo deve passar pelo acompanhamento hospitalar e pós-alta, com integração das informações de saúde, para administração de fatores de risco e possíveis complicações, com foco na prevenção.
- Novas formas de contratualização e pagamento: é importante evoluir para modelos de pagamento por performance e aumentar os incentivos aos resultados assistenciais, com o monitoramento do desempenho. Também é preciso criar transparência contratual na relação entre operadora e prestador para minimizar conflitos.
- Criação de novos mecanismos de financiamento privado da saúde: entrada de capital estrangeiro e parcerias com indústrias de insumos hospitalares e farmacêutica.
- Criação de instrumentos financeiros para enfrentar o envelhecimento: ajuste das prestações que garantem o apoio pecuniário na velhice; mecanismos de contribuição que permitam a criação de reservas financeiras; parcerias público-privadas no recolhimento e na administração de seguros de cuidados de longa duração e seguros de dependência, como os modelos “A Proteção Social para **Idosos** em Situação de Dependência Domiciliar a Pessoas Incapacitadas – Pflegeversicherung”, na Alemanha, e o “Plano de Ouro – Sistema de Seguro de Saúde Longa Vida”, no Japão, com o objetivo de minimizar os fatores de risco dessa população, levando a uma carteira de idosos mais saudáveis.
- Desenvolvimento de novos mecanismos de franquia e coparticipação dos beneficiários que usam serviços médicos privados.

Mecanismos de cortar custos sem redução da qualidade são listados por vários autores, entre os quais os 12 itens propostos por Alain C. Einthoven⁵:

1. Implementar as melhores práticas para prevenção das infecções: diversos protocolos e iniciativas ao redor do mundo e no Brasil coordenam estratégias de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Essa questão é um ponto central na segurança do paciente e tem recebido cada vez mais atenção dos consumidores, dos legisladores e da mídia.
2. Fortalecer o atendimento primário para prevenção, detecção precoce e tratamento: com mais investimentos em ações de prevenção de doenças, em especial daquelas de maior morbimortalidade e mais prevalentes em uma população. Grande parte das doenças poderia ser diagnosticada mais precocemente em nível primário de atenção à saúde, evitando assim os gastos e o sofrimento originados pelos diagnósticos tardios. Entretanto, as estratégias de rastreamento atualmente aplicadas precisam ser revistas. A agilização do diagnóstico e do acesso ao tratamento das patologias oncológicas também deve ser tratada como questão prioritária.
3. Alinhar incentivos dos prestadores com as necessidades dos clientes para se obter um cuidado economicamente viável: melhorando a relação entre empresas de saúde e prestadores, com transparência, é possível atuar na interface prestador-cliente.
4. Praticar gerenciamento ativo das doenças crônicas para reduzir as necessidades de internação: isso começa pelo mapeamento de risco dos clientes, com classificação e seleção daqueles que precisarão ser acompanhados mais de perto. É importante criar estratégias de monitoramento desses indivíduos de forma proativa, conforme eles se movimentam entre os níveis de atenção. A aproximação do cliente é fundamental.
5. Ajustar os recursos utilizados às necessidades da população atendida: conhecer os clientes, seu perfil epidemiológico e criar prioridades de atenção adequadas.
6. Compartilhar registro médico abrangente e contínuo para aumentar o conhecimento do médico sobre a história dos pacientes, eliminando a duplicação de exames e procedimentos.
7. Gestão de resultados (*outcomes*): monitorar os desfechos do paciente e fazer que estes resultados contribuam para a tomada de decisão.
8. Implementar efetiva avaliação, seleção e compra de drogas e dispositivos médicos: compor equipes com conhecimento técnico, utilizando conceitos de farmacoeconomia e medicina com base em evidências para auxiliar nessa tarefa.
9. Fazer a substituição por processos menos onerosos em que isto seja equivalente ou mais eficaz: como exemplo podemos citar a disponibilização de totens para agendamento de consultas, a substituição do “guichê” por aparelhos de atendimento ao cliente e o uso da robótica nos hospitais para o transporte de medicações e materiais.

10. Implementar de forma contínua a qualidade e o redesenho dos processos: romper as fronteiras do conhecimento das instituições de saúde, trazendo conceitos de gestão da qualidade e de processos já consagrados em grandes empresas da indústria.
11. Confiar nas diretrizes com base em evidências para eliminar as variações indesejadas e acelerar a aplicação dos avanços mais recentes: já está mais que provado que essa estratégia ajuda a evitar o desperdício e conduzir estratégias de diagnóstico e tratamento mais eficazes, com menos riscos.
12. Uso da tecnologia da informação para o suporte aos cuidados, com ferramentas de lembretes, alertas e troca segura de mensagens entre médicos e pacientes: uso dessas ferramentas para agendamento de consultas, internações e exames, com confirmação ou cancelamento (gerenciando o absenteísmo). Armazenamento de informações completas e seguras de dados do paciente, com visualização em todos os níveis de assistência.

Como fazer?

Os desafios na saúde são imensos e os problemas estão aí para quem quiser ver. Contudo, não podemos deixar de enxergar os esforços bem-sucedidos e as iniciativas que têm gerado valor e contribuído para que o setor mantenha-se de pé.

Falando especificamente da Amil, foram implementados diversos projetos que vão ao encontro das propostas estratégicas que discutimos anteriormente.

- SISAmil – Sistema de Informações de Saúde Amil
- SISAgenda – Sistema de Agendamento Eletrônico
- SISMED – Prontuário Eletrônico e Protocolos
- SIC – Sistema de Internação Clínica
- Epimed – Terapia Intensiva: eventos adversos
- ECR – Estudo de Cobertura de Risco
- PAQV Digital – Programa Amil Qualidade de Vida
- GPAR – Gestão de Pacientes de Alto Risco

Em 2008, a Amil também iniciou a reformulação do modelo assistencial e desenvolveu o Sistema Integrado de Saúde, que foi reconhecido pela Harvard Business School⁶ como exemplo de inovação na área.

Esse sistema promove a integração da informação no atendimento hospitalar e ambulatorial; estabelece três níveis de atendimento, divididos por grau de complexidade; define a hierarquização e a especialização da rede hospitalar; desenvolve metas de qualidade com base na satisfação do cliente e em resultados clínicos; e preocupa-se sempre com a viabilidade financeira do sistema.

Já podemos observar também outras operadoras buscando o caminho de modelos assistenciais integrados. Intermédica, Hapvida, Prevent Senior, Unimed BH e Bradesco Saúde, entre outros, têm realizado trabalho bastante importante nesse sentido.

Algumas propostas para nossa realidade nacional

1. Resolver a questão da duplicidade de atribuições entre o SUS e a Saúde Suplementar, definindo com clareza os níveis da atenção prestada pelo sistema privado de saúde, tornando-o de direito e de fato um Sistema Complementar ao SUS, como sistema principal de atenção à saúde.
2. Criar novas fontes de financiamento para o SUS.
3. Permitir a atuação de profissionais não médicos em situações de atendimento em que isto é viável. Por exemplo: o empoderamento da enfermagem.
4. Avaliação das tecnologias médicas para definir prioridades, influenciar decisões de cobertura e promover orientação da prática clínica.
5. Penalização do absenteísmo.

Para onde vai a Saúde Suplementar?

Vamos ter mudanças muito mais rapidamente do que se previu. Analisando o histórico do mercado e o contexto atual, podemos supor com alto grau de convicção que veremos muito em breve o seguinte cenário:

- concentração de mercado em grandes players, com fechamento ou consolidação de número significativo de pequenas e médias operadoras;
- diminuição do crescimento em face da conjuntura da economia, com dificuldades de pagamento por parte dos financiadores (empresas e clientes);
- crescimento dos planos com fatores de moderação financeiros – desaparecimento de produtos para Pessoa Física;
- tecnologia da informação com conectividade e sistemas administrativos obrigatórios para prestadores;
- tecnologia da informação em saúde com uso intensivo de aplicativos, sistemas preditivos e de alertas (Big Data, com ênfase na identificação de risco e prevenção);
- busca de modelos assistenciais integrados, hierarquizados e de caráter regional, seja por meio de rede assistencial própria ou por intermédio de alianças com a rede credenciada;

- redução, ao máximo, da forma de pagamento por serviços prestados, substituindo o modelo atual de Fee for Service por formas que contenham incentivos a resultados assistenciais e aos cuidados de longo prazo. Dificilmente, haverá mudanças se não mudarmos a forma de remuneração.

Conclusão

O sistema de saúde no Brasil está vivendo um momento crítico. A soma de erros do passado com os interesses do presente e os desafios do futuro resulta em perspectiva desafiadora para o setor. Contudo, existem saídas, embora elas não sejam fáceis.

O mais incrível é que o maior obstáculo talvez não seja o técnico ou o econômico, mas sim a conscientização de todos os envolvidos. Muita energia tem sido desperdiçada em conflitos e disputas que têm gerado todo tipo de consequências, menos saúde de verdade para a população.

Está na hora de refletirmos como um grupo e não como adversários. Precisamos decidir que guerra nós queremos lutar. A guerra interna entre os participantes do setor não vai ter vencedores. Isso está claro.

Todos têm papel importante a desempenhar, e se criarmos as condições para cada um fazer bem a sua parte, vamos experimentar uma realidade completamente diferente e podemos até mesmo servir de exemplo para outros países.

O caminho não é simples, mas o diálogo, a inteligência, o bom senso e a consciência de que estamos lidando com a saúde de um país pode nos conduzir a um caminho de sucessivas vitórias.

O momento é agora!

Referências Bibliográficas¹

1. Fenasaúde. Boletim da Saúde Suplementar. 2013 [edição de 2013 Jun 4]. Disponível em: <http://www.fenasaude.org.br>.
2. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a Saúde: estratégia para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Bazan C, tradutora. Bookman; 2007.
3. Orszag PR, Emanuel EJ. Health Care Reform and Cost Control. New England Journal of Medicine. 2010.
4. Stabile M, et al. Health Care Cost Containment Strategies Used In Four Other High-Income Countries Hold Lessons For United States. Health Affairs. 2013; 32(4).

1 FORMATAÇÃO VANCOUVER, ADOTADA PELO AUTOR.

5. Einthoven AC. Reforming Medicare by Reforming Incentives: ways to cut costs without reducing the quality of care. *New England Journal of Medicine*. 2011.
6. Heislinger RE, Pinho RR. Amil and the Health Care System in Brazil. *Harvard Business School*. 2011; 9:312-29.

3

ANDRE CEZAR MEDICI

UMA NOVA VIA É POSSÍVEL?



Introdução¹

O Sistema Único de Saúde (SUS) precisa de uma nova via? Em que pese seu lento progresso, pode-se dizer que o SUS tem alcançado alguns resultados positivos. No entanto, quase todos acham que o SUS precisa de ajustes, especialmente para melhorar sua coordenação com a Saúde Suplementar. Tais ajustes seriam essenciais para superar os principais desafios que impedem uma universalização plena do acesso à saúde, com qualidade, equidade e melhor uso dos recursos e da infraestrutura disponíveis.

O objetivo deste artigo é discutir: a) a natureza dos ajustes que seriam necessários; b) os problemas similares de coordenação entre os sistemas públicos e privados enfrentados pela experiência internacional e suas formas de solução; e c) as alternativas de realizar ajustes para uma melhor coordenação entre o SUS e a Saúde Suplementar.

Não creio que o Brasil deverá adotar nenhum modelo exógeno de desenvolvimento para o seu sistema de saúde. Sistemas de saúde têm de ser desenhados, consensuados e implementados sob medida porque dependem das características sociais, demográficas, epidemiológicas, culturais, geo-

¹ TRABALHO BASEADO NA APRESENTAÇÃO REALIZADA NO 2º SEMINÁRIO DO PROJETO CONASS DEBATE, COM O TEMA CAMINHOS DA SAÚDE NO BRASIL, EM BRASÍLIA, HOTEL MERCURE, 25 DE SETEMBRO DE 2013.

gráficas, políticas e econômicas de cada país ou região. Eles têm de, antes de tudo, ser cômodos para os agentes que o vão implementar e para a população que vai utilizar o sistema. Mas como desenhar e implementar sistemas de saúde é um processo extremamente complexo, muitas vezes soluções já pensadas e implementadas em outros países, especialmente aquelas que aparentemente são mais técnicas que políticas ou ideológicas, poderiam ajudar a pensar alternativas possíveis para o Brasil.

Entretanto, muitas das soluções para melhorar os sistemas de saúde no Brasil foram tomadas anteriormente e depois abandonadas. Outras foram discutidas, mas não implementadas, por preconceito ideológico, xenofobia, corporativismo, demagogia, populismo ou simplesmente falta de conhecimento. Entre estas soluções, estão aquelas que dizem respeito ao aperfeiçoamento do *mix* público e privado ou daquilo que se denomina estruturação do pluralismo em saúde. Contudo, para entender como chegar a essas soluções, é necessária uma pequena retrospectiva do que tem sido o sistema de saúde do Brasil nos últimos 100 anos.

De Bismarck a Beveridge (mas com um pouquinho de Tio Sam)

O Estado no Brasil organizou, desde os anos 1920, um sistema de saúde para atender ao mercado de trabalho formal e suas famílias. Estruturou-se, inicialmente, como um sistema bismarckiano, por meio das Caixas de Assistência e Previdência Social (Caps) e depois dos Institutos de Assistência e Previdência Social (Iaps), passando por progressivo processo de unificação com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, e com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), em 1974.

Esse sistema bismarckiano, com todas as suas falhas, garantia níveis de saúde que complementavam o salário dos trabalhadores e mantinha a regularidade do trabalho nas empresas. Hospitais públicos existiam, mas de forma insuficiente para atender a todos, complementados por uma rede de estabelecimentos filantrópicos que atendia gratuitamente a indigentes e cobrava da classe média e dos ricos.

Nas duas décadas que antecedem o SUS, inicia-se um processo de transição. Várias iniciativas para o aumento dos estabelecimentos de atenção primária no interior do país, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), ao fim dos anos 1970, os Programas de Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), aproximaram progressivamente o Inamps dos governos estaduais para organizar processos de extensão de cobertura da atenção médica às famílias dependentes do mercado informal e a indigentes, fortalecendo dessa forma as redes públicas estaduais e municipais.

Assim, embora o modelo beveredgeniano tenha se iniciado no Brasil com a criação do SUS e a extinção do Inamps, ele já vinha se estruturando progressivamente nos anos anteriores. O SUS teve

de criar seus próprios mecanismos institucionais e financeiros e montar sua rede básica e de atenção primária – inexistente no país até então – para atender à imensa maioria da população desprovida de acesso aos serviços de saúde. Concentrar-se nesses aspectos nos primeiros anos de funcionamento do SUS foi estrategicamente muito importante para o sucesso do sistema.

Desde a criação do SUS, em 1988, muitas melhorias têm sido observadas nos indicadores epidemiológicos, de acesso e de cobertura de saúde da população brasileira. A esperança de vida ao nascer passou de 67 para 73 anos e as taxas de mortalidade infantil reduziram-se de 47 para 18 por 1.000 nascidos vivos entre 1991 e 2010. Doenças infecciosas e parasitárias diminuíram seu peso na mortalidade proporcional. Em 2010, os indicadores de saúde básica eram muito melhores que os existentes na época da criação do SUS.

Em contrapartida, aumentou o peso das doenças crônicas as quais ainda não contam até hoje com estratégias completas de promoção, prevenção e detecção que permitem sua identificação precoce e oportuna dentro das estratégias de assistência pública. Comportamentos associados à obesidade, ao consumo de álcool e tabaco, ao sedentarismo e à dieta inadequada passaram a ser importantes determinantes na composição do risco epidemiológico, associado a uma população mais urbana e envelhecida, penalizando crescentemente os mais pobres, que passam a sofrer uma tríplice carga de doença, se contarmos que além das transmissíveis e crônicas, são os mais expostos às mortes e a danos à saúde por causas externas.

Aumentou a porcentagem de pessoas que têm acesso a consultas médicas, sendo a maior variação percentual encontrada entre o quintil mais pobre em todos os grupos de idade, em que pese o fato de que os 20% mais ricos continuam realizando mais consultas que os mais pobres. Programas como o de Saúde da Família (PSF) alcançaram cobertura de pelo menos 50% da população brasileira ao longo dos últimos anos e têm sido importantes fatores na melhoria das condições de vida dos mais pobres, mas não conseguem se expandir muito rapidamente pelas iniquidades na distribuição geográfica da infraestrutura e pessoal de saúde. Além disso, o PSF não parece ter sido prioridade do Governo Federal nos últimos anos. A preferência tem sido dada a estratégias e programas de saúde que, embora menos eficazes, tenham mais visibilidade na mídia e na opinião pública desinformada.

Contudo, em que pesem todos esses avanços na cobertura das populações informais e marginalizadas, a desarticulação do Inamps criou um vácuo institucional de cobertura para o mercado formal de trabalho. Com a incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde, o enorme esforço institucional em estabelecer as bases do SUS para dar atenção à população pobre e indigente sem acesso desarticulou a assistência médica para o setor formal do mercado de trabalho, prestada anteriormente por meio da rede própria e credenciada do Inamps, aumentando o descontentamento entre os empresários e os trabalhadores formais.

Tendo em vista essas restrições, as lideranças empresariais e os trabalhadores entraram em acordos com as operadoras de seguros e planos de saúde, levando a uma rápida expansão deste segmento do mercado de saúde, ao ponto de o Governo ter de criar, no fim dos anos 1990, uma estratégia de regulação pública para estes planos², a fim de garantir o cumprimento de determinadas condições mínimas em seus contratos³. Assim, como decorrência da eliminação do antigo Inamps, que provia assistência médica para os trabalhadores formais e suas famílias, houve forte aumento da participação dos planos de saúde – especialmente os coletivos (ofertados pelas empresas) – para as classes média e média baixa, entre 1988 e 1998. Até 1998, esse setor tinha uma regulação apenas de caráter financeiro por meio da Susep. A partir de então, foi criada uma regulação pública mais específica e, dois anos depois, estabeleceu-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a observância dessa regulação.

O setor de Saúde Suplementar hoje atende a um quarto da população brasileira, a maioria por meio de planos de saúde coletivos financiados parcialmente pelas empresas, em esquema muito similar ao das Health Maintenance Organizations (HMO) norte-americanas. A dinâmica futura desse setor vai depender de como vai avançar o SUS em prover uma atenção de melhor qualidade para esta população que hoje é atendida pelos planos de saúde e de quais são as perspectivas de se trabalhar em integração ou complementariedade deste setor com o SUS.

Atualmente, os dois setores – SUS e Saúde Suplementar – operam em processos concorrentes, o que foge um pouco ao modelo de integração público-privada adotado nos países que optaram pelo modelo *beveredgeniano*, como o Canadá, a Inglaterra e os países nórdicos, nos quais o privado oferece serviços complementares (não concorrenciais) aos oferecidos pelo sistema público.

