



Interfarma

Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

inovações para a vida

*Políticas Públicas
de Saúde no Brasil*

SÃO PAULO, JUNHO DE 2011

EDIÇÕES ESPECIAIS SAÚDE

VOLUME III

SUPERVISÃO

Antônio Britto
Presidente-Executivo

COORDENAÇÃO-GERAL

Octávio Nunes
Diretor de Comunicação Institucional

Missieli Rostichelli
Analista de Comunicação
Tel.: (55 11) 5180 3476
missieli@interfarma.org.br

Paola Troccoli
Analista de Comunicação
Tel.: (55 11) 5180 3477
paola.troccoli@interfarma.org.br

ASSESSORIA DE IMPRENSA

Burson-Marsteller
Selma Hirai
Tel.: (55 11) 3040 2403 (Burson-Marsteller)
Tel.: (55 11) 5180 3478 (Interfarma)
selma.hirai@bm.com

PROJETO EDITORIAL

Nebraska Composição Gráfica
Tel.: (55 11) 5505-7043

EDIÇÃO

Iolanda Nascimento – Mtb 20 322

REVISÃO

Arabera traduções

IMPRESSÃO

Pankrom Indústria Gráfica
Tel.: (11) 3340-6900

TIRAGEM

63.000 Exemplares

FOTOS

Banco de imagens Interfarma
Agência O Globo
Agência de notícias do grupo Folha

SOBRE A INTERFARMA

A Interfarma – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa – é a entidade que congrega as indústrias farmacêuticas instaladas no Brasil, responsáveis por promover e incentivar a pesquisa e o desenvolvimento de novos medicamentos. Fundada em 1990, a Interfarma reúne 41 laboratórios que representam 55% do mercado brasileiro de medicamentos.

Em setembro de 2010, a associação mudou seu Estatuto Social e passou a representar empresas e pesquisadores nacionais.

*A mente que se abre a uma
nova ideia jãmais voltará ao seu
tamanho original*

ALBERT EINSTEIN

Apresentação

Este caderno trata da maior preocupação dos brasileiros, hoje: acesso a um sistema de saúde que ofereça qualidade.

E, diante de um problema tão grave, a publicação busca, em primeiro lugar, evitar que o debate proposto aqui por meio de declarações e artigos assinados, se perca pela visão unilateral, sectária ou corporativa.

Especialistas e autoridades foram convidados pela Interfarma que lhes propôs uma pergunta básica: “Como enfrentar os maiores desafios da área de saúde hoje no Brasil?”. Aqui estão representados os mais diversos segmentos, posições e interesses no fascinante debate sobre saúde pública.

À medida que nossos convidados apresentam visões pluralistas e democráticas sobre o tema, nos oferecem subsídios para uma reflexão sobre os mais recorrentes erros no enfrentamento das questões de saúde no Brasil: ter a participação de poucos, ouvir apenas os que pensam como nós ou buscar culpados e não soluções.

A representatividade e a qualidade das declarações e dos artigos assinados nos permitem afirmar que este é um documento que poderá servir para estudos e consultas, mesmo que sua intenção não seja ter profundidade acadêmica ou pretensão de esgotar o assunto.

Esta publicação é mais uma contribuição da Interfarma, em meio ao extenso programa de eventos e ações institucionais que visam aproximar os líderes do segmento, as autoridades e os pensadores da saúde pública no Brasil.

Boa leitura!



Eloi Bosio

Presidente do Conselho Diretor



Antônio Britto

Presidente-Executivo



FONTE: INTERFAMA

Alexandre Padilha

MINISTRO DA SAÚDE

Saúde não tem preço: investir no setor é promover desenvolvimento

“No momento em que o Governo Federal, sob a liderança da presidenta Dilma Rousseff, tem como prioridade acabar com a pobreza no Brasil, o SUS é, indiscutivelmente, instrumento central de justiça e inclusão social”, diz o ministro Padilha

“Ao lançar, logo no início do segundo mês de seu governo, o programa Saúde Não Tem Preço, a presidenta Dilma Rousseff reiterou o compromisso assumido em seu discurso de posse: a saúde ocupará papel central em seu governo, contribuindo para a meta de erradicar a miséria e conduzir o Brasil ao posto de quinta maior economia do planeta ainda nesta década.

Do ponto de vista econômico, o setor produtivo da saúde tem contribuições importantes como indutor do desenvolvimento. Com o trabalho de cerca de 10 milhões de profissionais, a saúde responde por 8% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro, ou 30% do PIB industrial, e movimentada anualmente R\$ 160 bilhões.

Por isso, temos de ampliar os investimentos em pesquisa e desenvolvimento e fortalecer a política industrial para

a área, o que estimula a criação de tecnologia de ponta e representa grande oportunidade no comércio exterior. Ganhos econômicos que se traduzem em melhora para a qualidade de vida de milhões de brasileiros, na medida em que reduzem os preços de medicamentos e procedimentos.

As opções que gestores, trabalhadores e universidades assumem em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) influenciam diretamente a cadeia produtiva da saúde, que desde 2003, já recebeu investimentos de R\$ 6 bilhões em pesquisa e infraestrutura.

Ao oferecer desde atenção primária até procedimentos de alta complexidade, muitas vezes indisponíveis na rede privada, o SUS não encontra equivalente nos demais países emergentes. Por outro lado, alcança um alto nível de cobertura com um patamar de financiamento bem inferior ao disponível nas nações desenvolvidas. Afinal, trata-se do maior executor público de transplantes no mundo. O SUS custeia ainda 80% dos atendimentos oncológicos e 87% da diálise no Brasil.

Todas as pesquisas a respeito do funcionamento do SUS comprovam que os usuários de fato têm avaliação mais positiva do que aqueles que não recorrem à rede pública. Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) revelou que enquanto 72,4% das pessoas que recorrem ao SUS julgaram o atendimento como regular, bom ou muito bom, índice que fica em 65,7% entre quem não faz uso da rede pública. Esta percepção foi referendada pela última Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), que mostrou que 86% dos usuários da rede pública avaliam o serviço ofertado como satisfatório. Por outro lado, o levantamento apontou que a principal queixa da população se refere ao tempo de espera para ingressar no sistema e ser atendida, desafio comum aos sistemas nacionais de outros países.

É por termos eleito o acesso como objeto central do planejamento e da pactuação de todas as políticas e repasses para os estados e os municípios que queremos criar um indicador nacional de garantia do acesso com qualidade. Este índice será de dimensão nacional, mas levará em conta as peculiaridades regionais, para mensurar o andamento das políticas de saúde e de seu impacto sobre a vida das pessoas.

O SUS já tem maturidade para montarmos um grande mapa nacional que estabeleça claramente quais os equi-

pamentos e serviços ofertados. A partir deste diagnóstico, que será traduzido em um grande mapa sanitário brasileiro, poderemos conduzir o debate sobre um padrão de integralidade para este sistema sanitário, otimizando os investimentos e identificando quais as reais necessidades de cada localidade.

Na saúde, o fato de termos uma execução descentralizada provoca o esforço contínuo para aprimorar os mecanismos de definição de compromissos entre a União, os estados e os municípios. Defendo a ideia de um contrato inter-federativo que preveja metas claras para cada ação e garanta total transparência na sua execução.

Com a clareza sobre o uso dos recursos do SUS, poderemos estabelecer regras de financiamento sustentável para a saúde, deixando claro o que é de fato investimento em saúde e qual o papel de cada ente federado. A conquista do financiamento sustentável só virá se demonstrarmos para a sociedade os resultados do nosso esforço para aprimorar a gestão e qual será a destinação dada aos recursos disponíveis. Este é um debate que cabe à sociedade e ao Congresso Nacional.

Criar condições de trabalho para os profissionais em todo o país é, certamente, uma questão central na condução deste processo. Com nossa dimensão continental e nossa diversidade, não teremos uma alternativa única, rígida. É a partir do diálogo que vamos definir quais são viáveis, para que contextos. Mas não abriremos mão de termos profissionais capacitados para atender a população brasileira, seja na floresta amazônica, seja na periferia das grandes cidades brasileiras.

Nós precisamos discutir com a sociedade, com as universidades e com as entidades da saúde a questão da formação profissional, tendo em vista a universalização do atendimento e a redefinição das demandas dos usuários. O Brasil tem de construir um plano estratégico para os próximos 20 anos, prevendo as demandas por especialistas e as localidades mais sensíveis para que direcionemos as políticas de formação profissional e consigamos avançar no uso de tecnologias como a telemedicina e o ensino a distância.