Com as novas regras de regulação do sistema de saúde que se estabelecem a partir de 1998, a parcela da população brasileira que possuía plano de saúde vem crescendo progressivamente. Considerando que os 20% mais pobres apresentam taxas de cobertura de planos de saúde muito baixas, quando comparadas com os mais ricos, eles vêm crescendo entre os beneficiários dos planos na esteira do processo de formalização do trabalho dos últimos anos. Há, portanto, aumento da participação dos planos de saúde empresariais (coletivos) no total de planos e redução relativa dos planos individuais.

2 ESTA ESTRATÉGIA FOI CONSUBSTANCIADA NA LEI N. 9.656, DE 3/6/1998, QUE CRIA E REGULA OS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, E, POSTERIORMENTE, COMPLEMENTADA COM A MEDIDA PROVISÓRIA 1.928, DE 25/11/1999, QUE CRIA A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). UMA VASTA REGULAÇÃO SUCEDU-SE A PARTIR DESTES MARCOS LEGAIS.

3 VALE DESTACAR QUE A REGULAÇÃO DA ANS É MAIS APROPRIADA AO SETOR DE PLANOS INDIVIDUAIS DO QUE AO SETOR DE PLANOS COLETIVOS, OS QUAIS TÊM SIDO OBJETO DE POUCA REGULAÇÃO POR PARTE DO SETOR PÚBLICO. O SETOR DE PLANOS COLETIVOS REPRESENTAVA, EM 2012, APROXIMADAMENTE 77% DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE, COM 37 MILHÕES DE SEGURADOS. OS PLANOS COLETIVOS SÃO OS QUE PROTEGEM O MERCADO FORMAL DE TRABALHO.

Fragmentação e iniquidades no sistema de saúde brasileiro

O SUS teve o mérito de estender a cobertura aos mais pobres, mas a fragmentação na qualidade do acesso que existia antes do SUS entre beneficiários e não beneficiários do Inamps continuou a existir sob a forma de fragmentação entre SUS e Saúde Suplementar no novo milênio.

Tendo em vista que o SUS não tem sido capaz de melhorar substancialmente a organização do acesso e a provisão de serviços, tanto na cobertura quanto na qualidade, na maioria dos estados e dos municípios, o sistema suplementar tem atuado como um “cala-boca” para os problemas de saúde da classe média, uma vez que, caso só existisse o SUS, ela estaria engrossando as passeatas e os movimentos sociais por melhores serviços públicos de saúde.

Todos nós sabemos que os planos de saúde têm muitas deficiências e que existem muitas queixas quanto à cobertura e ao atendimento. Porém, estas não se comparam às queixas e às reclamações da população sobre o que se vê no dia a dia do sistema público de saúde brasileiro. Como as expectativas da população são crescentes diante das promessas repetidas no mantra do SUS, vemos que o descontentamento com o SUS vem aumentando.

Desde 2009, segundo dados das pesquisas Ibope-CNI, a saúde passou a ser o principal item de desaprovação das políticas públicas do governo. O nível de desaprovação da saúde entre a população aumentou de 53% para 66% entre junho de 2009 e junho de 2013, alcançando os níveis mais elevados entre as pessoas com nível superior de instrução (76%).

As pesquisas de opinião sistematicamente mostram que o setor privado tem melhor avaliação que o setor público. Outra pesquisa realizada pelo Ibope-CNI em nível nacional, em setembro de 2011, mostrava que 61% dos entrevistados consideravam o serviço público de saúde péssimo ou ruim; 54% consideravam os serviços públicos de saúde da sua cidade péssimos ou ruins; e 85% não perceberam avanços positivos no sistema de saúde público nos últimos três anos, sendo que 43% consideraram que o sistema piorou. Quanto à qualidade dos serviços para os que utilizaram a rede pública ou privada, 63% dos que utilizaram a rede privada consideraram o serviço como ótimo ou bom, comparado com apenas 48% dos que utilizaram a rede pública. Dos que utilizaram os serviços hospitalares, a nota recebida pelos que utilizaram os hospitais públicos foi de 5,7, comparada com 8,1 dos que se serviram dos hospitais privados, em escala de 0 a 10. Os profissionais de saúde que atendem nos hospitais públicos receberam nota de 6,2, comparada com 8,2 atribuída aos que atendem nos hospitais privados. Controlando-se esta informação pelo nível de renda familiar, a nota atribuída aos hospitais públicos para os que ganham menos de um salário mínimo foi de 6,5, comparada com 8,2 nos que atendem nos privados. Para o grupo de mais de 10 salários mínimos, as notas foram de 5,7 e 7,8 para hospitais públicos e privados, respectivamente. Fica claro, portanto, que independentemente do nível de renda familiar, a avaliação da qualidade dos hospitais privados tem sido sempre superior a dos hospitais públicos.

Pessoas com plano de saúde apresentaram melhores indicadores de utilização do sistema de saúde, com as maiores taxas de consulta médica, procura por atendimento de saúde e realização de exames preventivos por mulheres, para todas as faixas de renda e de idade. Por exemplo, de acordo com os dados da Pnad 2008, mesmo ao padronizar-se a população por quintil de renda, observa-se, entre as mulheres maiores de 25 anos mais pobres, que aquelas que têm plano de saúde realizaram mais exames de mamografia do que as que só têm como via de acesso o SUS. Quando, ao padronizar nível de renda, comparamos o acesso à mamografia entre as mulheres que estão inscritas no PSF e aquelas que têm plano de saúde, verificamos novamente que as últimas têm maior cobertura de mamografia.

Em compensação, parte das pessoas com menor poder aquisitivo apresentou maiores taxas de participação no PSF, equilibrando dessa forma as iniquidades existentes entre os que tinham e não tinham planos de saúde. Tal fato teve até mesmo reflexos regionais, considerando que as regiões Norte e Nordeste, nas quais é maior a participação de populações mais pobres, apresentaram maiores taxas de participação no PSF que as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Em contrapartida, os beneficiários do PSF também são afetados pela desigualdade de renda. Dados da Pnad 2008 mostram que, entre os registrados no PSF, os 20% mais ricos apresentam maiores parcelas de pessoas que buscaram atendimento de saúde comparados aos 20% mais pobres. Provavelmente, porque as condições de oferta do PSF onde vivem os 20% mais ricos são melhores que aquelas onde vivem os 20% mais pobres.

A cobertura do PSF parece ter afetado de forma positiva os indicadores da saúde no Brasil. Os dados mostram que a cobertura de consultas médicas, a procura por atendimento de saúde e a realização de exames preventivos para a população beneficiária do PSF são maiores que os relativos à população sem nenhum tipo de cobertura, para todas as faixas de renda e idade. Portanto, para aqueles que não têm acesso aos planos de saúde, o PSF realmente faz diferença. O problema é que ele cobre somente 50% da população e a cobertura não tem aumentado muito nos últimos anos.

Todos esses dados mostram, portanto, as dificuldades de avançar em um sistema de saúde que no fundo não é único e que mantém grande fragmentação no acesso à saúde, em geral consubstanciada entre aqueles que têm e que não têm acesso a planos de saúde, mas também na utilização do SUS entre os mais pobres e os mais ricos. De certa forma, o SUS atende aos mais pobres, não propositalmente. Ele tem como propósito atender a todos, mas em razão de um processo de autofocalização, os que têm maiores rendimentos acabam usando os planos de saúde para o dia a dia da assistência, reservando o SUS somente para os procedimentos de alto custo e alta tecnologia não cobertos pelos planos.

Contudo, entre os beneficiários do SUS existe outra fragmentação: aqueles que têm maior renda têm melhor acesso ao SUS que os mais pobres. A iniquidade em saúde persiste, não apenas entre os beneficiários de planos de saúde e os do SUS, mas também entre os beneficiários do próprio SUS. Tudo isso nos leva a crer que o Brasil não tem um sistema único de saúde e que os resultados das políticas de saúde – tanto as diretamente oferecidas pelo SUS quanto aquelas reguladas pelo Estado

na oferta de planos privados de saúde – têm resultados assimétricos no acesso e nos indicadores de saúde da população.

A questão do financiamento

Muitos associam os problemas de saúde no Brasil à falta de financiamento. O Brasil gasta 9% do PIB em saúde, mas menos da metade desse volume corresponde ao gasto público. Nos países que adotaram soluções Beveridgeanas, em torno de 70% a 80% dos gastos totais em saúde são públicos. Por outro lado, o Brasil tem grande participação do gasto direto das famílias no total dos gastos, indicando que existe muito pouca proteção financeira das famílias para gastos com saúde.

Contudo, além do tema do financiamento, existe o tema da eficiência do gasto. Muitos países têm feito mais com gastos menores de saúde do que outros. Vejamos, por exemplo, o Japão que tem gasto em saúde de 9% do PIB (metade do gasto norte-americano que já ronda os 18%) e tem atenção à saúde de muito melhor qualidade, com resultados assistenciais melhores e associados à maior expectativa de vida ao nascer do mundo (82 anos). Nos Estados Unidos, por sua vez, estima-se que o gasto em saúde chegue aos 18% do PIB em 2013, com 47 milhões de pessoas sem cobertura de saúde. Fica evidente que, em nível global, existe maior eficiência macroeconômica na alocação do gasto em saúde no Japão que nos Estados Unidos.

Discutir o tema da eficiência do sistema de saúde tem sido tabu no Brasil. Eficiência está associada, no imaginário da maioria dos sanitaristas brasileiros, a um discurso neoliberal. Para a maioria basta ter mais recursos financeiros e tudo se resolve em um passe de mágica. Não há dúvida de que com mais recursos se poderá fazer mais. Mas é necessário saber onde aplicar e como aplicar recursos financeiros de forma mais custo-efetiva, evitar as ineficiências na gestão e na prestação de serviços, melhorar a qualidade da saúde, contratando os melhores recursos humanos, valorizando as equipes da saúde e associando parte de sua remuneração ao bom desempenho. Assim como a agenda da melhoria do financiamento da saúde é candente, a agenda de como gastar melhor também é. E não podemos deixar de pensar na agenda do financiamento, sem pensar simultaneamente na agenda de como melhorar o gasto em saúde no país.

O Brasil poderia ter avançado muito mais e não avançou. Há 15 anos, por exemplo, o Brasil tentou implantar o cartão SUS nacional e os governos recentes deram para trás. Processos que permitam implementar gestão por resultados e por desempenho, por meio de instituições autônomas, como as OSS e as Fundações de Direito Privado, são discutidos há muito tempo, mas ninguém quer efetivamente enfrentar as corporações e os sindicatos profissionais. Aumentar o financiamento sem reorganizar o modelo de entrega de serviços e fixar as metas e os resultados a alcançar, com mecanismos claros de monitoramento e avaliação, não leva a nada.

Em contrapartida, a discussão sobre financiamento tem sido sempre debatida em meio ao fantasma de criar novas taxas e contribuições para a saúde. Se a saúde é uma prioridade, tem de ser definida como tal por meio do aumento de sua participação no orçamento. A perspectiva de elevar a participação do financiamento federal para saúde a 18% da receita líquida da União na discussão do Orçamento Impositivo aparece como perspectiva promissora. Isto evitaria a discussão de aumentar a carga tributária, a qual já é exageradamente alta para um país como o Brasil.

Em síntese

Diante desse quadro, podemos concluir que os principais problemas de saúde no Brasil repousam no fato de que, na esteira de construir um sistema único, se manteve um sistema que tem duas camadas de desigualdade no acesso: a desigualdade entre os que têm e os que não têm planos de saúde e as desigualdades internas de acesso dentro do próprio SUS.

Esse fato expressa-se também: (a) nas deficiências na organização dos serviços, que sempre penalizam os mais pobres; e (b) nas deficiências nos processos de governança e de regulação do sistema que impedem que estas desigualdades na prática sejam vigiadas, detectadas, controladas e sanadas.

Os problemas de cobertura de saúde no Brasil expressam-se em distintas situações já mencionadas, tais como coberturas desiguais e incompletas, deficiências no acesso a políticas de promoção, prevenção e serviços, tais como consultas, internações, exames e medicamentos; problemas de equidade que se colocam no acesso aos serviços; problemas associados à qualidade e à resolutividade dos serviços (isto é, saber se o problema de saúde apresentado pelo indivíduo foi resolvido ao ser atendido pelo sistema de saúde); e insegurança dos pacientes (entrar em um serviço de saúde que põe a saúde do paciente em risco ainda maior em razão da deterioração física e da baixa qualidade dos recursos humanos).

No que se refere aos temas de qualidade, se poderia dizer que boa parte dos serviços de saúde no Brasil não tem níveis de qualidade aceitáveis e não é acreditada. A grande maioria dos estabelecimentos de saúde no Brasil não se encontra associada a programas de acreditação voluntária de estabelecimentos de saúde.

As deficiências na organização dos serviços de saúde no Brasil repousam na desarticulação entre os distintos níveis de complexidade (ausência de redes de saúde que articulem a atenção primária, a secundária e a terciária), na ausência de política de recursos humanos consistente (que reverta o quadro de desqualificação de pessoal de nível médio, o desbalanceamento na composição interna das equipes de saúde e a distribuição inadequada de profissionais), na falta de gestão adequada de custos de insumos, materiais e medicamentos e na falta de autonomia dos gestores dos serviços de saúde para resolver os problemas anteriormente enumerados.

Somam-se a isso tudo os problemas de governança do setor, como a falta de autonomia das instituições de saúde para gerenciar adequadamente seus recursos, os altos níveis de corrupção e a falta de sistemas adequados de auditoria e prestação de contas que levem a uma maior transparência no uso dos recursos. Além disso, falta, de um lado, compromisso do SUS com as coberturas de serviço explícitas e, de outro, de estratégia de priorização das ações de saúde que impeça abusos no uso dos recursos do sistema, levando a processos de judicialização e a indefinições práticas quanto à estruturação das redes de saúde no país.

Assim, para avançar na integração entre o SUS e a Saúde Suplementar, é essencial cobrir as lacunas do SUS e nivelar a qualidade na atenção entre os dois setores. Observando o interior do próprio SUS, vemos que existem vários sistemas públicos e os níveis de qualidade e eficiência diferem de estado a estado e de município a município. Assim, é necessário concentrar os esforços no que é essencial para reduzir as disparidades do SUS. Por exemplo, organizar uma atenção básica de qualidade por meio de um modelo de saúde da família disponível para todos (e não somente para 50% da população) é um primeiro desafio do sistema público.

Mesmo como um sistema de assistência à saúde voltado para os mais pobres, o SUS ainda deixa muito a desejar. É por isso que a classe média recusa-se a enfrentar as filas do SUS para os procedimentos corriqueiros do sistema no dia a dia e prefere a Saúde Suplementar. Contudo, existem exemplos que mostram que esse tipo de conceito já vem mudando. A experiência das Assistência Médica Ambulatorial (AMAs) e Ambulatório Médico de Especialidade (AMEs) em São Paulo, ou das Clínicas de Família no município do Rio de Janeiro, as redes de saúde nos estados de Minas Gerais e Paraná mostram que ao oferecer assistência de melhor qualidade há uma boa resposta da classe média. Muitas pessoas que utilizam esses serviços, de acordo com pesquisas realizadas, são usuários também de planos de saúde e optaram por usar o setor público sem ser em áreas de alta complexidade.

A experiência internacional de integração de sistemas de saúde

Sistemas de saúde fragmentados e a coexistência (ou paralelismo) de componentes públicos e privados nos sistemas de saúde são a regra, não a exceção. Como corolário, não existe sistema único ou totalmente público de saúde. Mesmo em estados totalitários, em que a sociedade civil não tem liberdade de expressão, poderão ser encontrados sistemas de saúde totalmente públicos. Em Cuba, por exemplo, os gastos privados representavam 4,5% dos gastos totais em saúde em 2007, de acordo com as Contas Nacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS). E estes gastos não eram canalizados por meio do sistema estatal, mas sim pelos gastos privados das famílias com profissionais de saúde fora do sistema público.

Ao mesmo tempo, com a expansão da ideia de que os direitos humanos incorporam a cobertura de direitos sociais, os sistemas de saúde universais passam a estar na base dos direitos sociais do

mundo contemporâneo. Saúde é um direito e todos devem ter acesso a esse direito, segundo suas necessidades, contribuindo para o seu financiamento, de acordo com suas possibilidades.

Contudo, acredito, por outro lado, que sistemas fragmentados, com componentes públicos e privados, funcionando ou não de forma harmônica e integrada, existem em todos os países e sempre vão existir. Assim, atenção universal e sistemas únicos de saúde não são a mesma coisa. O que não pode existir nesses sistemas plurais é a descoordenação, que se reflete em duplicação de coberturas, inequidades no acesso, ineficiência e má utilização dos recursos.

Cabe, portanto, ao Estado avançar na regulação da saúde para que os sistemas fragmentados integrem-se, conforme aquilo que Julio Frenk e Juan Luiz Londono definiram como pluralismo estruturado em saúde. E os princípios que devem orientar o pluralismo são os da universalização, da equidade e da suficiência do sistema às necessidades de cada um.

Alguns países, como os Estados Unidos, nunca conseguiram estruturar seu pluralismo em saúde e, como resultado, existem iniquidades e falta de cobertura. O Plano Obama, cuja implementação iniciou-se em outubro de 2013, procura fazer que as iniquidades diminuam e o acesso aumente para todos, reduzindo as brechas de equidade existentes. Nesse sentido, o Plano poderá permitir, se não houver mais mutilações aos seus princípios originais pelo Congresso conservador, que o universalismo esteja presente na vida daqueles que necessitam de acesso a algum sistema de saúde naquele país.

É um mito dizer que os sistemas de saúde de corte beveridgeano não coexistem com a participação de planos privados de saúde complementares. Tomemos como exemplo o Canadá (ver Quadro 1). Algo como 75% dos canadenses têm planos de saúde que complementam o sistema público (também chamado de Medicare, como o sistema público norte-americano voltado para a população de mais de 65 anos). A maioria deles é financiada diretamente, na forma de seguro coletivo pelas empresas. Esses planos cobrem áreas que não são total ou parcialmente cobertas pelo Sistema de Saúde Universal Canadense, como odontologia, optometria, alguns medicamentos etc. Com isso, mais ou menos 28% do financiamento da saúde no Canadá é privado e não passa pelo crivo do Estado.

Na Inglaterra, existe um setor privado de saúde que prevê determinado conjunto de tratamentos complementares, e até mesmo concorrentes, àqueles oferecidos pelo sistema público (NHS). São seguros médicos geralmente financiados por empresas e que fazem parte do pacote de benefícios complementares aos salários. Em geral, esses serviços pagam especialistas sem que as pessoas deixem de ter seu médico de família do NHS, como porta de entrada e referência para outros níveis de complexidade da rede.

Portanto, a grande maioria da cobertura de saúde nos países que adotaram as chamadas soluções beveridgianas procura estruturar uma oferta universal pública com a complementariedade de planos privados. Mesmo os países mais puramente beveridgenianos, como a Suécia e a Noruega, têm dado espaço ao crescimento dos planos de seguro de saúde nos últimos anos, com proporções que abarcam 6% e 4% de suas populações, respectivamente.