Todas estas estratégias têm como espinha dorsal nosso esforço e nosso compromisso pelo fortalecimento do SUS, cuja rede de atendimento está disponível a todos os brasileiros e que protege a saúde pública com serviço de vigilância eficaz, que inclui as campanhas de vacinação e

imunização, o combate à dengue e a contenção de riscos à saúde pública como a influenza H1N1. “No momento em que o Governo Federal, sob a liderança da presidenta Dilma Rousseff, tem como prioridade acabar com a pobreza no Brasil, o SUS é, indiscutivelmente, instrumento central de justiça e inclusão social.”



FONTE: INTERFARMA

Antônio Britto

PRESIDENTE-EXECUTIVO DA INTERFARMA

“A falta de diálogo e a busca de consenso são o maior desafio da saúde pública brasileira”

Não é possível resolver todas as questões de saúde apenas no SUS, pois não há sistema que suporte sozinho toda a complexidade e o tamanho do problema que existe no Brasil, diz Britto

“As primeiras ações do novo governo mostram que existe uma compreensão correta sobre os problemas e os desafios da saúde, principalmente, porque a nova equipe tem dado uma grande prioridade ao diálogo com os mais diversos segmentos, posições e ideias em termos de saúde pública. Uma postura animadora, pois a falta de diálogo e a busca de consenso são o maior desafio

da saúde pública brasileira. Esse problema é anterior à falta recursos, que existe, e à fragilidade da gestão, que é outra realidade.

A ausência de diálogo aberto com todos levou a falsas polêmicas. Muitos especialistas e técnicos se digladiam e mantêm posições fechadas sobre as causas dos problemas da saúde no Brasil. Uma parte defende fervorosamente que as dificuldades são decorrentes de má gestão e a outra acredita, com o mesmo fervor, que são resultado do subfinanciamento. A saúde precisa dos dois, de gestão eficiente e transparente e de mais recursos.

Outra falsa polêmica: o SUS (Sistema Único de Saúde) tem de fazer tudo ou é possível fazer saúde sem o SUS? O Sistema é um acerto, é um êxito, mas não é todo poderoso. O SUS é uma disposição constitucional e é fundamental para a atenção à saúde básica no País. No entanto, não é possível resolver todas as questões de saúde apenas no SUS, pois não há sistema que suporte sozinho toda a complexidade e o tamanho do problema que existe no Brasil. Também é impossível a ausência da iniciativa privada. O sistema já é público-privado e não há como resolver as deficiências da saúde sem utilizar toda a estrutura existente.

Outra polêmica, igualmente falsa, é sobre qual deve ser a prioridade do Sistema: a saúde básica ou a atenção às doenças complexas. É necessário colocar um ponto final nessa discussão estéril porque existem problemas nas duas áreas e ambas merecem cuidados. O mesmo ocorre também quando o debate é sobre se a prestação de serviços no setor deve realizada por empresas nacionais ou apenas internacionalizando. Essa falsa polêmica é velha também. O Brasil precisa de um projeto nacional de saúde, mas ele não pode estar isolado, sem dialogar com a ciência que existe ao longo do mundo.

O que tem de estar claro para todos os segmentos envolvidos com saúde é que a dona Maria e o seu João, que moram distantes dos principais centros de saúde do País, não estão muito interessados em saber se a saúde é federal, estadual ou municipal, governista ou oposicionista, pública ou privada, nacional ou global. A população quer ter acesso a uma saúde minimamente de qualidade, o que terá de ser construído com a soma dos esforços de todos os personagens do setor e de toda a sociedade.

A Interfarma tem assumido e defendido a posição de que a saúde merece passar por um processo de busca

de consenso que, sem prejuízo da diversidade de opiniões, saia de uma disputa retórica ultrapassada e tente identificar projetos e parcerias que permitam ao País avançar. Essa atitude em relação aos problemas de saúde não pode ser responsabilidade apenas do governo, mas seguramente é o Estado que tem que dar o primeiro passo nessa direção.

Por essa razão, os primeiros movimentos do governo da presidente Dilma Rousseff na área da saúde têm gerado muita esperança. Há uma visível preocupação em dialogar com todos os segmentos em busca de consenso.”