Quadro 1 - O mix público privado de saúde em alguns países com sistemas universais Beveredgenianos

Países	Sistema Público	Seguros Privados
Canadá	Acesso universal, quase totalmente gratuito. A maior parte dos serviços é prestada por provedores privados. (Canada Health Act de 1984). Os serviços são organizados pelos Estados (Províncias) que emitem um cartão de saúde para seus afiliados. Todos são obrigados a se registrar em um médico de família – porta de entrada e gestor do sistema. O financiamento provém de transferências federais e fundos provinciais, sendo baseado em impostos e taxas. Algumas províncias (como Alberta, Columbia Britânica, Ontário) cobram fundos adicionais dos cidadãos.	Cerca de 75% da população têm algum seguro de saúde privado complementar, que representa 27,6% dos gastos em saúde, financiados em sua maioria pelos empregadores. São em geral, complementares aos oferecidos pelo setor público, o que inclui odontologia, optometria e algumas prescrições de medicamentos. Mas também podem cobrir serviços oferecidos pelo setor público em clínicas privadas, com menos tempo de espera. Cobrem, em média, 80% do custo dos serviços, sendo 20% pagos pelos usuários. Médicos de família do sistema universal podem derivar pacientes para serviços cobertos pelos seguros privados.
Reino Unido	Acesso universal gratuito por meio do serviço nacional de saúde (NHS). A organização dos serviços é feita pelas Autoridades de Saúde, e redes (<i>trusts</i>) de saúde organizadas ao nível de atenção primária (GPs – médicos de família), hospitais, sistemas de transporte (ambulâncias) etc. A atenção de nível secundário é ofertada por redes públicas e, em poucos casos, privadas. Com recentes medidas de descentralização (<i>devolution</i>), aumentou muito o papel das regiões (Escócia, Irlanda do Norte, etc) na gestão dos recursos repassados centralmente.	Existem muitos seguros privados de saúde no Reino Unido e estes são regulados pelo NHS, nas formas de seguro de saúde voluntário (VHI) ou seguro médico privado (PMI). Eles oferecem serviços complementares ou concorrentes aos oferecidos pelo NHS, propiciando maior rapidez e conforto aos cidadãos e evitando o pagamento de despesas médicas não cobertas pelo NHS. Cerca de 12% da população do Reino Unido têm esses seguros (dois terços pelas empresas e um terço em planos individuais), sendo sua maior concentração entre maiores de 55 anos de idade.
Suécia	Acesso universal e gratuito para todos os cidadãos. O Sistema é organizado em três níveis: nacional (responsável pela regulação de diretrizes de política, alocação de alguns recursos e supervisão), regional (financiamento, provisão de serviços a qual pode ser direta ou comprovada de provedores privados, que, quando contratados pelo setor público não podem vender serviços a outros) e local (saúde pública e ambiental). Recentemente serviços de <i>long term care</i> para idosos foram descentralizados para as municipalidades). Medicamentos não são gratuitos mas existe um teto de gastos a partir do qual passa a ser subsidiado pelo Estado.	Seguros de saúde voluntários existem na Suécia mas cobrem menos de 6% da população. Isso reflete a excelência e a confiança da população no sistema público de saúde daquele país. No entanto, nos últimos anos, empresas privadas de seguro de saúde têm competido, ao nível local, para assegurar populações em algumas sub-regiões (<i>counties</i>) financiadas pelo Estado e competindo com a opção pública. Com isso, 18% do gasto em saúde do país são privados. Cerca de 24% dos centros de saúde que servem ao sistema público são privados exclusivamente dedicados. Outros centros privados, além de nove hospitais, operam exclusivamente para o setor privado.
Noruega	O Sistema de saúde norueguês assegura acesso universal de saúde à toda sua população, sendo obrigatória a afiliação a um médico de família. É organizado como um Sistema Nacional de Seguro de Saúde (NIS), sendo financiado pelos impostos gerais. O sistema atende cuidados primários, emergenciais e hospitalização. Gastos de emergência e hospitalização são gratuitos, mas consultas médicas devem ser pagas. Medicamentos básicos são gratuitos mas outros são subsidiados. Transporte de saúde somente é gratuito em casos de emergência. Cuidados dentais e apoio psicológico somente é gratuito para menores de 18 anos e todos os serviços médicos são gratuitos para menores de 12 anos (incluindo consultas).	Nos últimos anos, tem crescido o volume de pessoas com seguros privados voluntários de saúde na Suécia (tal qual vem ocorrendo na Suécia) especialmente para o grupo de 55 anos e mais. Cerca de 4% da população é afiliada a esses seguros que atuam como complementares àqueles oferecidos pelo NIS, como opção para evitar tempos de espera nos médicos de família (GPs), ou ir diretamente a um especialista sem a referência de um GP. Muitas das empresas de seguro médico na Noruega operam também no mercado para turistas, sendo conveniadas com empresas internacionais.

ELABORAÇÃO DO AUTOR.

A diferença entre os sistemas públicos de saúde dos países beveredgianos e do Brasil, é que os primeiros são capazes de oferecer a todos um conjunto de prestações de boa qualidade e coordenar essa oferta com aquela oferecida pelos planos privados e pelas empresas, para que os serviços oferecidos pelos planos sejam mais complementares do que concorrentes com aqueles que oferece o setor público. Sua existência justifica-se para que complementem ou para que deem mais conforto ao paciente, encurtando filas de espera ou tendo atendimento um pouco mais customizado, e não para que dupliquem coberturas. Mas nesses países, tudo o que oferece o setor público deve ser realmente essencial e de boa qualidade. A base para a universalidade é a frugalidade, a essencialidade e a qualidade dos serviços e não a exuberância para alguns e a negligência para muitos.

Não existem soluções perfeitas para evitar que sistemas fragmentados de saúde funcionem estruturadamente. A proposta de competição administrada (*manage competition*) existe em muitos países como Holanda, Suíça e Israel, e em alguns casos têm dado bons resultados, mas sempre com alguns problemas. Essa proposta orienta-se para estabelecer Operadoras de Planos de Saúde que competem para receber subsídios per capita do Estado pela preferência dos usuários. É como se fosse um modelo de *GP-fund holder*, substituindo os GPs pelas Operadoras. O Estado regula as regras pelo qual o modelo deve funcionar e o valor e o preço das capitas que são transferidas.

No caso da Holanda, a proposta de competição estruturada, implantada sob a coordenação de Alan Enthoven, um dos grandes aperfeiçoadores do modelo Kaiser Permanente, funcionou bem ao início, mas teve de ser reformulada posteriormente. Não por uma questão de equidade – tendo em vista que lá sempre existiu um mesmo plano para todos em razão dos processos de regulação impostos pelo Governo –, mas por uma questão de que ações de saúde pública, como promoção, prevenção e diagnóstico precoce, não tinham os incentivos adequados para funcionar no modelo.

Nesse sentido, o Estado Holandês montou uma organização para oferecer a todos, em caráter obrigatório, políticas e ações de promoção, prevenção, diagnóstico e detecção, com ênfase em doenças crônicas, a fim de evitar a mortalidade precoce por estas doenças e reduzir os custos crescentes dos tratamentos que elevavam os custos do sistema. No Brasil, uma proposta como a holandesa poderia ser viável, mas em um futuro distante. Ainda não estamos preparados para tal.

Na América Latina, o exemplo mais conhecido foi o da Colômbia. Como desenho legal e projeto de transição era perfeito. A Lei 100, que instituiu a Reforma da Colômbia, foi uma das mais bem elaboradas no gênero. No entanto, a Reforma Colombiana tem patinado por mais de uma década. Principalmente, porque não cumpriu com os propósitos de equidade progressiva que estava na base da proposta original. A separação entre os Regimes Contributivos e Subsidiados deveria acabar com o tempo, unificando os mesmos direitos de acesso. Contudo, a separação permaneceu e a existência de dois regimes com benefícios diferentes – o contributivo e o subsidiado – acabou sendo permanente por mais de 10 anos. As críticas da sociedade ao Sistema começaram a aumentar e a Corte Constitucional Colombiana obrigou a unificar os planos de benefícios para todos. Atualmente, a Colômbia passa por uma reforma de saúde para atender a esses princípios.

Os estudos de economia da saúde, desde a época de Keneth Arrow, estão fartos de mostrar as assimetrias de informação e outras disfuncionalidades nas normas da economia do bem-estar, que impedem que as soluções puras de mercado contribuam para a eficiência e a equidade em saúde. A fragmentação institucional das formas de organização do setor saúde traz uma série de consequências negativas, tais como: a duplicação de coberturas para alguns, ao lado de ausência de coberturas para outros; a seleção adversa de pacientes por parte dos provedores e a seleção adversa de procedimentos por parte dos assegurados; a falta de coordenação entre as funções de saúde pública e sua continuidade nos serviços de saúde; a baixa integração entre os mecanismos de promoção, prevenção, atenção médica e reabilitação, custos elevados para o Estado e para a população; e iniquidades nos padrões de saúde entre distintos segmentos da população.

Acredito plenamente na relevância do papel do Estado em conduzir o processo pelo qual se deve regular a organização da prestação de serviços de saúde. Mas não importa que haja pluralismo. O importante é garantir que o funcionamento da pluralidade de sistemas de saúde estruture-se de forma contínua e regulada e que não permita um funcionamento fragmentado do acesso, da cobertura e do financiamento, como ocorre no caso de muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento. E sabemos que o setor privado por si só não é capaz de resolver os problemas de organização do setor pela via de soluções de mercado.

Caminhos possíveis para a integração do sus com a saúde suplementar

Ainda que uma maior coordenação entre o SUS e a Saúde Suplementar, com vistas a integrar nosso pluralismo seja necessária, existem muitos caminhos a pensar. São muitos problemas a serem enfrentados e todos eles necessitam de uma micromecânica fina, que não poderia ser abordada no curto espaço que temos para a discussão deste artigo. No entanto, podemos dizer que essa micromecânica não funcionaria se as condições mais gerais onde elas possam operar não estão dadas.

Propomos dois caminhos que possam sintetizar o debate: um mais na perspectiva do seguro competitivo (mercados de competição administrada pelo setor público) e outro na perspectiva do modelo Beveridgeano (sistema único com seguros complementares).

Não se pretende, neste texto, optar por um ou outro desses caminhos, mas simplesmente tecer considerações sobre possíveis processos de estruturação de cada uma dessas vias, para dar início ao debate público sobre o tema, o qual deve ser fruto da vontade primeiro dos cidadãos brasileiros e, em segundo lugar, de todos os atores envolvidos na organização, no financiamento e na prestação de serviços de saúde, tanto no setor público como no privado.

A VIA COMPETIÇÃO ADMINISTRADA (VCA)

O que estamos chamando de VCA passaria pelos seguintes processos em longo prazo:

- a) O SUS seria estruturado em modelos gestão e entrega de serviços que se originariam das operadoras de planos da Saúde Suplementar, convertendo-se a malha pública atual do SUS em operadoras públicas.
- b) Seria obrigatório a todos ter um cartão de saúde unificado e afiliar-se a uma operadora pública ou privada que seria encarregada de oferecer serviços de saúde.
- c) O financiamento seria público, mas passaria a ser feito por meio de subsídios a demanda, isto é, transferência de recursos para as operadoras, na forma de cápita, a partir da preferência da escolha dos indivíduos por uma operadora pública ou privada.
- d) O governo calcularia o valor da cápita por meio do custo de todas as intervenções de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação que estão cobertas atualmente pelo SUS, em uma perspectiva realista do valor dessas prestações e de sustentabilidade do financiamento. O cálculo das cápitas também atenderia a fatores de risco demográfico (idade e sexo) social, econômico, epidemiológico e geográfico. No valor dessa cápita estariam incluídos exames, medicamentos e terapias especializadas. Cada operadora desenvolveria o sistema de pagamento aos prestadores (pagamento por serviço, DRG etc.) da forma que lhes pareça mais conveniente.
- e) Uma vez realizada a escolha, os indivíduos teriam de permanecer pelo menos cinco anos na operadora eleita para que esta tenha incentivos para a promoção e prevenção de saúde dos assegurados no sentido de baixar a sinistralidade associada à saúde deles.
- f) Todas as operadoras, e sua rede de prestadores, teriam de ser acreditadas para iniciar sua operação e ser reavaliadas a cada dois anos. Haveria empresas acreditadas para acreditar as operadoras e redes de saúde. Também haveria entidades sem fins de lucro encarregadas de avaliar a performance das operadoras.
- g) As operadoras poderiam funcionar por modelos de integração horizontal (contratação de prestadores) ou vertical (ter a própria rede de prestadores). Mas seria obrigatório que cada operadora organizasse, como porta de entrada, um esquema de saúde da família que se obrigaria das medidas básicas de promoção e prevenção e faria a referência (bem como acompanharia a contrarreferência), no caso da necessidade de uso de níveis maiores de complexidade.
- h) As operadoras teriam de atuar localmente, no sentido de terem de responder e prestar contas ao poder da autoridade regional de saúde (poderia ser Secretaria Estadual, Municipal ou mesmo um Consórcio de Saúde). Nada impede que possam ser organizadas redes nacionais de operadoras, mas estas teriam de observar uma regulamentação nacional dos

limites de como deveriam operar, a fim de se evitar a formação de trustes ou cartéis que poderiam ser nefastos aos cidadãos.

- i) As operadoras deverão estruturar-se de forma a prestar contas à sociedade e ter um modelo de participação da sociedade em sua gestão. Pelo menos um dos membros do Conselho da Operadora deverá ser indicado pela sociedade civil local por meio de processos eletivos. Esse membro poderá representar juntas locais de pacientes que acompanharam o processo pelo qual funcionam as operadoras e apontarão eventuais problemas e falhas que ameaçam temas como a segurança e a satisfação da comunidade.
- j) Baseando-se na experiência holandesa, poder-se-ia criar, no nível da autoridade regional de saúde, um serviço público que se encarregasse de executar e articular as medidas coletivas de saúde pública com o modelo de promoção e prevenção utilizado pelas operadoras, a fim de se manterem as condições necessárias de controle dos fatores de risco que poderiam aumentar a sinistralidade da saúde na região.
- k) As operadoras públicas e privadas poderiam organizar planos complementares de saúde para dar facilidades de hotelaria, exclusividade e cuidados alternativos (estética, longevidade, genética etc.) aos cidadãos que desejassem livremente pagar por esses serviços. No entanto, antes de oferecer essas modalidades, as operadoras deveriam submeter-se a uma avaliação detalhada de que não seriam entregues serviços por essa via que integrem o conjunto das prestações do SUS e que a organização dos planos complementares não prejudicaria a organização e a entrega dos serviços contidos no conjunto das prestações do SUS para os cidadãos afiliados.
- l) Uma variante desse modelo poderia ser que toda a atenção básica (incluindo aquela prestada pelas equipes de saúde da família) seja de responsabilidade da autoridade regional de saúde. Esta organizaria toda a porta de entrada e as facilidades do primeiro nível de atenção (incluindo o transporte sanitário – Samu), deixando para as operadoras públicas e privadas de saúde a organização do segundo e do terceiro nível de atenção. Nesse caso, mesmo que a atenção básica seja pública, os cidadãos poderão escolher a operadora pública e privada que irá cuidar dos serviços que necessitarem nos níveis secundário e terciário. O importante, nesse caso, é que as autoridades regionais tenham o total controle do acesso à tecnologia, a fim de evitem o uso desnecessário de tecnologia de baixa relação custo-efetividade e a escalada dos custos gerais do sistema.
- m) Uma segunda variante seria fazer que as operadoras públicas e privadas atuem somente até determinado nível de custos e complexidade, deixando uma lista de procedimentos de alto custo e tecnologia totalmente financiada à parte e à mercê da organização de uma entidade pública. Isso evitaria que houvesse um processo de descreme que, de certa forma acaba ocorrendo, onde as operadoras privadas tenderiam a se especializar em perfis de ris-

co de pacientes que necessitam de ações de complexidade mais baixa e custo mais baixo, enquanto que as públicas se especializaram em receber os pacientes de mais alto custo e complexidade.

A VIA BEVEREDIGENIANA COMPLEMENTAR (VBC)

Esta via organizar-se-ia a partir do seguinte esquema:

- a) Manteria a integralidade dos serviços prestados pelo SUS nas mãos de autoridades regionais de saúde (estados, municípios, redes regionais a partir de consórcios etc.), as quais seriam responsáveis por entregar a integralidade dos serviços que compõem o SUS a todos os cidadãos.
- b) Facultaria às operadoras de saúde a entrega de serviços complementares àqueles entregues pelo SUS, proibindo estas de competir com o SUS na entrega de serviços similares.
- c) As regiões de saúde deveriam organizar-se em redes de saúde, tendo como porta de entrada o modelo de saúde da família e uma rede hierarquizada de prestadores que entregariam os serviços referidos pelas equipes de saúde da família. Não haveria possibilidade de que os indivíduos acessem aos serviços de complexidade secundária e terciária por meio de outras modalidades, com exceção dos casos de urgência ou emergência, regulados pelas normas vigentes. Falsas urgências ou emergências para se evitar a passagem pelas equipes de saúde da família seriam severamente punidas.
- d) O financiamento das redes seria feito por meio de transferências em bloco baseadas em valores per capita de cada rede. O cálculo das cÁPitas atenderia aos processos descritos no item correspondente da VCA. As transferências em bloco seriam antecipadas trimestralmente pelas autoridades regionais de saúde às redes e ajustadas ao final de cada trimestre, mediante prestação de contas dos custos incorridos e o desempenho de acordo com metas negociadas junto às autoridades regionais de saúde. Parte dos ajustes poderia estar associada ao desempenho e ao cumprimento das metas. Para tal, as redes deveriam estabelecer sistemas de contabilidade de custos e de monitoramento e avaliação interna (tipo *balanced scorecards*).
- e) As redes deveriam ser acreditadas para iniciar sua operação e ser reavaliadas a cada dois anos. Haveria empresas acreditadas para acreditar as redes de saúde. As autoridades regionais desenvolveriam oficinas de auditoria de saúde para avaliar o desempenho das redes e verificar se as informações prestadas estão sendo reportadas com fidedignidade.
- f) As redes teriam uma administração autônoma e poderiam eleger o tipo de sistema de remuneração aos provedores (incluindo pessoal) que quiserem. No entanto, se tiverem desempenho insatisfatório, poderão ser objeto de intervenção para a escolha de nova gestão. As redes também incluirão no seu conselho de gestão representante das comunidades que representarão alianças de cidadãos de saúde em cada região.

- g) As operadoras de planos de saúde complementares poderão organizar-se livremente, de acordo a legislação vigente, e receberão a demanda voluntária dos indivíduos e famílias que desejarem ter planos complementares. As empresas também poderão oferecer e financiar a seus empregados e dependentes os planos complementares.
- h) As listas de serviços complementares deveriam ser objeto de regulação das autoridades regionais de saúde, as quais fiscalizariam a não existência de serviços concorrentes com o SUS e também garantiriam fiscalização para a qualidade e segurança dos pacientes nos serviços complementares.
- i) As operadoras e suas redes de serviços complementares também deveriam ser licenciadas pelas autoridades regionais de saúde e acreditadas, para iniciar sua operação, sendo reavaliadas a cada dois anos. Haveria empresas acreditadas para acreditar as operadoras e entidades sem fins de lucro encarregadas de avaliar a performance das operadoras.
- j) O financiamento das operadoras de serviços complementares seria feito diretamente pelos prêmios pagos por indivíduos ou empresas. O mercado definiria o valor desses serviços, não sendo o valor dos prêmios objeto de regulação pública. As condições financeiras e as características dos mercados seriam avaliadas para se evitarem processos de cartelização que venham a gerar danos para os consumidores.

Considerando a sua complexidade, tanto do modelo VCA como do VBC, sua implementação teria de ser progressiva. O ideal seria eleger um município, conjunto de municípios ou estado que pudesse servir de modelo para a implementação desse modelo, testando-se os instrumentos organizativos necessários ao seu funcionamento. As inovações relacionadas a esse modelo poderiam vir tanto das experiências inovadoras do SUS, como daquelas porventura existentes nas operadoras da saúde suplementar.

Considerações finais

Um dos grandes dilemas na adoção de soluções para problemas públicos, como o do acesso e equidade em saúde, concentra-se nas diferenças entre meios e fins. Se a finalidade é garantir um sistema que garanta cobertura universal sustentável, com eficiência e equidade, os meios para tal não devem ser rígidos, mas devem ser objeto de uma regulação que permita tal fim. No entanto, muitos preferem fixar os meios, tais como o sistema tem de ser baseado unicamente na organização e na provisão pública. E, com isso, criam-se imensas travas para alcançar a universalização, considerando-se que o Estado passa a se preocupar mais com a garantia dos meios do que com o alcance dos fins.

Em 15 anos de regulamentação da saúde suplementar, ainda não se conseguiu nenhum entendimento sobre como o SUS e os Planos de Saúde deveriam coordenar e somar esforços para garantir, de forma equitativa, uma atenção universal de saúde com qualidade no Brasil. O que vemos é um

setor jogando lama no outro. A coordenação e o diálogo entre os dois setores, na busca de certa forma de complementariedade, só traria benefícios para os brasileiros.

A perspectiva de estruturar melhor a relação entre o SUS e a Saúde Suplementar deve ser pensada como meio para se evitar que a segmentação do sistema de saúde brasileiro mantenha o SUS, no médio e longo prazo, como um sistema que preste assistência à saúde dos pobres e atue como um ente ressegurador para procedimentos de alta complexidade para a classe média e os ricos, como já vem ocorrendo atualmente.

Os maus resultados da atual fragmentação expressam-se na falta de coordenação entre o SUS e a saúde suplementar. É evidente que, se o SUS pudesse progressivamente se organizar para oferecer um conjunto de serviços essenciais de boa qualidade e deixasse que os planos atuassem de forma complementar, como ocorre de certa forma no Canadá e na Inglaterra, poderia melhorar a qualidade e a cobertura vertical dos serviços do SUS. Mas isso não acontece justamente porque a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS não atende aos requerimentos da classe média e da alta, fazendo que haja uma coexistência entre o SUS e a saúde suplementar, sobre a base de um modelo competitivo, mas de forma assimétrica. No atual modelo, o SUS atua subsidiando os planos privados em áreas onde os planos têm custos mais elevados, levando seus assegurados à utilização dos serviços de alta tecnologia do SUS sem pagar ou recuperar custos.

Contudo, mesmo que a opção futura da sociedade seja a existência de um modelo competitivo entre estes dois setores, é necessário fazer que haja condições e recursos similares para estruturar a competição. Só assim os cidadãos poderão escolher o setor que melhor lhes convier em condições de igualdade de oferta.

Referências Bibliográficas⁴

1. Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar no Brasil. Rio de Janeiro: ANS; 2002.
2. Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatísticas (Ibope). Pesquisa Ibope-CNI de junho de 2013. Disponível em: <http://www.portaldaindustria.com.br/cni/publicacoes-e-estatisticas/publicacoes/2013/06/1,4053/pesquisa-cni-ibope-avaliacao-do-governo.html>.
3. Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatísticas (Ibope). Pesquisa Ibope-CNI de setembro de 2011. Disponível em: <http://www.cni.org.br/portal/data/pages/FF80808134CE91AD-0134D2267E4E09D3.htm>.
4. Foubister T, Thomson S, Mossialos E, McGuire A. Private medical insurance in United Kingdom. London: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2006.

4 FORMATAÇÃO VANCOUVER, ADOTADA PELO AUTOR.

4

RENATO TASCA

UNIVERSALIDADE EM SAÚDE: OBJETIVO ESTRATÉGICO PARA A TRANSFORMAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NOS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA E CARIBE



Resumo

Neste texto apresenta-se uma visão geral sobre as principais dimensões de cobertura universal e reflete-se sobre a importância de o setor público assumir uma atitude proativa em direção a esse objetivo. Analisam-se as capacidades, as estratégias e as políticas que caracterizam (ou deveriam caracterizar) os sistemas de saúde dos países que pretendem avançar em direção à universalização em saúde, compativelmente com os espaços de transformação definidos pela cultura e pelo desenho político-institucional de todos os países.

Introdução – O desafio das desigualdades em saúde

As desigualdades sociais e, em particular, as desigualdades em saúde, representam o principal desafio para os sistemas de saúde na região das Américas. Embora, nas últimas décadas, os países da América Latina e do Caribe tenham experimentado melhorias notáveis nos principais indicadores de saúde, como a mortalidade infantil ou as coberturas de vacinação por DPT, os indicadores que comprovam essas conquistas são calculados em base nas médias regionais e escondem desigualdades profundas e persistentes, com um grande número de pessoas que

não tem acesso, ou tem acesso limitado, à atenção à saúde de qualidade e pertinente com as necessidades.

A região das Américas não é nem a mais rica nem a mais pobre do planeta, porém apresenta maior desigualdade em resultados de saúde que outras regiões. Apesar de uma redução nos níveis de pobreza na região, 36,5% da população ainda são pobres, enquanto aqueles que vivem em extrema pobreza são 13,4%, totalizando 125 milhões de pessoas excluídas do acesso aos serviços básicos de saúde. Essas inequidades são perturbadoras: a desigualdade na saúde representa um obstáculo concreto para o pleno desenvolvimento das pessoas e das comunidades dos países da América Latina e Caribe (ALC)^{1,2}.

As inequidades decorrentes da grande diversidade geográfica, histórica e cultural dos países das Américas refletem-se nos seus sistemas de saúde, que, na maioria dos países, são caracterizados por altos graus de segmentação e fragmentação. Essas deficiências causam desigualdades no acesso e no uso efetivo de serviços de saúde e repercutem de forma dramática em alguns indicadores de saúde.

Nas últimas décadas, a desigualdade na saúde diminuiu na maioria dos países de ALC. Essa redução deve-se, entre outros fatores, ao fortalecimento dos sistemas de saúde desses países. A maioria deles desenvolveu, nas últimas décadas, progressiva descentralização da gestão e aumento da participação social. No entanto, ainda existem importantes fenômenos de exclusão do acesso aos serviços para os setores mais carentes da população, além de desigualdades ligadas a fatores como gênero, etnia ou diversidade cultural. Quando a população é comparada por nível de renda, observam-se diferenças importantes na percepção da própria saúde, já que o grupo de maior renda tende a considerar sua saúde como melhor em comparação com os grupos mais desfavorecidos economicamente.

Melhores situações de saúde garantem processos de desenvolvimento humano harmoniosos e sustentáveis. A partir dessa perspectiva, trabalhar para atingir a cobertura universal significa contribuir para o desenvolvimento dos países da região das Américas. Reduzir a desigualdade na saúde é um grande desafio para a região, não só para o setor da saúde, mas para todos os setores, pois um país saudável é um motor para o desenvolvimento da sua sociedade³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem enfatizado a importância da cobertura universal como o objetivo principal da transformação dos sistemas de saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) também manifestou apoio ao avanço para a universalização da atenção à saúde como uma das prioridades da região das Américas e como objetivo de desenvolvimento pós-2015^{4,5}.

Universalizar a saúde: desafio e objetivo dos sistemas de saúde da ALC

Desde a Declaração de Alma-Ata de 1978, resumida no *slogan* Saúde para Todos, há um consenso significativo sobre a necessidade de que todas as pessoas tenham acesso a uma atenção à saúde integral, de qualidade, “centrada nos usuários”, humanizada, intercultural, baseada

nas necessidades das pessoas e legitimada pela participação da sociedade. No seu documento intitulado *A renovação da atenção primária à saúde nas Américas*, publicado em 2005, a OpaS reafirma os princípios de Alma-Ata e reitera os valores fundamentais desta estratégia: direito ao mais alto nível possível de saúde, equidade e solidariedade⁶. Desde então, a região das Américas demonstrou renovado interesse na universalização da atenção à saúde. No relatório da OMS intitulado *Atenção primária à saúde: agora mais do que nunca*, publicado em 2008, a universalização da atenção à saúde é indicada como um dos quatro pilares fundamentais para a renovação da atenção primária à saúde⁷. O relatório da Comissão de 2010 sobre os modelos de financiamento dos sistemas de saúde analisa como os países podem progressivamente melhorar seus sistemas de financiamento da saúde para a cobertura universal⁸. Em 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou resolução que estimula os países-membros a acabar com os pagamentos diretos no momento da entrega dos serviços de saúde e a impedir que as famílias enfrentem despesas catastróficas por obter a atenção à saúde requerida⁹.

Posteriormente, o conceito de cobertura universal foi ampliado e incluído na agenda de desenvolvimento sustentável pós-2015. Em outubro de 2013, o Conselho Diretor da OpaS adotou a Resolução em que os estados-membros são convidados a reconhecer a necessidade de reforçar a proteção social em saúde para reduzir o impacto da pobreza sobre os resultados de saúde na Região das Américas¹⁰.

Cobertura universal em saúde: aspiração da sociedade, desafio para os sistemas públicos de saúde

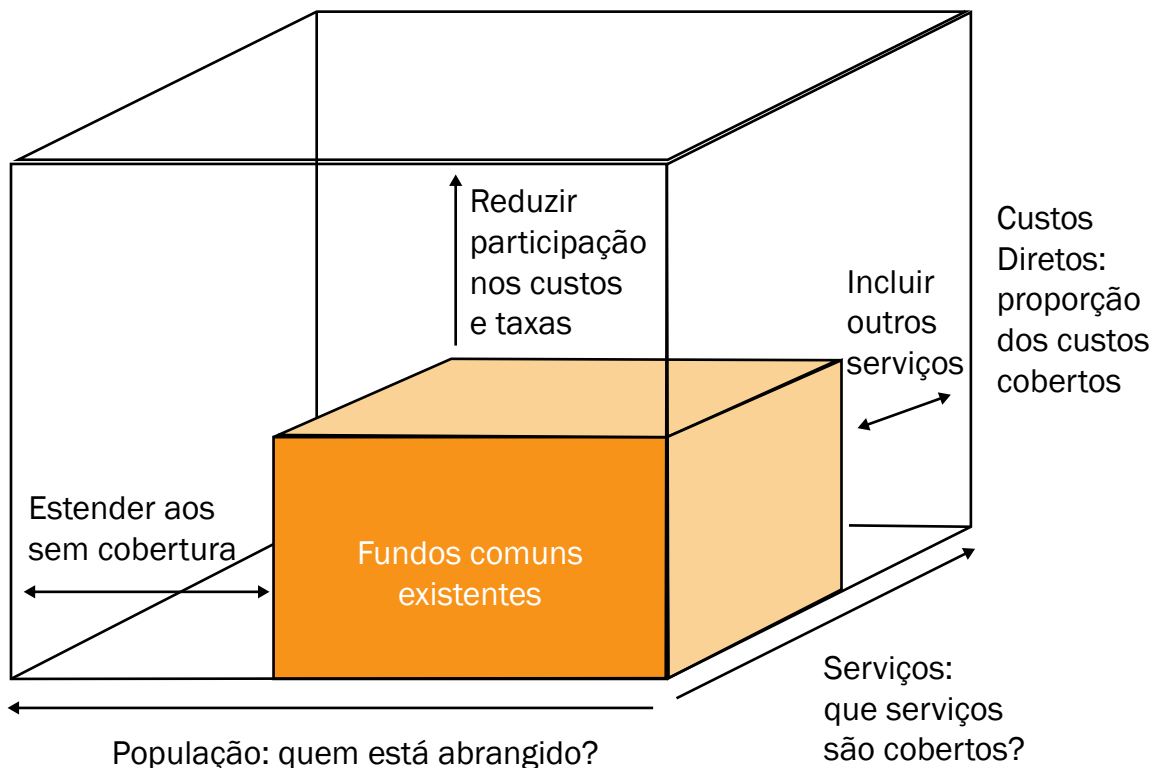
Cobertura universal em saúde significa garantir que todas as pessoas tenham acesso à atenção integral à saúde, com serviços de qualidade baseados nas necessidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades, sem barreiras econômicas que dificultem o acesso. É uma meta abrangente e fundamental para os sistemas de saúde das Américas.

Alcançar a cobertura universal significa concretizar o princípio da saúde como direito fundamental das pessoas. Portanto, quando se fala de cobertura universal, refere-se a uma legítima aspiração das sociedades dos países democráticos, e não de uma fria opção técnica. Os principais processos de reforma dos sistemas de saúde de ALC não foram deflagrados por discussões técnicas entre especialistas e tecnocratas, mas sim impulsados por processos inclusivos que envolveram e viabilizaram um diálogo construtivo com a maioria dos atores estratégicos e dos representantes da sociedade civil. Em muitos países, essas reformas impulsaram progressos significativos em direção à universalidade em saúde e permitiram que os mais excluídos, vulneráveis e pobres tivessem acesso à atenção integral à saúde, graças à implementação de políticas baseadas na estratégia da Atenção Primária à Saúde.

A cobertura universal incorpora três objetivos básicos das políticas de saúde: universalidade no acesso aos serviços e sua utilização; qualidade e pertinência dos serviços prestados; remoção das barreiras financeiras ao acesso. Constrói-se em cima de modelos de atenção com base na Atenção Primária à Saúde, centrados nas pessoas, interculturais e integrais (abrangendo promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos).

Cobertura universal em saúde: atenção à saúde pertinente e de qualidade para todos, sem barreiras financeiras

No informe mundial da saúde do ano de 2010, a OMS ofereceu uma descrição da cobertura universal desde a perspectiva do financiamento. Como é mostrado graficamente pelo “cubo” da figura abaixo, esta visão reconhece três principais dimensões necessárias para se alcançar a cobertura universal, em um modelo dinâmico em que as dimensões se sobrepõem e interferem uma com as outras. Por isso, indicar a universalidade em saúde só é possível mediante um processo gradual e progressivo.



Primeira dimensão: alcançar todas as pessoas

A primeira dimensão da cobertura universal refere-se à cobertura populacional. Essa dimensão representa o progressivo alcance de toda a população a serviços de saúde adequados. Alcançar todas as pessoas constitui o primeiro e gigantesco desafio para os sistemas de saúde da ALC: milhões de pessoas que moram nessa região ainda têm grandes limitações para obter, no tempo e no lugar certo, serviços de saúde de qualidade e que respondam às necessidades. A “transição social” das últimas décadas (descrita de maneira excelente por José Temporão nesta publicação) aumentou a conscientização das pessoas em relação aos próprios direitos à saúde. Sempre com maior força e frequência, essas pessoas fazem sentir a própria voz e reivindicam o direito a obter atenção à saúde humanizada, oportuna e de qualidade. Esse e outros fatores, como a transição demográfica e a epidemia de condições crônicas, colocam enormes pressões sobre os sistemas públicos de saúde e pedem mais serviços, com mais qualidade e proteção financeira.

A atual crise dos sistemas públicos, causada pelos rápidos fenômenos sociais e econômicos do início deste século, é decorrente de situações críticas de segmentação, fragmentação e subfinanciamento dos sistemas públicos de saúde em muitos países da ALC. Essas debilidades, junto com a sobrecarga enfrentada pelos serviços de saúde decorrente das rápidas mudanças sociais, são responsáveis pelo insatisfatório desempenho da maioria dos sistemas de saúde da ALC. Perturbadora evidência desse fracasso é a persistência de grandes desigualdades em saúde, que discriminam os mais pobres e os mais vulneráveis das sociedades dos países da ALC^{11,12}.

Segunda dimensão: serviços de qualidade baseados nas necessidades

Se alcançar todas as pessoas é enorme desafio, proporcionar serviços oportunos é desafio ainda maior e é objeto da segunda dimensão da cobertura universal, que se refere à pertinência e à qualidade dos serviços de saúde prestados. Os países conseguiram avançar nessa dimensão implementando políticas que inovaram as práticas de saúde, introduziram estratégias baseadas na integração em rede dos serviços de saúde, fortaleceram a estratégia da atenção primária à saúde e a colocaram no centro do modelo de organização dos serviços.

No que diz respeito à qualidade dos serviços, os países da região conseguiram resultados importantes governando a variabilidade das decisões clínicas, utilizando guias e protocolos compartilhados e baseados em evidências, introduzindo políticas efetivas de melhoria da segurança dos pacientes e do pessoal de saúde. São ainda relativamente poucos os países que adotaram, em escala nacional, políticas de humanização da atenção, ou que realizam sistematicamente inquéritos nacionais de satisfação dos usuários com os serviços proporcionados pelo setor público ou que institucionalizaram instrumentos de escuta/ouvidoria dos usuários¹³.

Terceira dimensão: proteção financeira

A terceira dimensão da cobertura universal é relativa à proteção financeira. Essa última dimensão, também definida como “proteção de risco financeiro”, requer que os usuários recebam os serviços de saúde necessários sem barreiras econômicas ao acesso a serviços necessários de qualidade ou, pelo menos, sem ter de enfrentar o risco de empobrecer para pagar pela atenção à saúde¹⁴.

Os dois indicadores mais utilizados para acompanhar a proteção de riscos financeiros na área da saúde são a proporção de famílias que tiveram despesas catastróficas e a incidência de famílias que empobreceram devido a pagamentos diretos para obter os serviços de saúde requeridos. O primeiro é calculado com base no número de famílias que sofreram dificuldades financeiras, ou seja, que gastaram mais de 40% da renda para financiar os serviços de saúde necessários. O segundo indicador calcula a porcentagem de famílias que – independentemente do valor dos pagamentos – caíram na pobreza por terem gastado todos os recursos disponíveis para comprar serviços de atenção à saúde. Esse segundo indicador captura o fato de que mesmo pagamentos relativamente pequenos podem trazer graves consequências financeiras, especialmente para as pessoas que já vivem perto da linha de pobreza¹⁵.

Na maioria dos países, os custos diretos para a atenção à saúde representam alta proporção de gastos privados em saúde e aumentam os riscos para as famílias caírem na pobreza. Dados de 2010 indicam que os gastos efetuados diretamente pelos usuários, na maioria dos países da região, foram superiores a 25% da despesa total do setor saúde⁸.