FONTE: INTERFARMA

Carlos Gadelha

SECRETÁRIO DE C&T E INSUMOS ESTRATÉGICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

“O grande desafio do Estado é articular as políticas de desenvolvimento e de inovação com a de saúde”

Com a estratégia de universalização do acesso, observa-se um crescimento exponencial do déficit comercial nos segmentos produtivos da saúde, afirma secretário de C&T e Insumos Estratégicos

“Desde a criação do SUS, a história da política de saúde confunde-se com a história da sociedade brasileira pautada pela reconstrução democrática e pela garantia dos direitos de cidadania. No contexto concreto da implementação destes direitos, o País encontra-se num momento decisivo para ampliar o acesso da população à saúde. Além das políticas relacionadas diretamente com a expansão, estruturação e modernização da rede de atenção, promoção e prevenção, reforça-se a necessidade de estabelecer uma agenda inovadora vinculada à estratégia nacional de desenvolvimento. Hoje, a saúde responde por 22% do gasto mundial com pesquisa e desenvolvimento, sendo apenas 3% deste esforço realizado nos países de baixa e média renda per capita, incluindo o Brasil. Na sociedade do conhecimento esta assimetria torna as políticas nacionais de saúde extremamente vulneráveis.

Com a estratégia de universalização do acesso, observa-se um crescimento exponencial do déficit comercial nos segmentos produtivos da saúde (fármacos, medicamentos, equipamentos, materiais médicos, produtos para diagnóstico, etc.), espelhando a necessidade de se vincular o acesso universal com o desenvolvimento da base produtiva nacional. No presente, como se pode ver no gráfico abaixo, o déficit comercial do complexo da saúde já se aproxima perigosamente do patamar de US\$ 10 bilhões. Programas essenciais para a saúde como os de oncologia, AIDS e outras doenças transmissíveis ficam suscetíveis a oscilações do mercado internacio-

nal, refletindo uma situação inaceitável de dependência numa área estratégica para o País.

É nesta perspectiva que se insere a política para o fortalecimento do Complexo Produtivo e de Inovação em Saúde – que engloba todos os segmentos industriais e de serviços em saúde – como um pilar estratégico da política nacional de saúde para reduzir nossa vulnerabilidade. A saúde, no presente, representa 8,4% do PIB e, com a estratégia de ampliação do acesso, a demanda de ações e serviços de saúde deve ser incrementada de modo muito acentuado. Com isto, há uma clara necessidade de que o acesso se transforme numa alavanca para gerar emprego, renda e conhecimento estratégico em saúde, envolvendo a biotecnologia, os novos materiais, as terapias genéticas, a síntese de fármacos, as tecnologias de informação e os equipamentos e materiais médicos, além de novas abordagens para a prevenção e promoção.

O grande desafio do Estado é articular as políticas de desenvolvimento e de inovação com a de saúde, pautando-as pelas necessidades sociais. É hora de ousadia para eleger o desenvolvimento da base produtiva e de inovação em saúde como uma das grandes prioridades nacionais.

Para tanto, colocam-se os compromissos de promover uma transformação qualitativa no marco regulatório em saúde, envolvendo uma forte ampliação do uso estratégico do poder de compra do Estado, acompanhado de um avanço significativo nas iniciativas concretas para a regulação em saúde e para o fortalecimento das parcerias

Balança Comercial da Saúde (Valores em US\$ bilhões a preços de 2010).



Fonte: GIS/ENSP/FIOCRUZ, 2011, a partir de dados da Rede Alice / MDIC.

com o setor produtivo. A perspectiva é compatibilizar o estímulo à produção e à inovação e à ampliação do acesso com qualidade. Os produtos estratégicos para o SUS, essenciais para os programas nacionais de saúde, fornecem o norte concreto para a transformação pretendida.

Em termos institucionais, o fortalecimento da articulação governamental, iniciada no âmbito do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS), viabiliza uma ação integrada de grande envergadura capaz de articular o poder de compra e a regulação em saúde com o financiamento de longo prazo, o fortalecimento da infraestrutura tecnológica e os incentivos à produção e à inovação no País. A grande aposta é contribuir, de modo decisivo, para um projeto nacional de desenvolvimento que integra a dimensão econômica com a social e a competitividade com a equidade e o acesso.”