Alguns países tiveram importantes resultados ao abolir (ou reduzir drasticamente) todas as formas de pagamento direto no momento da prestação, independentemente da sua natureza (preventiva, promocional, curativa, de reabilitação ou paliativa) e do lugar (hospital, ambulatório, casa, escola, pronto socorro etc.). Porém, a decisão da eliminação dos gastos efetuados diretamente pelos usuários deve ser planejada de forma cuidadosa, para preparar o sistema na resposta ao aumento da demanda que será causado pela remoção da barreira financeira¹⁶.

A cobertura universal de saúde e a estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa, atualmente, o modelo estratégico mais avançado para organizar a atenção à saúde dentro do paradigma da universalização. Ela tem se demonstrado estratégia vencedora para ampliar de forma significativa o acesso aos serviços de atenção à saúde. Nas últimas décadas, todos os países da região afirmaram terem adotado a APS como modelo transformador da atenção à saúde².

Os elementos mais relevantes que argumentam a tese de que a APS é a estratégia ideal para alcançar a universalização em saúde são: a integralidade do modelo de atenção à saúde, que abrange promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos; a adscrição da população em base territorial; a interdisciplinaridade; a centralidade na pessoa e nas redes de interação com a comunidade; a abordagem intersectorial voltada para o enfrentamento das determinantes sociais da saúde⁶.

As experiências na aplicação da estratégia da APS ensinam que, para se obter o impacto esperado, é preciso fortalecer o primeiro nível de atenção, para aumentar a sua capacidade de resposta e torná-lo fator central da integração dos serviços de saúde. Os países comprometidos com a universalização da saúde realizaram fortes investimentos em infraestrutura, recursos humanos, tecnologia e medicamentos para o primeiro nível de atenção. Assim mesmo, nessa visão da APS como eixo central do processo de universalização e integração da atenção à saúde, é fundamental que a ação do primeiro nível de atenção seja respaldada por sistemas logísticos e instrumentos de coordenação da atenção, para garantir a continuidade da atenção dos usuários dentro da rede de serviços^{17,18}.

O desafio dos recursos humanos para a universalização da atenção

Cabe destacar que não pode ter serviços de qualidade sem recursos humanos competentes e comprometidos, com combinação adequada de habilidades e distribuídos de acordo com as necessidades da população. A capacidade do setor de saúde para atender à demanda da população varia em toda a região. Enquanto o Uruguai lidera o *ranking* de recursos humanos para saúde com 59 por 100 mil habitantes, países como Bolívia ou Equador encontram-se com valores de 17,4 e 8,9 por 100 mil, respectivamente, ambos muito abaixo da meta regional de 25 por 100 mil habitantes. Esta meta foi proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2006 para garantir nível mínimo desejável de cobertura das intervenções básicas de saúde pública. Essa proposta baseia-se em um estudo da escassez global de profissionais realizado pela Joint Learning Initiative, que estima que, em países com menos de 2,5 profissionais de saúde (contando apenas médicos, enfermeiros e parteiras) por 1.000 habitantes, não é possível alcançar 80% de partos atendidos por pessoal qualificado ou ter êxito nos resultados na vacinação contra o sarampo. O alcance da meta foi medido pela Opas no período entre 2009 e 2012. Apenas 12 dos 24 países superaram a densidade mínima recomendada pela OMS de 25 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e parteiras) por 10 mil habitantes^{19,20}.

Mesmo que aumentar a densidade de profissionais de saúde seja um objetivo fundamental para alcançar a universalidade, é importante notar que esse indicador não leva em conta a distribuição do pessoal em cada país. Por exemplo, em 2009, no Chile, foram registrados cerca de 30 mil médicos, com uma relação de cerca de 18 médicos por 10 mil habitantes. No entanto, quando se analisa

a distribuição geográfica, observa-se que 73% dos médicos estão localizados na área central do país, perto da capital, que registra uma taxa de 21,2 médicos por 10 mil habitantes. No norte do país, esta proporção diminui para 12 médicos por 10 mil habitantes, ou seja, quase a metade da quantidade presente na zona central. No Peru, 47,7% dos trabalhadores de saúde no país estão localizados apenas na capital Lima e seu porto. Em Lima, há 15 médicos por 10 mil habitantes, enquanto na cidade de Ayacucho, uma região pobre da Sierra do Peru, a proporção é de pouco mais de cinco médicos por 10 mil habitantes.

As experiências dos países que conseguiram melhorar as competências dos trabalhadores de saúde e proporcionar os incentivos adequados para avançar rumo à universalização da atenção à saúde contaram com o forte compromisso do governo e o desenvolvimento de parcerias sólidas com os centros de ensino²¹.

Características distintivas dos sistemas de saúde que indicam a universalidade

Sistemas de saúde “de nova geração” e o desafio do monitoramento da cobertura universal em saúde nos países da ALC

Para implementar políticas bem-sucedidas voltadas para a cobertura universal, a maioria dos sistemas de saúde dos países da ALC precisa entrar em um processo de transformação, para se converter em sistemas de saúde “de nova geração”. Esses sistemas precisam desenvolver novas habilidades, construir consenso, implementar abordagens, soluções e estratégias inovadoras. Por isso, é preciso desenvolver uma métrica adequada que ajude os países e a região a construir o caminho rumo à cobertura universal em saúde.

Para monitorar o progresso dos países em direção à universalização, é preciso analisar as três dimensões da cobertura universal, relativas a população, serviços e proteção financeira. A OMS e o WB propõem metodologia para se avaliarem os progressos alcançados em nível local e global, sugerindo-se abordagens e critérios para a definição de indicadores para cada uma das três dimensões citadas²². Porém, para construir caminhos sustentáveis e equitativos para avançar até a universalização, medir apenas as três dimensões pode revelar-se insuficiente. Análise abrangente deve também levar em conta o contexto no qual o sistema de saúde opera e assim mesmo deve avaliar as suas reais capacidades de enfrentar os desafios da universalização. Se a cobertura universal é o principal objetivo da transformação dos sistemas de saúde, a sua capacidade efetiva de avançar rumo à universalidade também deve ser objeto da análise.

No ano de 2013, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) realizou uma análise da situação dos países da ALC em relação ao alcance da cobertura universal em saúde¹³. Essa iniciativa permitiu identificar alguns fatores essenciais para avançar em direção à cobertura universal, os quais foram divididos em duas categorias principais.

A primeira categoria refere-se ao compromisso do Estado com os princípios da universalidade e da equidade em saúde, entendida como “vontade política” do governo e medida pela porcentagem do PIB destinado ao financiamento do gasto público do setor saúde. Essa categoria inclui condições e instrumentos políticos-institucionais que indicam a universalidade e a equidade, como a existência de um quadro legal coerente com o direito à saúde, além de Planos, Estratégias e Políticas de saúde pertinentes com o objetivo estratégico da universalidade da atenção à saúde. Essa categoria inclui ainda a implementação de medidas em prol da equidade, como o *pooling* solidário das fontes públicas de financiamento do setor e a abolição de qualquer tipo de pagamento direto do usuário no momento da prestação.

A segunda categoria diz respeito às estratégias e capacidades habilitadoras que os sistemas de saúde devem possuir para enfrentar com sucesso os desafios da universalidade. A análise da Opas citada anteriormente identificou quatro capacidades e estratégias relevantes:

- Capacidade de articular as políticas de saúde com as dos outros setores para enfrentar as determinantes sociais da saúde.
- Implementação de estratégias de diálogo social e de mecanismos efetivos de participação, que permitam a real inclusão das pessoas e dos outros atores estratégicos em todo o ciclo das políticas públicas.
- Capacidade de regulação do funcionamento do sistema de saúde, com particular atenção às profissões médicas, estabelecimentos de saúde e incorporação de tecnologia sanitária, inclusive medicamentos.
- Eficiência no uso dos recursos, transparência e prevenção de más práticas.

Esta parte do documento será, portanto, dedicada a analisar esses fatores, que são considerados chave para que os sistemas de saúde dos países da ALC melhorem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde e garantam a equitativa alocação de recursos.

A saúde como direito de todos e a importância de quadros legais adequados

Para ser alcançada de forma sustentável, a cobertura universal precisa da liderança das autoridades de saúde, do envolvimento da comunidade e do compromisso político dos governos em fortalecer os sistemas de saúde. Embora as constituições de vários países consagrem a saúde como direito

de todos os cidadãos, a concreta realização da universalização da atenção à saúde ainda está longe de ser alcançada na maioria dos países da ALC, em que se observa a persistência de desigualdades.

Condição essencial para avançar até a cobertura universal é a existência de quadros jurídicos que consagrem a saúde como direito de todos e como dever do estado proporcionar atenção integral e sem exclusão. A Opas realizou, no ano de 2013, análise regional dos quadros legais dos países que sustentam o direito à saúde e a universalidade. Dezenove países latino-americanos têm disposições da Constituição que garantem o acesso à atenção à saúde²³. Além disso, alguns países ratificaram tratados internacionais, como o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; a Convenção sobre os Direitos da Criança; e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Esses tratados consagram o direito à saúde e estabelecem diferentes mecanismos para protegê-lo. Os resultados deste trabalho indicam que os quadros legais mais efetivos na defesa do direito à saúde têm as seguintes características:

- o direito à saúde está consagrado na Constituição;
- a legislação nacional vigente ratifica convênios ou outros regulamentos internacionais relacionados com o direito à saúde;
- a legislação inclui normas com força de lei, específicas para o setor saúde, que garantem a atenção universal à saúde;
- a proteção financeira está prevista no ordenamento jurídico (por exemplo, despesas catastróficas);
- a legislação em vigor no país incorpora conjuntos definidos de insumos e serviços de saúde garantidos para todas as pessoas.

Construindo o caminho para a universalização: planos, estratégias e políticas nacionais de saúde

Os princípios de direito à saúde, universalidade da atenção e equidade em saúde, declarados pelas cartas constitucionais de muitos países da ALC, precisam ser reiterados nos planos estratégicos e nas políticas nacionais relativas ao setor saúde para que sejam concretizados. Preparar os sistemas de saúde para os desafios da cobertura universal requer um conjunto forte e abrangente de políticas públicas que torne explícita e transparente a intenção do estado de universalizar a atenção à saúde.^[24]

Nesse campo, a experiência dos países é muito variada e heterogênea. Alguns países posicionam a cobertura universal no centro da agenda de saúde. Outros fazem referência à universalização e à equidade em saúde como conceitos básicos da Estratégia Nacional de Saúde. Outras experiências utilizam instrumentos específicos, como planos estratégicos de reforma do setor, para dar maior impulso ao processo de universalização.

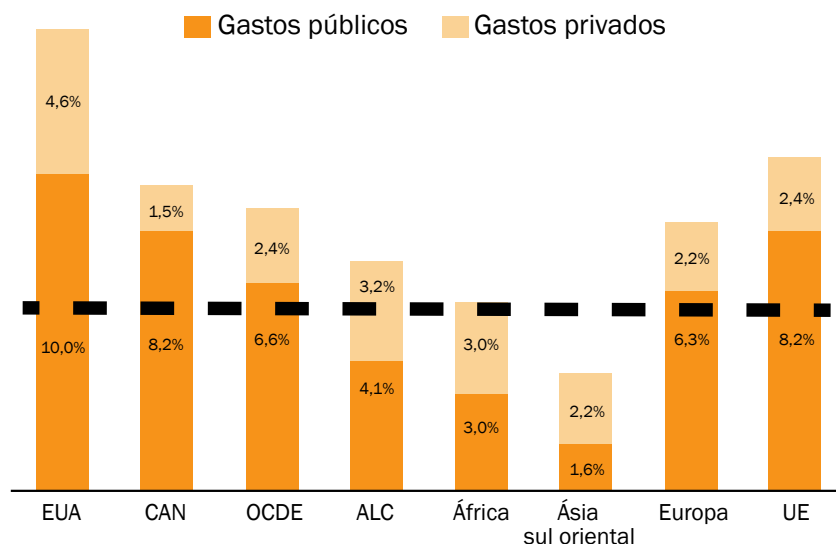
Em contrapartida, muitos países, mesmo não declarando abertamente a universalização da atenção, reduziram as desigualdades implementando políticas ou programas específicos de ampliação do acesso aos serviços de saúde, que priorizaram os pobres e as populações periféricas e marginalizadas.

Também é importante lembrar que as políticas direcionadas a metas estratégicas desafiadoras, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), são fundamentais para se avançar rumo à universalização: os países que implementaram políticas efetivas para alcançar um ou mais dos ODM foram premiados com resultados importantes em termos de aumento do acesso a serviços de qualidade por parte das populações mais pobres e mais desfavorecidas, na área materno-infantil, HIV/Aids, tuberculose e malária.

Prioridade fiscal

Do ponto de vista do financiamento, o melhor indicador do compromisso político com a universalidade e a equidade em saúde é a prioridade fiscal que o poder público confere à saúde. É por isso que o gasto público em saúde, indicado como porcentagem do PIB, é considerado indicador-chave para avaliar a “vontade política” do governo e o seu real compromisso com a universalidade e a equidade. Porém, na maioria dos países da ALC, a parcela do PIB que vai financiar o gasto público na saúde é insuficiente para viabilizar medidas efetivas e de ampla escala para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços. O gráfico abaixo mostra que os países da América Latina e do Caribe estão ficando para trás de outras regiões em termos de despesas de saúde em porcentagem do PIB em 2010.

Gasto em saúde como porcentagem do PIB, 2010



Mesmo que o subfinanciamento, às vezes crônico, dos sistemas públicos de saúde represente grande inimigo da universalização da atenção, deve-se destacar que, mesmo em condições de escassa disponibilidade de financiamentos para saúde, alguns países conseguiram avanços significativos em termos de maior acesso e mais equidade em saúde^{8,25}.

Alguns deles, como El Salvador, implementaram com sucesso programas para aumento do acesso e da qualidade da atenção à saúde nas áreas rurais mais pobres do país, financiados graças ao remanejamento nos mecanismos de alocação de recursos. Esse exemplo traz evidências de que, mesmo em situações de escassez de recursos, é possível aumentar o acesso e reduzir as desigualdades na saúde. Esse país alcançou resultados importantes na redução das desigualdades em tempo relativamente breve, graças aos investimentos direcionados aos serviços do primeiro nível de atenção em áreas rurais e à melhoria dos mecanismos de coordenação assistencial (implementação de redes integradas de serviços de saúde)²⁶.

Os países que inovaram os próprios mecanismos de financiamento da saúde trabalharam essencialmente na redução dos efeitos negativos da segmentação do financiamento sobre a equidade em saúde, presente em muitos países da ALC. Alguns países tiveram a possibilidade de introduzir reformas que reduziram ou acabaram completamente com a segmentação, como, por exemplo, o do Brasil com a criação do SUS. Em outros países, os contextos políticos e institucionais não permitiram soluções radicais, nem tiveram cenários propícios para mudanças tão drásticas dos próprios mecanismos de financiamento. Por isso, alguns países estão experimentando soluções alternativas, geralmente baseadas no *pooling* dos recursos para saúde e integração funcional dos provedores públicos. As evidências hoje disponíveis são insuficientes para avaliar o impacto dessas soluções, e isso deverá ser objeto de estudo e análise nos próximos anos na região.

Dispor de informação financeira em dia também é uma condição importante para planejar o caminho rumo à universalização. A maioria dos países da ALC que conseguiram coberturas importantes por parte do setor público de saúde conta com mecanismos e instrumentos que permitem coletar e analisar sistematicamente os dados relativos ao gasto e financiamento da saúde, viabilizando gerenciar de forma eficiente os recursos destinados à saúde, a sua alocação e a qualidade da execução orçamentária.

Intersetorialidade e ação contra os determinantes sociais da saúde

Uma visão estratégica que posiciona a saúde em todas as políticas é muito importante para que a região como um todo avance na agenda da cobertura universal. Por isso, o diálogo político entre as autoridades de saúde pública e outros setores do governo, tanto em nível nacional como local, é fundamental para viabilizar políticas públicas abrangentes, orientadas a controlar os determinantes sociais da saúde. Questões como o crescimento urbano, a migração,

o mercado de trabalho informal etc., são desafios que todos os setores terão de enfrentar nas próximas décadas^{27, 28}.

Nem sempre as autoridades de saúde possuem as capacidades institucionais e os instrumentos técnicos necessários a dialogar com os outros setores e capturar o interesse deles para implementar com sucesso iniciativas voltadas a construir sinergias em prol da melhoria das condições de saúde da população. Para isso, alguns países instituíram mesas ou fóruns intersetoriais que orientam e influenciam as políticas públicas nacionais e locais de controle dos determinantes sociais da saúde¹³.

Nos países nos quais o financiamento do sistema de saúde e outros setores da área social dependem da cooperação internacional, mesmo que parcialmente, nenhuma ação efetiva rumo à universalização da atenção se torna possível sem uma coordenação eficaz da ajuda externa por parte da autoridade sanitária nacional.

Capacidade regulatória

A existência e implementação efetiva de quadros regulatórios é considerada fundamental para que os componentes do sistema de saúde operem de forma coerente para sustentar políticas que apontam a universalidade e equidade. A capacidade de regular o setor da saúde é um dos principais fatores que permitem avançar em direção à cobertura universal, enquanto possuir instrumentos robustos de regulação é essencial para garantir a qualidade dos serviços, prevenir a discriminação ou outros comportamentos indesejáveis.

Os sistemas de saúde precisam de quadros e agendas regulatórias que assegurem que os vários elementos que constituem as redes de atenção a saúde (infraestrutura, equipamentos, recursos humanos, modelos de atenção e de organização, sistemas logístico e de apoio etc.) trabalhem seguindo diretrizes comuns, visando sustentar os processos de melhora do acesso e qualidade dos serviços de saúde, com equidade e solidariedade²⁹.

Com base na análise regional que foi realizada pela OPS¹³, é possível afirmar que as atividades de regulação mais relevantes para o avanço rumo à universalidade são:

- regulação dos seguros públicos de saúde;
- regulação dos seguros e planos privados de saúde, individuais ou corporativos;
- regulação e supervisão da atenção à saúde pública e privada;
- credenciamento e acreditação de instituições de saúde públicas e privadas;
- regulação e controle de suprimentos médicos;
- regulação e controle da incorporação, utilização e distribuição das tecnologias em saúde;
- regulação e certificação dos recursos humanos em saúde;
- regulação e supervisão dos programas de capacitação e educação continuada na área da saúde.

Diálogo social e participação

Para muitos países da América Latina, o processo de transformação dos sistemas de saúde rumo à universalização foi acompanhado e sustentado por um debate amplo e exaustivo com a sociedade, tanto em nível nacional como local³⁰. Os países com sistemas de saúde comprometidos com a universalidade da atenção geralmente contam com instrumentos formais que viabilizam a participação efetiva das pessoas na definição e implementação das políticas públicas de saúde, como Conselhos, Conferências, Fóruns ou outras soluções colegiadas. Alguns autores apontam para o perigo que fatores ligados ao rápido e progressivo aumento da complexidade social nos países da ALC tornem esses instrumentos insuficientes para promover a participação efetiva das pessoas nas decisões de políticas de saúde. O desafio desses instrumentos de participação é aquele de dar eco a todas as vozes da sociedade, não só àquelas que conseguem falar mais alto. A escassa familiaridade dos gestores públicos com metodologias inovadoras de participação constitui outra limitação para a plena participação da sociedade nas decisões do setor saúde e para a efetiva inclusão das pessoas³¹.

Há um consenso internacional de que as populações mais pobres são as que mais se beneficiam das ações intensivas de ampliação de acesso e cobertura da atenção à saúde. A divulgação desse tipo de informação e dessas evidências pode ser determinante para conscientizar as pessoas sobre o próprio direito à saúde e para quebrar a indiferença ou o desinteresse geral no envolvimento nas políticas públicas de saúde e no controle social da sua implementação³².

Eficiência e controle

Sendo que cenário atual dos sistemas de saúde da ALC está caracterizado por subfinanciamento crônico e disputa constante para os recursos dentro do orçamento nacional, é absolutamente necessário adquirir as capacidades necessárias para otimizar os recursos disponíveis por meio de inovações e práticas de prevenção de má gestão dos recursos, inclusive a prevenção de práticas de corrupção. Não faz sentido pedir mais recursos para ampliar a cobertura, se ao mesmo tempo não se trabalha para gerenciar esses recursos de maneira eficiente.

Ser eficiente e alocar os recursos com racionalidade e equidade representa uma responsabilidade ética do gestor de saúde, não apenas uma qualidade técnica. Uma gestão eficiente e que limita as más práticas gerenciais requer algumas características e condições. Uma delas é dispor de sistemas integrados de informação que mostrem de maneira transparente e compreensível as informações mais relevantes sobre: os indicadores de saúde; a acessibilidade e disponibilidade de serviços; os resultados da gestão; os recursos investidos para consegui-los etc.

Outra condição necessária a uma gestão eficiente é a preparação e a disseminação de documentos sobre questões-chave na área da saúde, além de documentos orçamentários, relatórios de gestão etc. Mesmo assim, alguns países tiveram sucesso na introdução de instrumentos de responsabilização pelos avanços na cobertura de saúde, no Parlamento, nos Conselhos e fóruns sociais, e com o treinamento e sensibilização da cidadania sobre o direito à saúde³³.

A capacidade de regulação, anteriormente mencionada, também representa fator que pode conduzir a importantes economias e eficiências, especialmente quando se trata de introduzir, distribuir, utilizar e gerenciar tecnologias de saúde com base em critérios fundados em evidências. Também a racionalização e padronização dos processos de compras de insumos e tecnologias são estratégias que, além de produzir economias, geram impactos significativos sobre a segurança dos serviços de saúde³⁴.

Referências Bibliográficas¹

1. Pan American Health Organization. Health in the Americas. PAHO; 2012.
2. OPS. Equilac - Projeto de análise da equidade nos sistemas de saúde de América Latina y Caribe. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2674%3Aequilac-ii-project--&catid=3452%3Ahss-equilac&Itemid=3720&lang=es.
3. Etienne C. Universal health coverage in the Americas. Conferência Magistral en la West Indies University, Kingston, Jamaica, Maio 2013.
4. WHO. World Health Assembly. Resolution 58.33 (2005) & 64.9 (2011) on UHC.
5. OPS. Side event on UHC. 52º Conselho Diretivo da Opas, outubro 2013.
6. Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. Washington, DC: [editor desconhecido]; 2007.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La Atención Primaria de la Salud, más importante que nunca. Ginebra: [editor desconhecido]; 2008.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra: [editor desconhecido]; 2010.
9. United Nations, General Assembly. Global health and foreign policy. 6 December 2012. Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=E.
10. OPS. Resolução CD52.R11 sobre proteção social em saúde. 52º Conselho Diretivo da Opas, Outubro 2012.

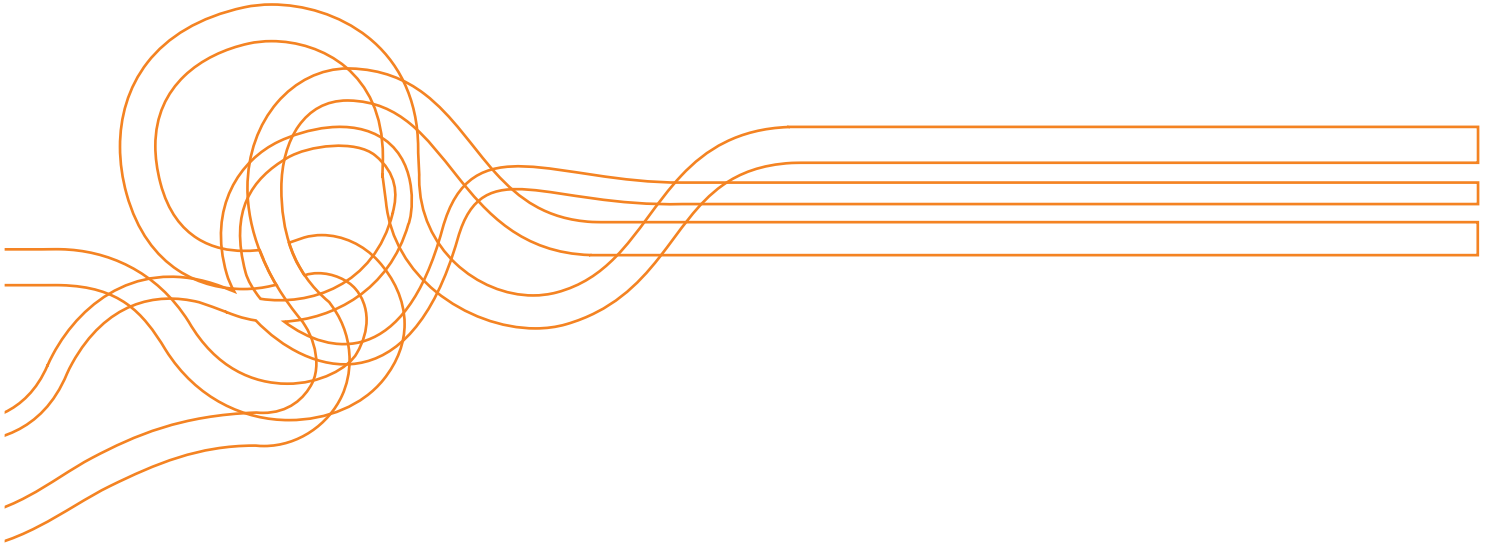
1 FORMATAÇÃO VANCOUVER, ADOTADA PELO AUTOR.

11. Villaça Mendes E. As redes de atenção à saúde. Brasília: Opas e Conass; 2011.
12. Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília: Opas; 2011.
13. Fitzgerald J. Universal health coverage in the Americas: broad situation analysis and PAHO agenda. High level consultative meeting on UHC, PAHO, Washington, Sept 12-13, 2013.
14. World Health Organization (WHO). Universal health coverage: WHO Strategic Approach. WHO, Genebra, Maio 2013.
15. Kieny MP. Universal health coverage: what is it and how can it be measured?. WHO, Presentation at World Health Assembly, Geneva, May 2013.
16. Morales C. Elementos de financiamiento a considerar en la discusión de cobertura universal en salud. Unidade Serviços e Acesso, HSS, Organização Pan-Americana da Saúde, Washington, DC: [editor desconhecido]; 2013.
17. Villaça Mendes E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. Brasília: OPAS e Conass; 2012.
18. Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília: [editor desconhecido]; 2011.
19. OPS. Metas regionais de desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Washington, DC: [editor desconhecido]; 2006.
20. Organização Mundial da Saúde (OMS). Colaboremos por la salud: Informe sobre la salud en el mundo. Genebra: [editor desconhecido]; 2006.
21. Global Health Workforce Alliance (GHWA). High-level dialogue on health in the Post-2015 Development Agenda. Gaborone, 5-6 March 2013.
22. WHO/WB. Monitoring progress toward UHC at country and global level: a framework – Joint WHO/WB Discussion Paper, December 2013.
23. Valdivia V. Análisis de los marcos legislativos de salud en America Latina. Washington, DC: HSS/OPS; 2013. Mimeo.
24. Isags-UNASUR. Health Systems in South America: challenges to the universality, integrality and equity. Rio de Janeiro: [editor desconhecido]; 2012.
25. Giedion U, Alfonso EA, Díaz Y. The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence. Washington, DC: The World Bank; January 2013.
26. Ministerio de Salud de El Salvador y Organización Panamericana de la Salud. Aportes de la Reforma de Salud en El Salvador al desarrollo del Sistema de Salud y los objetivos de la Cobertura Universal y Diálogo Político para la Sostenibilidad de los logros. San Salvador, Septiembre 2013.
27. Etienne FE. Equity in health systems. Revista Panamericana de Salud Publica. 2013;33(2).

28. Evans D, Marten R, Etienne FC. Universal Health Coverage is a development issue. *The Lancet*. 2012 Sep 8;380.
29. OPS. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria nacional. Desempeño y evaluación. Guía Metodológica. Washington, DC: [editor desconhecido]; 2005.
30. Sachs, JD. Achieving universal health coverage in low-income settings. *Lancet*. 2012;380: 944–47.
31. Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde: experiências brasileiras e europeias. Brasília: Opas/Conselho Nacional de Saúde; 2012.
32. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Saúde: para onde vai a nova classe média. Brasília: Conass; 2013.
33. Organização Pan-Americana da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Inovações na participação em saúde: uma sociedade que constrói o SUS. Brasília; Opas/Conselho Nacional de Saúde; 2013.
34. Morales C. El desafío del financiamiento de la Cobertura Universal de Salud (CUS). Washington, DC: [editor desconhecido]; 2013. Mimeo.

5

GONZALO VECINA NETO



Este importante debate que ocorreu neste dia é um dos primeiros de que participo que enfrentou a temática da duplicação e superposição dos sistemas público e privado no Brasil e, além disso, mergulhou em outros temas nos quais também temos sido muito superficiais. Isso indica que, se queremos construir um caminho, ainda existe muita discussão a ser feita para gerar massa crítica que conduza à transformação.

Vou me deter a apontar os principais pontos discutidos e, em particular, expor os consensos que creio conseguimos construir.

Há dois temas que permeiam uma parte importante desse debate, que é justamente a questão da integração público-privado, e a questão da gestão, que temos, tanto um tema, quanto o outro, discutido muito pouco e mal.

Temos uma situação singular. Cada país tem suas singularidades, e, apesar disso, temos de olhar para fora e ver o que os outros estão fazendo, porque existem ensinamentos no que eles estão fazendo, nem sempre aplicáveis, mas existem.

A outra questão é justamente a da complexidade, que faz parte da nossa singularidade e tem uma série de elementos. Essa situação de complexidade exige um olhar que não seja cartesiano, e temos uma tendência muito grande a olhar para a complexidade de forma cartesiana e começar a fazer primeiro isso, depois aquilo, se não, não acontece. Temos de ter um olhar dialético para realidades complexas, no qual o que vem depois pode vir antes, por diversas razões, até porque o que vem antes

transforma e o que vem depois não. Então a realidade complexa exige que tenhamos nova forma de abordar os problemas com os quais estamos nos defrontando.

Houve um consenso fantástico na história do financiamento público, da má qualidade do gasto em saúde no Brasil, da nossa incapacidade de trabalhar com a questão da equidade, dessa questão das desintegrações, da fragmentação. Fiquei impressionado com as pessoas admitirem que haja duplicidade, e não tem como olhá-la, se não com olhar de ineficiência. Já não podemos mais falar que somos um país pobre, mas não podemos falar que somos um país rico, somos uma país mais ou menos, e nesse caso a eficiência é um desafio contemporâneo. Chegaram 60 ou 80 milhões de comensais à mesa, e o bolo não cresceu tudo isso. Como se faz para que todos possam sentar-se à mesa? Uma das alternativas é o aumento da eficiência, e isso de conviver com duplicidades e superposições teremos de revisitar.

Não tenho uma solução, e nós não chegamos ao ponto de propor alguma, embora tenhamos puxado umas cordinhas, mas ainda estamos envergonhados em discutir essa questão, portanto teremos de ter mais discussões para enfrentar com um pouco mais de coragem esse desafio. Ficou claro o objetivo, cobertura universal, sem duplicidades, aceitando certa fragmentação, com acesso oportuno, regulação transparente e a busca da construção da inclusão, porque ainda há uma parcela da população sem acesso, temos trazê-la para a cidadania. Isso inclui uma agenda que foi bastante metralhada, a do financiamento, que nesse momento está em discussão, e a ministra Mirian foi muito clara: não tem mais dinheiro. Ou ela é demitida, ou não tem mais dinheiro. Foi o que ela disse. Até arrumar um jeito de ter mais dinheiro, fazendo cálculo em cima da receita líquida e não da bruta. Até um acordo de lideranças para fazer uma saída politicamente aceitável para o governo, mas ele não quer isso precisa ficar claro. Precisa-se de mais dinheiro, há um rombo no orçamento de 2014 e não dá para cobrir. Não estamos discutindo, não estamos mostrando ao governo que não dá para continuar desse jeito, que saúde é inclusiva, que é fundamental, temos de ir em cima dessa discussão. A sociedade tem de ter claro que não é possível construir o SUS com esse modelo de financiamento.

Também é óbvio que temos de enfrentar de alguma maneira uma reforma do Estado. A Constituição Federal de 1988 foi fantástica, fez avanços fantásticos, mas tem muita ilusão dentro dela, foi feita em um momento de criação de utopias, que era o momento da redemocratização. Temos de revisitar o que chamamos de pacto federativo na Constituição de 1988, o qual tem de ser repensado, e temos de repensar o financiamento do Estado, a forma de integração com o setor privado, 70% da rede hospitalar brasileira é privada. Hoje parte importante da estratégia da saúde da família por várias razões é privada, o que não é um pecado: se houver transparência, pode produzir os resultados que queremos, que são qualidade de vida, estado de bem-estar social. Mas mesmo assim precisa de mais transparência. A reforma do Estado é uma necessidade, mas está longe e vai exigir grande esforço, não conseguimos fazer reforma nenhuma, aliás, nesse Brasil, desde as reformas de base do início dos anos 1960, sempre falamos em reforma, mas nunca temos coragem de chegar lá.

Houve razoável consenso na questão da gestão. Temos de mudar a gestão, pensar mais nos modelos de cooperação e de parceria público-privado, modelos mediados pelo lucro, como o da Parceria Público-Privada (PPP) do hospital do Subúrbio em Salvador, que está dando resultados muito interessantes para o SUS. Intensificar o uso da tecnologia da informação nos sistemas gerenciais que são produtores de eficiência. Aliás, um dos grandes problemas do Estado brasileiro é que, de uma forma geral, ele, fora a receita federal, é pré-informatização e arrasta-se em meio a um pântano de papel.

Houve razoável consenso também em torno das mudanças que o quadro demográfico epidemiológico exige, e aí a questão da regulação ocupou um bom espaço da discussão.

Também temos de recuperar o instrumento do controle social, como um instrumento de construção de um sistema público de saúde, e para isso precisamos ver como afastá-lo do poder das corporações, porque os conselhos foram tomados por elas, com isso o controle social fica refém de visões estreitas. As corporações são necessárias; só acho que o controle social deve ter algumas defesas contra a sua corporativização.

Temos de conseguir evitar os riscos que foram muito bem colocados, o do foquismo como uma condição isolada, que não está no contexto. Há algumas políticas foquistas que, contextualizadas, encontram espaço adequado. O problema é se elas estiverem descontextualizadas, ou mal intencionadas, porque produzirão uma política pobre para pobre, e esse erro tem de ser evitado. Porém, evitar esse erro não pode implicar paralisia, não aceitar essas decisões que a sociedade brasileira tem de tomar.

Entre esses desafios, estamos vivendo uma transição cultural de fato: de um lado, temos o que chamávamos de necessidade; do outro, a medicalização e suas consequências. As pessoas estão impactadas pela propaganda, pelas máquinas comerciais, que estão interessadas exclusivamente em aumentar a concentração do capital. Como o Estado vai mediar essa discussão, sem que isso implique não informar? Como vamos combater a epidemia de obesidade, sem que isso implique não informar? A propaganda tem um objetivo dentro de uma sociedade moderna como a nossa: como fazer para que ela ocorra, a economia se movimente, as coisas sejam vendidas e as crianças não queiram comer guloseimas que engorde? Essa discussão diz respeito a liberdades individuais, então não é simples, e ela não pode ser tomada de assalto por técnicos, mas tem de levar em conta a vontade da sociedade. Essa transição cultural mexe com o mundo do conhecimento e da informação e com essa questão da medicalização como instrumento de produção de consumo, e não necessariamente de mais saúde. Sem dúvida um desafio contemporâneo dos mais difíceis.

Por fim, temos a questão do tempo, como fazer essas coisas tão complexas no tempo do homem, esse talvez seja um dos mais importantes desafios que nós temos. Como aceitar a complexidade dos movimentos, que movem o poder dentro da sociedade, para que essas transformações ocorram no tempo do homem? Quando pela manhã foram desenhados os três cenários, penso que

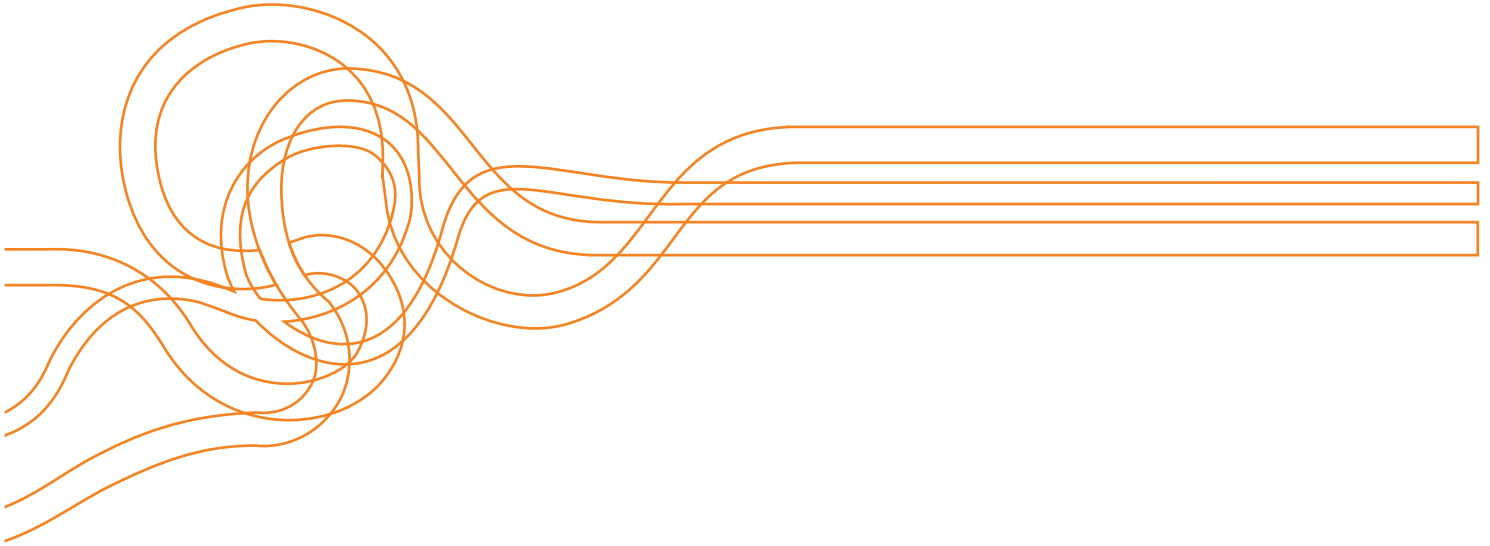
o “pessimista plausível” é o da traição, é o mais fácil deles, se embarcarmos nele, estaremos traindo as próprias convicções e a possibilidade de ter uma sociedade mais inclusiva, o “inercial provável” é o da covardia, inercialmente chegaremos lá. Quando chegarmos, saberemos em quanto tempo ele é covarde, pois permite que o tempo haja de acordo com as forças que existem dentro da sociedade sem enfrentá-las. O “otimista possível” parece ingênuo, mas gosto dele, pois exige que hajamos como agentes de transformação política, que sejamos capazes de encontrar pessoas e coletivamente construamos ideias que se transformem em ações que façam de nossa democracia um instrumento real de transformação da sociedade, esse é o desafio que temos que toda a sociedade brasileira tem que enfrentar. E isso se fará com o debate de ideias e ideais!