FONTE: INTERFAMA

José Gomes Temporão

PROFESSOR DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ E
EX-MINISTRO DA SAÚDE

“Setor privado de saúde cresce e se fortalece a custa do Sistema Público”

Quando o SUS foi criado havia um consenso na sociedade de que uma medicina pública, de qualidade, em um sistema universal era o que todos queriam. Hoje, isso não está tão claro, afirma ex-ministro

“O Sistema de saúde brasileiro é um processo histórico e complexo que não se encerra. Porém, o momento atual tem uma dinâmica bastante distinta da que existia quando o SUS (Sistema Único de Saúde) foi concebido, há mais de 20 anos. Naquela época havia um consenso na sociedade de que uma medicina pública, de qualidade, em um sistema universal era o que todos queriam. Hoje essa questão não está tão clara assim e o Brasil está discutindo, mesmo que de maneira tímida ainda, a perda da hegemonia da saúde pública. A medicina privada cresce e se fortalece devido a um fenômeno que pode ser explicado de algumas perspectivas. A primeira é a crônica falta de recursos do setor público.

O SUS nasceu subfinanciado, situação agravada ao longo da sua existência e que permanece. Um exemplo dos estragos que esse subfinanciamento causa são os hospitais do antigo Inamps, no Rio de Janeiro, e que hoje são do Ministério da Saúde. Há 20 anos, eles eram os melhores do Brasil e agora não conseguem se colocar nesse ranking nem de longe. Atualmente, os principais hospitais brasileiros são privados e localizados na cidade de São Paulo. Sem recursos suficientes, o setor público perdeu qualidade e eficiência, abrindo espaço para o avanço da medicina privada.

Outra questão importante e relevante, que explica do ponto de vista político-ideológico a perda da hegemonia, é a visão atual da sociedade de que ter um plano de saúde representa, de certa forma, uma ascensão social. É um grave equívoco achar que um plano privado pode resolver todos os problemas porque, na maioria das vezes, não é bem assim. A reivindicação dos sindicatos dos trabalhadores, de todas as categorias, de planos de saúde também está incluída nesse cenário. Esses sindicatos, do ponto de vista político e do discurso, dizem apoiar o Sistema Único de Saúde, a medicina pública para todos, mas pragmaticamente preferem optar pelo setor privado dentro de seus acordos coletivos. Curiosamente, o funcionalismo público dos três poderes também faz parte desse processo e têm planos privados. Uma questão pouco discutida e enfrentada, e muito irônica também, é que os próprios funcionários públicos que trabalham no SUS, e que defendem o Sistema, têm plano privado, o que é uma contradição em si.

Mais curioso ainda é que em todos esses casos há renúncia fiscal e subsídios diretos e indiretos do governo. As famílias e as empresas, por exemplo, podem abater

as despesas com saúde no Imposto de Renda e cerca de 50% do custo dos planos do funcionalismo público é pago pelo Estado. Isso é um paradoxo. Quando se soma todo esse conjunto de subsídios e renúncia fiscal, estima-se que isso hoje esteja em torno de R\$ 15 bilhões por ano. Isso significa que são transferidos R\$ 15 bilhões do SUS para o sistema privado. É como se com uma mão o Estado colocasse subsídios a partir do reembolso das despesas médicas-hospitalares das empresas, famílias de classe média, gastos com os planos do funcionalismo e com a outra mão retirasse esse recurso do setor público. Então, a leitura que se faz é que o setor privado de saúde cresce e se fortalece a custa do Sistema Público, a partir de uma renúncia fiscal e de subsídios do poder público.

Por isso, a relação entre o público e o privado deve ser rediscutida, repensada, pois o Brasil pode se aproximar de uma situação perigosa, que seria o processo de ‘americanização’ do sistema de saúde. Por exemplo, o movimento que a sociedade americana fez nos últimos anos até culminar na reforma Barak Obama, que tenta corrigir algumas das tendências nefastas de mercado sobre a saúde nos Estados Unidos mas que, mesmo assim, não consegue ser implementada totalmente pelo presidente. Esse processo lento de degradação contínua do sistema público, de subfinanciamento crônico, aliado à essa questão político-ideológica da medicina privada como um processo de ascensão social, leva a saúde brasileira a um modelo mais próximo do americano e a distância do europeu, que foi a sua referência.”