O Brasil tem condição de enfrentar o cenário otimista possível se elegermos melhores políticos para colocar no governo. Esse é o desafio que eu acho que temos à frente, e isso implica mais discussões, mais coragem para levá-las, entidades como CONASS, Conasems, Conselho Nacional de Saúde, que são entidades que congregam pessoas e que podem fazer movimentos maiores e mais poderosos que trazem em si o germe da transformação.



6

SÍNTESE DOS DEBATES



Introdução

Como dilemas principais analisados, debatidos e, principalmente, objetos de propostas de superação, podem ser arrolados, entre outros, a contradição entre universalização e segmentação; o crônico subfinanciamento da saúde no Brasil; a duplicidade, a irracionalidade e a não integração entre a ação pública, no âmbito do SUS, e a saúde suplementar; as barreiras culturais interpostas ao processo de mudança.

Constatou-se amplamente que os avanços possibilitados pelo SUS, em seus 25 anos de existência, são abundantes, podendo o SUS, sem dúvida, ser considerado a política pública mais inclusiva realizada no Brasil, verdadeiramente promotora da cidadania em saúde, contribuindo significativamente para a melhoria dos níveis de saúde da população brasileira.

Saúde: contextos e transições

O SUS representa um evento totalmente singular na história das políticas sociais no Brasil, sendo, acima de tudo, fruto de um processo histórico-político, de luta e mobilização, com ideário claro e consistente, articulando saúde e democracia. Ele é fruto de um processo de mudanças

estruturais na sociedade, com foco em questões importantes, tais como: pobreza, desigualdade e autoritarismo.

Pensar o futuro do SUS implica considerar as diversas transições em curso no cenário – epidemiológica, demográfica, alimentar, tecnológica e cultural. Ele foi concebido para uma sociedade em transição, porém, sem que se tenha antevisto os enormes desafios que se apresentariam no futuro, como é o caso da renúncia ao sistema público e da adesão ao sistema dos planos de saúde, hoje vigente no Brasil. É paradoxal o fato de que tal atitude partiu justamente do setor mais organizado e de vanguarda no operariado brasileiro, cujos sindicatos, ao tempo que apoiavam a reforma sanitária em termos retóricos, na prática negociavam se engajarem no mercado, por meio do seguro-saúde, o que acabou por fragilizar o SUS. Da mesma forma, os partidos políticos sempre apoiaram enfaticamente o sistema público de saúde, mas na hora de aprovar e votar aumento de seus recursos, por exemplo, o que fazem é retroceder.

Possível fator também prejudicial ao SUS foi a opção de implementação da Estratégia de Saúde da Família ter sido iniciada pelos pequenos municípios do interior do Brasil, em regiões menos desenvolvidas, o que pode ter comprometido a viabilização de tal estratégia como força motriz de reorientação mais radical do modelo assistencial. É como se fosse mantido o modelo tradicional com foco no hospital para as regiões metropolitanas, introduzindo apenas timidamente o que poderia ser o grande eixo estratégico da reorientação da saúde.

A visão de um sistema que cuide bem dos pobres, usual no senso comum, deve ser substituída pela de um sistema que dê atenção a todos, sem exceção. Assim, afirmativas de que a opção “das ruas” ou “da opinião pública” dê-se pela prestação privada de serviços não se sustentam em evidências, mas, como afirmou um dos apresentadores, é preciso descobrir, de fato, se “o SUS ainda toca o coração das massas”.

O SUS ainda toca o coração das massas?

Em primeiro lugar, deve-se lembrar que a apreciação do SUS, por parte da população brasileira, diverge nos dados das pesquisas AMS/IBGE e daquelas dos institutos comerciais de pesquisa. O fato é que no IBGE a avaliação do SUS é mais positiva, enquanto, no segundo caso, a avaliação é sofrível. Quando o que está em questão é o acesso aos planos de saúde, deve ser lembrado que se introduziu nos últimos 10 anos no cenário nacional uma forte ampliação de emprego formal, que passou a oferecer aos trabalhadores uma série de benefícios, incluindo assistência médica coberta pelo setor suplementar. Isso, naturalmente, induz a população a valorizar tal sistema, em detrimento do SUS.

A questão, portanto, é de como o Brasil construiu, nesse período, uma visão da saúde e do papel da saúde na vida da população, não apenas como um bem em si, mas como direito. Assim, o processo de construção das visões de saúde das pessoas dá-se por meio de processos de fundo político,

cultural e ideológico, configurando uma construção de “consciência coletiva”, nos termos colocados por Berlinguer, na qual a saúde deve ser tomada em conta em razão de determinado momento histórico e de forma multidimensional.

No Brasil, como em muitos países, até bem pouco tempo atrás, o que se tinha era uma sociedade ainda pouco complexa, com muitos segmentos não dotados de capacidade para reivindicar e sem plena consciência de seus direitos. Aconteceram mudanças rápidas no cenário brasileiro, potencialmente geradoras de atritos e contradições, mas mesmo nesse aspecto o Brasil poderia ser considerado em situação melhor que a média dos países da América Latina e do Caribe.

Entre as variadas maneiras de se ver e perceber a saúde como política pública estão os resultados das estratégias de *marketing* relativas ao setor privado, conferindo aos planos de saúde o de estatuto de verdadeira “utilidade pública”, direcionando assim o olhar do consumidor, de forma deliberada, para determinados focos, tais como: cuidado hospitalar, atos médicos, tecnologias, consumo, fármacos, além de planos de saúde. Trata-se, como disse um dos apresentadores, de “uma produção que não produz somente o objeto para o sujeito, mas sujeitos para o objeto”.

Os movimentos nas ruas de junho de 2013, lembrados no evento, que rejeitaram a política tradicional e os partidos, não foram, contudo, explícitos em relação a alguma demanda por planos de seguro privados, mas sim a políticas públicas de maior qualidade. Isso remete à necessidade de se pensar em uma educação sanitária mais corajosa, menos fragmentada e dispersa, que possa confrontar com sucesso as pressões, ocultas ou nem tanto, de poderosos meios antieducativos embutidos nas estratégias de *marketing*. É como fruto de contradições assim que o ideário popular percebe o SUS, fazendo preponderar, na verdade, um processo difuso de construção de falsa consciência, que fragiliza e questiona a viabilidade de um projeto de maior alcance social.

A discussão sobre os rumos da saúde e do SUS deve evitar incidir apenas no campo da doença, colocando mais foco na produção da saúde e na qualificação da vida. Surge daí a importância da reflexão e da ação com base nos determinantes de saúde.

O povo brasileiro, particularmente os membros da “nova classe média”, optaria racionalmente por um sistema privado ou por um sistema público? A resposta está ainda em aberto, o que representa imenso desafio para os defensores do SUS, que devem se contrapor ao modo como as elites costumam ver o SUS, construindo, assim, nova hegemonia, em novos cenários e com novos atores.

A transição cultural na saúde deve ainda enfrentar a visão medicalizada, centrada nas tecnologias duras e de suposta “alta qualidade” que toma como referência exclusiva a medicina privada. Uma questão persiste no cenário: haveria futuro para o SUS como sistema adequado ao interesse coletivo? Em uma visão otimista, ao abrirem-se novas perspectivas para a democracia, talvez seja possível, à luz do passado, construir novas e mais potentes estratégias para a saúde, de real interesse para a sociedade como um todo.

A construção de uma cultura política que defenda de fato a saúde como direito e como responsabilidade do Estado implica ampla agenda estratégica, dentro de cenários diversos: inercial, ficando tudo como está, com esvaziamento financeiro estrutural do SUS; pessimista, com aceleração da rotura e “americanização” do sistema de saúde brasileiro; otimista, mas ainda possível, com mudança na proporção entre gasto público e privado e o desenvolvimento de macropolíticas capazes de reorientar o modelo.

É posta em destaque também a necessidade de se repensar o modelo atual da participação social em saúde, que em sua configuração, com base na Lei n. 8.142, está em vias de esgotamento, pelos riscos de cooptação e de esvaziamento da capacidade de transformação. Isso se aplica, de forma mais nítida, às conferências de saúde, hoje eventos gigantescos e chamativos, porém, sem maior enunciado de postulados práticos que orientem, de fato, a formulação da política de saúde.

É preciso pensar também em políticas consequentes e duradouras de informação e comunicação, tendo como pressuposto que cidadania é sempre um projeto em construção, que fornece a cada geração a confiança de poder reconstruí-la, mesmo dentro de sua incompletude, seus paradoxos e suas disjunções.

Quais são, de fato, os grandes problemas do SUS?

Distinguem-se, preliminarmente, alguns problemas estruturantes no SUS, de natureza macroeconômica, como é caso do subfinanciamento e da segmentação, ou microeconômica, ou seja, a fragmentação dos pontos de atenção e o modelo de atenção.

O financiamento escasso pode ser considerado um problema central. A generosa concepção de um sistema público universal de corte Beveridgeano, pelos formuladores do SUS, não se viu acompanhada, ao longo do tempo, por base material adequada. A retirada dos recursos da Previdência Social, em 1993, representou a liquidação das esperanças na possibilidade de um sistema público de saúde efetivamente universal no país. A consequência, que se estende até os dias atuais, é que o gasto público em saúde no Brasil chega a menos da metade do gasto total e que o gasto *per capita*, estimado em 466 dólares está abaixo do correspondente em muitos países. Não seria demais lembrar que a concepção do SUS como sistema público universal de inspiração Beveridgeana somente poderia se concretizar se fossem alocados mais de 70% de gastos públicos em termos do gasto total em saúde.

É assim que o SUS foi sendo transformado em um subsistema público de modelo segmentado, com dois subsistemas privados, o de saúde suplementar (para 48 milhões de pessoas) e o de desembolso direto, ao qual, na verdade, recorrem todos os brasileiros, por exemplo, na compra direta de medicamentos. Universal, de fato, o SUS só o seria em algumas áreas específicas, como nas vigilâncias, na política de sangue, na imunização e nos transplantes.

Em termos de financiamento, ainda, considera-se praticamente impossível definir quanto um país deve gastar com saúde, pois isso implicaria precisar com mais exatidão o que a população precisaria ter para usufruir de boa saúde e se tais necessidades seriam saciadas com recursos públicos e/ou privados ou, ainda, se os contribuintes realmente prefeririam que os recursos públicos fossem gastos em saúde da forma que são ou se existem outras preferências.

Não existe, portanto, qualquer prescrição fixa e válida em relação a tal questão. No Brasil, existem determinações que são constitucionais, mas mesmo assim é preciso comparar o que se gasta aqui com o gasto médio mundial de saúde, no qual se vê que a porção pública chega a, pelo menos, 60%, enquanto no Brasil encontra-se bem abaixo desse patamar. Ao lado disso, o Brasil, tendo 2,9% da população mundial, detém 3,5% do gasto em saúde global. Em termos de PIB, o Brasil gasta em torno de 8,4%, ou seja, não é dos países que gastam pouco, mas na proporção entre gastos públicos e gastos totais, fica em lugar pouco lisonjeiro diante dos demais países, mesmo mais pobres.

Assim, o que se verifica é que no SUS tem sido difícil aumentar a participação do gasto público, mas as evidências são de que, quando este aumenta, o gasto privado se reduz, uma vez que boa parte deste último é realizado com medicamentos, significando tal fato que, se o SUS passasse a cobrir medicamentos, esse tipo de gasto iria se reduzir.

Além disso, subsídios cruzados injustos são frequentes no Brasil e a desigualdade mais ainda se evidencia quando se constata que cerca de 30% dos gastos totais em saúde são efetuados de forma direta pelas famílias, o que agrava os mais pobres.

Entretanto, do ponto de vista da satisfação da clientela, seja no SUS ou na saúde suplementar, as pesquisas demonstram que o tema da saúde aparece como questão central, com altos índices de preocupação.

Não são temas singelos esses até aqui abordados; ao contrário, exigem movimentos de mudança mais profundos, que entram em confronto com poderosos interesses políticos e econômicos, dependendo, ainda de valores estabelecidos em sociedade e de ambientes favoráveis a mudanças. No caso do Brasil, todavia, a reforma sanitária acabou marcada por um gradualismo lento, orientada por visões de curto prazo e sem um desenho estratégico global, resultando em mudanças tópicas e incrementais.

O SUS, sem dúvida, tenta atender a todos, pobres ou ricos, mas padece de um processo de “autofocalização”, que faz que aqueles que possuem maiores rendimentos acabem usando os planos de saúde para o cotidiano, deixando para o sistema público aquilo que representa alto custo e tecnologia, geralmente não coberto pelos planos.

Decorrência da fragmentação e da segmentação são a irracionalidade e a duplicidade no consumo de serviços que se observa no país, que afetam tanto o SUS como as operadoras privadas de planos de saúde, com enormes distorções resultantes de um modelo assistencial caracterizado por desperdícios, conflitos, iniquidades, insuficiência de acesso, além de, paradoxalmente, da associação

entre acesso insuficiente e absenteísmo crescente por parte dos pacientes, afetando tanto o SUS quanto o setor de saúde suplementar.

A fragmentação, necessariamente, leva à perda da universalidade, que deve ser considerada como valor em uma sociedade democrática. Assim, o caminho passa por transformar de fato o sistema de saúde e fazê-lo mais próximo das pessoas, com políticas mais equitativas, que ampliem o acesso e assim alcancem a universalidade. Seria possível, contudo, trilhar diferentes caminhos, em cada país, independentemente da sua situação, tendo a universalidade como objetivo móvel, “na linha do horizonte”, como guia a orientar a política social. Mas se o assunto é universalidade, o Brasil teria, realmente, uma experiência singular com o SUS.

Quanto à cobertura universal, nos termos propostos pela Opas/OMS, esta ainda demandará grande esforço para estabelecer mensurações adequadas em termos de alcance, em um cenário complexo, que se divide em recomendações mais ortodoxas e quantitativas, e outras, de base mais descritiva e multifocal, de acordo com a capacidade do sistema de saúde de se adaptar às mudanças.

O marco legal é um aspecto, sem dúvida fundamental, do aprimoramento dos sistemas de saúde, e nisso o Brasil também se encontra em situação privilegiada, com sua permanente produção de políticas nacionais, algumas bastante inovadoras, como é o caso do recente Decreto n. 7.508, que inclui em seus dispositivos as redes de atenção, além de definir o rol de medicamentos e serviços a serem prestados.

A saúde suplementar e o SUS: convergência ou disjunção?

Afirma-se que algo se perdeu no processo de implementação do SUS e que isso tenha incentivado substancialmente o crescimento da saúde suplementar no Brasil, ou seja, a falta de uma resposta imediata, depois do fim no Inamps, em termos de nível mínimo de atenção médica que o mercado formal de trabalho requeria. Em contrapartida, ocorreram, certamente, avanços substanciais para aqueles que até então estavam fora do mercado formal de trabalho, mas o fato é que a desarticulação do Inamps criou um vácuo institucional de cobertura para o mercado formal de trabalho, o que implicou marcante expansão dos planos de saúde privados, alcançando as classes média e média baixa.

Verifica-se, então, que no Brasil o modelo beveridgiano soma-se ao bismarckiano e é assim que penetra no cenário a estratégia das empresas para manter satisfação de seus empregados e famílias, mantendo e ampliando a fragmentação já existente. O movimento daí decorrente mostra, então, o crescimento progressivo dos afiliados a planos de saúde, nos quais, apesar de os 20% mais pobres apresentarem taxas de cobertura menores que os mais ricos, são esses que apresentam as maiores taxas de crescimento na adesão, além do declínio dos planos individuais e ascensão dos planos coletivos.

Deve ficar bem claro, ainda, que os planos de saúde também apresentam deficiências importantes e, por isso, recebem muitas queixas de seus usuários quanto à cobertura e ao atendimento. Mas, apesar disso, as pesquisas de opinião sistematicamente mostram que o setor privado tem melhor avaliação que o setor público. Nesse aspecto, é manifestada a expectativa de que a Estratégia de Saúde da Família possa vir a mudar, de fato e de forma positiva, os indicadores da saúde no país.

Assim, a evolução da saúde suplementar representa hoje, na prática, uma contrapartida ao SUS, almejada por crescentes segmentos populacionais no Brasil. Tal sistema evoluiu nas duas últimas décadas, avançando para abocanhar segmentos mais diferenciados em termos de renda da população, ainda dentro de um equilíbrio de custos. Tal característica de funcionalidade e segurança, todavia, teria se perdido em anos mais recentes, seja pelos reflexos da crise econômica e da recessão vigentes no Brasil, seja pelo aumento predador da concorrência.

Para onde caminharia, nos dias de hoje, a saúde suplementar? Na visão do representante do setor no Seminário do CONASS, em primeiro lugar, é necessário admitir que ela não deve ser o núcleo real do sistema de saúde, no qual deveria operar por adição e não de forma independente. O que se vê, todavia, é um sistema duplicado e competitivo, seja em termos de cobertura ou de dependência de um mesmo complexo médico-industrial, por exemplo, realidade considerada insustentável.

Ressalta-se, também, significativas variáveis que marcam a saúde suplementar no Brasil. A questão regional é uma delas, havendo marcantes diferenças entre a cobertura nas diversas regiões do país, bem como entre as zonas metropolitanas e o interior. O tipo de contratação é outra variável; por exemplo, se são planos para pessoas físicas ou jurídicas; se coletivos ou individuais; se empresariais de pequeno, médio, ou grande porte; se de acesso por livre escolha, rede credenciada, ou rede própria; se de operadoras comerciais (medicina de grupo, cooperativa, seguradora, filantrópica) ou não comerciais (autogestão); se as transações no mercado dão-se diretamente com as operadoras ou com as novas modalidades de “administradoras” de intermediação.

Admite-se amplamente que a atuação reguladora da ANS é fundamental ao sistema, em um repertório que incluiria: garantia de acesso; qualidade assistencial; sustentabilidade; relacionamento entre operadoras e prestadores; integração entre saúde suplementar e SUS; governança cooperativa; entre outros aspectos. Preocupante, todavia, é a impossibilidade de os clientes dos planos de saúde não poderem, muitas vezes, caminhar para planos melhores, por razões econômicas, o que faz que estes, por questões psicológicas e econômicas, dirijam-se ao SUS. Contudo, mesmo o representante da saúde suplementar rejeita a crença de que o SUS deva ser destinado apenas a quem não possa pagar planos.

Fenômeno associado é aquele decorrente do crescimento de nova classe média, com a incorporação de volume enorme de novos clientes para a saúde suplementar, o que trouxe novos desafios ao cenário, pois é inerente aos modelos suplementares apresentarem extremos, em termos de custos, que implicam desigualdades na liberdade da escolha e de reembolso, por exemplo, não se excluindo a possibilidade de se ter, também, “sistemas pobres”.

Tudo isso faz que a saúde suplementar, no Brasil, esteja atualmente atravessando momento de conflitos e contradições, mostradas, por exemplo, pelo rápido declínio dos planos individuais e sua substituição pelos planos coletivos, pelo crescimento acelerado do segmento de idosos, fatores que levantariam questões de sustentabilidade e financiamento. Além disso, o número de operadoras em atuação no país tende a restringir-se, não sendo raros também os casos de operadoras de grande porte, como o da Geap, com cerca de 800 mil beneficiários, estarem em dificuldades sérias em termos de sustentação. Preocupa também ao setor certo “achamento” da curva de crescimento de beneficiários.

Afirma ainda o representante das operadoras que o setor ressenha-se, também, de uma “ideologização” dos problemas relacionados à prestação privada de cuidados, o que não estaria agregando valor à discussão presente. Constata-se também a existência de ações intempestivas sobre o setor, seja no âmbito do Poder Executivo, da ANS, do Legislativo e do Judiciário. Mas admite-se que o modelo vigente é falho, ao provocar a produção irracional e o consumismo de procedimentos, o que pode ser considerado como real ameaça ao sistema, o que resulta na insatisfação de financiadores, prestadores e clientes, sem melhoria palpável nos indicadores de saúde.

Em termos das propostas da saúde suplementar são destacadas: a construção de relações de confiança entre os atores (governo, operadoras, clientes e outros), dentro do lema “confiança se faz com transparência”; e a necessidade de se ter, cada vez mais, informações de qualidade, permitindo-se negociações mais corretas, entendimentos mais duradouros e a solução efetiva de problemas, bem como desenvolvimento de modelos assistenciais integrados.

Há de se considerar, ainda, a ideia de que é preciso reconstruir o modo como o SUS e o sistema suplementar interagiram historicamente, supondo-se que possam (e devam) trabalhar de maneira mais próxima, tema para o qual são sugeridos tópicos de debate, tais como: a questão da revisão da lei dos planos, o ressarcimento efetivo do SUS por cuidados oferecidos aos que têm plano de seguro, entre outros. Em tal processo deveria também ocorrer a integração com as instâncias de defesa do consumidor, com instrumentos de queixas e reclamações comuns aos dois sistemas, além de critérios para acompanhamento de resultados, incentivos e sistemas de pagamento e remuneração.

No cenário da integração, deveria estar presente, também, o estabelecimento de parcerias público-privadas entre o SUS e a saúde suplementar, mediante contratualização, o que poderia ser iniciado por meio de projetos piloto, incluindo, por exemplo, uso do SUS por usuários de planos de saúde, subsídios públicos por nível de renda e grau de aperfeiçoamento dos sistemas de informação, transparência pública das operadoras e satisfação de usuários. Os projetos deveriam incluir, ainda, a promoção e a prevenção em saúde.

A construção de pontes e sinergias entre a saúde suplementar e o SUS é considerada necessidade premente. Um exemplo expressivo no Brasil é o da gestão dos portadores de doenças crônicas, na qual o intercâmbio de experiências de capacidade entre o público e o privado já tem

ocorrido, mediante a tecnologia dos Laboratórios de Inovação, uma iniciativa da Opas Brasil com o Ministério da Saúde. Isso, evidentemente, tem repercussões positivas sobre as práticas desenvolvidas no setor público.

A não integração com o SUS, tendo em vista as dificuldades previsíveis e a latência, em termos de tempo, de tal processo, deveria gerar mecanismos compensatórios e incentivos ao ressarcimento (no imposto de renda, por exemplo), com definição de mecanismos para regulação de concorrência e transparência entre os planos.

A utilização mais intensiva das novas tecnologias de informação também devem ser consideradas no panorama das mudanças necessárias, a fim de se construírem sistemas realmente integrados de assistência à saúde, o que possibilitaria práticas mais harmônicas em relação à integração de informações, de níveis de complexidade, de hierarquização, de qualidade, bem como de viabilidade financeira. Isso dependeria também de lideranças fortes e do fortalecimento de crenças e valores já presentes no cenário.

Controle de custos é uma ação que deve sempre constar da pauta de mudanças. Trabalhos internacionais oferecem lições que poderiam ser adotadas no Brasil, com pelo menos três medidas: controle do orçamento e da definição de preços; avaliação rigorosa da incorporação de novas tecnologias; e pagamentos hospitalares com base na metodologia DRG, bem como em termos de resultados e impacto, com pagamento dos médicos de forma vinculada ao desempenho.

Não se dispensa, em nenhuma circunstância, a necessidade de que as propostas devam ser discutidas amplamente com a sociedade, sugerindo-se como temas para se colocar em pauta: a criação de novas fontes de financiamento para o SUS; a redefinição do tratamento fiscal para quem não utiliza os serviços públicos de saúde; as mudanças da Lei n. 9.656, para abrir o atendimento também a profissionais não médicos; a penalização do absenteísmo de clientes; entre outros aspectos.

Sobre as mudanças necessárias no SUS: em que direção?

Entra no cenário das soluções para os problemas dos sistemas de saúde contemporâneos, entre eles o SUS, o que a Organização Mundial da Saúde já propôs há mais de uma década, ou seja, “novo universalismo”. Trata-se de uma interpretação do princípio universalista clássico que recomenda a oferta ampla de serviços essenciais do ponto de vista sanitário, providos com qualidade para todos os cidadãos, definidos pelos critérios de aceitabilidade social, efetividade e custos. Na sequência, em 2010, a mesma OMS propôs o conceito de “cobertura universal em saúde”, agora definido como a situação em que as pessoas são capazes de utilizar os serviços de saúde de que necessitam, com qualidade e sem sofrer danos ao pagar por eles. A expressão traz em si dois conceitos correlatos: o de que as pessoas são capazes de utilizar amplo espectro de

serviços de saúde, bem como a proteção das pessoas em relação a gastos de desembolso direto com serviços de saúde.

O fato é que as medidas para a mudança deverão exigir transformações substantivas, levando em conta, entre outros aspectos, a questão da sustentabilidade política, econômica, tecnológica, cultural, bem como do cuidado à saúde em si.

REFORMA DO ESTADO

Um processo de reforma do Estado e de suas instituições, particularmente no campo da saúde, foi um tema reiterado nas apresentações. Uma crítica à Constituição de 1988, neste aspecto, ressaltou que ela produziu grandes avanços, mas, ao mesmo tempo, está repleta de “ilusões” e “utopias”, talvez até justificáveis no momento de redemocratização do país. Assim, questiona-se a funcionalidade do próprio pacto federativo consagrado na Carta Magna, em termos da divisão do financiamento e das responsabilidades por parte dos Entes Federativos. Considera-se, entretanto, que uma reforma mais abrangente de tal natureza ainda é uma possibilidade remota no Brasil.

São reconhecidos avanços na gestão pública no país, mas ainda há muito a fazer em tal campo, por exemplo, em relação aos modelos de cooperação e de parceria público-privada. O importante é que se produzam resultados interessantes para o SUS, por exemplo, na intensificação do uso das tecnologias de informação nos sistemas gerenciais, para torná-los efetivamente produtores de eficiência.

O chamado “controle social” deve também ser pensado e rediscutido como instrumento efetivo de construção do sistema público de saúde, o que implica afastá-lo do poder das corporações, bem como de se ver refém de visões estreitas.

A focalização das políticas não seria, em si, maléfica, mas não pode fazer destas “políticas pobres para pobres”.

Em síntese, uma autêntica reforma de Estado na área da gestão pública da saúde faz-se necessária, introduzindo-se, por exemplo, alguma forma de competição, de corte regulado pelo Estado, fazendo que este possa competir na captura de clientes, o que só ocorrerá se o sistema público vier a aprimorar a qualidade de suas práticas. Enfim, é preciso se precaver contra a disseminação arbitrária de supostas inovações, que só acarretam mais fragmentação, terceirização, precarização do trabalho, entre outros aspectos negativos.

FINANCIAMENTO

Entre as possíveis soluções para o problema do subfinanciamento, é sempre lembrada a criação de impostos específicos, como a CPMF ou congêneres. Contudo, há relativo consenso que não existiria espaço político para tanto no Brasil atual.

Questão que parece mais viável, politicamente, é aumentar efetivamente a participação da saúde no gasto público, mediante realocação de distribuição dos gastos no orçamento público, o que significaria reduzir gastos desnecessários em outros setores. Nesse aspecto, o orçamento público brasileiro pode ser considerado como exemplo de marcantes irracionalidades. Assim, a focalização dos gastos em saúde naqueles grupos de cidadãos que carecem de capacidade de gasto, poderia ser uma alternativa, embora isso acarrete em reconstruir o conceito de universalização.

Eliminar subsídios associados ao gasto privado em saúde nos impostos é uma solução também costumeiramente aventada, mas dados recentes têm mostrado não ser isso o suficiente para cobrir o déficit existente de recursos. Isso levanta a questão de se tentar recuperar gastos do SUS com planos privados de saúde com soluções mais eficazes que a do ressarcimento, que tem provado não ser factível, por conta dos potenciais embargos judiciais. Assim, a transferência direta ao SUS pelos planos poderia funcionar melhor que o simples ressarcimento.

O estímulo ao setor privado por meio de subsídios é tema que exige maior aprofundamento. Nele, está incluída a benesse oferecida a funcionários públicos em termos de acesso a outros tipos de atenção extra-SUS, subsidiados com recursos do orçamento geral da Nação. Isso sem dúvida deve contribuir para que recursos adicionais para a saúde, como os 10% da receita bruta recentemente cogitados, sejam negados pelas autoridades, usando o argumento habitual da insuficiência de recursos.

A tributação é fator que vários países utilizam, com diferentes intenções, nos seus sistemas de saúde, seja para induzir consumo ou restringir acesso. No Brasil, prevalece uma política irracional, porque se permite, por exemplo, que seja abatido do imposto de renda na sua totalidade praticamente qualquer gasto com tratamentos e exames de saúde. E isso decorre de simples atos normativos internos da Receita Federal, sem participação do Legislativo. Ainda em tal campo poderiam ser introduzidas questões como a taxação das indústrias que mais provocam mortes, como é o caso do tabaco, das bebidas alcoólicas e da indústria automobilística.

Há também as opções para aumentar a eficiência, citando-se, principalmente, a melhoria da gestão por meio da autonomia das unidades; a implantação de redes para melhor organização do cuidado, com integração do setor privado; a implantação de parcerias público-privadas; o aumento da participação dos serviços de atenção básica, como o PSF, bem como na promoção e na prevenção em saúde.

MODELOS DE ASSISTÊNCIA E GESTÃO

São levantados dois tipos de propostas em relação ao modelo de saúde adotado no Brasil: uma delas dentro do modelo Beveridgiano de complementaridade público-privado, com cobertura universal, de forma independente do *mix* público-privado de provedores preexistente, que pressupõe cobertura complementar por meio de planos de saúde privados. São apontados riscos neste tipo de solução, considerando que o setor de saúde complementar já dispõe de modelo de atenção próprio, com dimensão que faria esse tipo de reestruturação demandar décadas para

se concretizar. A comparação com as experiências do Canadá ou da Inglaterra, que têm este tipo de modelo em vigor, não seria totalmente adequada, pois nesses países tal modelo operativo já existe há décadas e, dessa forma, muitos dos ajustes necessários à sua maior funcionalidade já puderam ser realizados.

A outra vertente dar-se-ia mediante o chamado modelo pluralista de competição estruturada, com presença no cenário assistencial de seguradores públicos e/ou privados operando em modelos competitivos. Nesse caso, o Estado deve garantir a regulação, para manter a equidade e a eficiência do sistema, complementando, além do mais, recursos para as ações de saúde pública. Este é mais ou menos o modelo que se instalou na Colômbia e na Holanda, e nesses países ele mostra, ao lado de avanços, também alguns problemas mal resolvidos.

Do ponto de vista do modelo assistencial propriamente dito, deve prevalecer a ideia de que é preciso estabelecer a Estratégia Saúde da Família universalizada como única porta de entrada ao sistema, valendo a regra tanto para o setor público, como para os planos de saúde. Considera-se, assim, que todo cidadão brasileiro deverá ter, um dia, seu médico de família com base no setor público. A universalização, de fato, só poderá ocorrer em um sistema com porta de entrada definida; fora isso, é o império da fragmentação.

A mudança de modelo assistencial implicará corresponsabilização na atenção e na gestão, bem como no foco na promoção. Como decorrência, mesmo as estratégias de descentralização e regionalização terão de ser revistas, para garantia da referência, da continuidade e da integralidade.

As reformas do aparelho formador e da estrutura de empregos também devem ser cogitadas. O fato de os médicos terem mais de um emprego público e acumulá-los com empregos privados gera fortes conflitos de interesse e impede a organização do cuidado à saúde com qualidade.

Defende-se, ainda, a formação de estruturas em rede, com porta de entrada universal e única, bem como de qualidade, para todos os brasileiros no sistema de saúde, o que só seria possível com a ESF realmente universal. Da mesma forma, há de se pensar em responsabilidades conjuntamente assumidas na atenção e na gestão, com indeclinável foco na promoção de saúde.

COMPETIÇÃO ESTRUTURADA

O tema da competição estruturada ou administrada em termos de regulação pelo Estado pode ser considerado como uma das ideias marcantes do seminário.

Preliminarmente, deve-se definir atenção universal e sistemas únicos de saúde como coisas distintas. Entretanto, o fator essencial para se obter a desejável universalização, com garantias de qualidade, equidade e participação social deve ser a atuação do Estado, pois somente por meio de seu poder regulador é que se poderá obter que os sistemas fragmentados se integrem. O conceito em pauta é o que se denomina “pluralismo estruturado em saúde” e seus princípios são os da universalização, da equidade e da suficiência do sistema em relação às necessidades de todos.

O cenário corriqueiro dos sistemas pluralistas desestruturados tem como exemplo os EUA, em que os variados segmentos não estão submetidos a uma regulamentação geral que permita alcançar a universalização. O chamado Plano Obama representa, assim, uma tentativa de criar alguma forma de estruturação desse pluralismo, dando mínima garantia à universalização. Caso o plano não vinha, o cenário é de que, simplesmente, o sistema de saúde daquele país torne-se inviável, chegando a consumir até 20% do PIB com saúde e, ao mesmo tempo, com a ausência de proteção alcançando os 20% da população.

Cabe lembrar, também, que pode ser considerado um mito assumir que os sistemas de saúde de corte beveridgeano possam crescer sem a participação de planos privados de saúde. Como exemplo, menciona-se o Canadá, em que 75% dos cidadãos usufruem de planos de saúde complementares ao sistema público, a maioria financiados pelas empresas para seus empregados, absorvendo até 28% dos gastos totais com saúde no país. O mesmo ocorre na Inglaterra, em que são os planos privados que oferecem tratamentos complementares mediante seguros financiados por empresas, não sendo cobertos pelo NHS. Contudo, o acesso a tais tratamentos complementares é supervisionado pelos médicos de família (GP), para evitar duplicações, desperdícios e garantir a continuidade do cuidado.

No sistema brasileiro, por sua vez, o beveridgeanismo tem no setor privado um competidor duplicante, não propriamente com atuação complementar. Tal dilema, se não for superado, implicará a necessidade de se reestruturar o processo de prestação de cuidados à população por via competitiva. Os exemplos internacionais devem ser observados no Brasil, pois a cobertura de saúde nos países verdadeiramente beveridgeanos dá por meio da estruturação de uma oferta universal pública associada à complementaridade de planos privados. Assim, tais sistemas, que não deixam de ser públicos, são capazes de oferecer a toda a população um conjunto de serviços de qualidade, além de coordenar e regular essa oferta *vis-à-vis* com aquela oferecida pelos planos privados, nitidamente complementares e não concorrentes com o que oferece o setor público.

É assim que muitos dos sistemas ditos beveridgeanos admitem a existência de copagamentos, como modo de garantir o que é essencial, para que sobre recursos para financiar aqueles que não dispõem de capacidade financeira – e isso não foge do princípio da equidade. Infere-se que a ideia de se ter um sistema totalmente financiado com recursos públicos está afastada em muitos sistemas beveridgeanos, nos quais a opção desde muito é a de alternativas para complementar o montante dos recursos. Alerta-se, contudo, que isso só seria possível e legítimo se o setor público for capaz de oferecer serviços realmente essenciais e de boa qualidade.

Não importa que haja pluralismo, portanto, mas sim que se possa garantir que tal pluralidade se estruture de forma complementar e regulada pelo Estado, para que não ocorra fragmentação do acesso, da cobertura e do financiamento, evitando, também, as assimetrias de informação em saúde, bem como certas soluções “puras” de mercado, que até podem contribuir para a eficiência e a equidade, mas não levam à universalização de cobertura.

O pluralismo estruturado representaria o antídoto contra a fragmentação institucional das formas de organização do setor saúde, que traz consequências tão negativas para o SUS, entre as quais podem ser citadas: a duplicação de coberturas; a seleção adversa de pacientes por parte dos provedores e também em relação aos procedimentos, por parte dos assegurados; a falta de coordenação entre as funções de saúde pública e sua continuidade nos serviços de saúde; a baixa integração entre os mecanismos de promoção, prevenção, atenção médica e reabilitação; os custos elevados para todos, além das iniquidades nos padrões de saúde entre diversos segmentos da população.

SUSTENTABILIDADE TECNOLÓGICA

Sustentabilidade tecnológica corresponde a uma nova dimensão incorporada pelo setor saúde, que diz respeito a articular a base produtiva nacional com as necessidades de saúde, bem como na garantia do acesso às tecnologias mediante uma política industrial, de desenvolvimento e inovação. A saúde deve adquirir *status* de investimento, não de gasto, com forte interdependência entre a universalidade do sistema e a necessidade de base econômica e de inovação compatível. Nisso, incluem-se as variadas plataformas das tecnologias do futuro, tais como: biotecnologia, química fina, equipamentos, nanotecnologia, novos materiais etc. Tal questão não se restringiria à gestão de tecnologias tradicionais de diagnóstico e terapia, por exemplo, mas sim à sustentabilidade tecnológica como um todo, nas tecnologias de redes e nas “tecnologias relacionais”.