FONTE: ASSESSORIA

Darcísio Paulo Perondi

DEPUTADO FEDERAL E PRESIDENTE DA FRENTE PARLAMENTAR DA SAÚDE

“O problema é financiamento e isso é uma emergência”

O Brasil está entre os países que destinam menos recursos à saúde, em relação ao percentual do PIB. Ele ocupa o 169º lugar em uma lista de 198 países, diz o deputado Perondi

“Tem uma frase do ex-ministro da Saúde, José Gomes Temporão, pronunciada em uma reunião do conselho político do governo Lula no ano passado, que resume bem o quadro atual da saúde: ‘Se a crise de financiamento do SUS (Sistema Único de Saúde) não for resolvida, a pilha de cadáveres vai aumentar’. O SUS é uma das reformas com maior resultado dos últimos 20 anos. Os seus números de atendimentos são fantásticos, incomparáveis mundo afora. Somando tudo, desde a retirada de uma unha encravada a uma cirurgia cardíaca, foram mais de 4 bilhões de procedimentos, em 2009. Mas há um gargalo hoje e ele se chama financiamento. O dinheiro é insuficiente.

A Emenda Constitucional 29, de 2000, estabeleceu gastos mínimos com saúde em relação às receitas: de 12% para os estados e de 15% para os municípios. Ela também vinculou o aporte federal ao PIB (Produto Interno Bruto) nominal. Os municípios já estão gastando mais do que podem. Em relação aos estados, metade cumpre

e os outros 50% mascaram. Os recursos da União são insuficientes. A EC 29 tinha que ser regulamentada quatro anos depois e já se passaram 11 anos.

Hoje, o gasto público com saúde, somando todas as esferas, não passa de 3,4% do PIB; e o do federal é de 1,7%. Como era em 2000? A arrecadação federal aumentou extraordinariamente de lá para cá, mas a participação da saúde não e ficou no mesmo percentual de 1,7% de 2000. O gasto federal com o SUS alcançava quase 10% da arrecadação, em 2000, e hoje está em menos de 7%. E, em 10 anos, a população cresceu, as mazelas sociais não foram resolvidas e a tecnologia que salva avançou, mas a participação do Tesouro Nacional no SUS diminuiu em um terço.

O Brasil, de acordo com dados da OMS (Organização Mundial de Saúde), está entre os países que destinam menos recursos à saúde, em relação ao percentual do PIB. Está em 169º lugar em uma lista de 198 países. Isso explica a crise do financiamento na área federal.

Há dois anos, a pesquisa domiciliar do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) revelou que de cada R\$ 100 que o brasileiro despense com saúde R\$ 62 são gastos privados e somente R\$ 38, públicos. Na Europa, especialmente nos países onde o sistema é universalizado, como no Brasil, ocorre o contrário. Lá, de cada 100 euros gastos com saúde, 85 são públicos e 15, privados.

De cada R\$ 100 em serviços e procedimentos que o SUS compra de um hospital, de uma Santa Casa, ele paga apenas R\$ 60. Excetuando algumas áreas, como oncologia e cardiologia, ele paga mal. O reajuste das tabelas com os conveniados foi pontual nos últimos anos, apesar dos esforços da Frente Parlamentar da Saúde em apontar que a crise é real. Os hospitais lucrativos estão desistindo dos convênios com o Sistema. Os médicos também, pois todo o capital humano é pessimamente remunerado.

É preciso mais recursos e com gestão eficiente. No entanto, quem diz que o problema é gestão nunca foi médico, diretor de posto público, gestor de santa casa e muito menos ministro da Saúde. Com esses recursos, se faz milagre. Um ministro da área econômica não suportaria uma semana na pasta da Saúde ou 24 horas dirigindo um hospital universitário. Onde há mais gestão, há mais qualidade, é óbvio. Mas é desconhecimento da realidade dizer que o problema é gestão. O problema é financiamento e isso é uma emergência.

A solução é votar a regulamentação da EC 29. Ela cessa os desvios dos estados, com consequente aumento desses recursos, e eleva o financiamento da União. Para o governo federal, estabelece participação equivalente a 10% das receitas, ou cerca de R\$ 20 bilhões a mais este ano para o Ministério da Saúde, se tivesse sido aprovada em 2010. Os recursos dos estados subiriam em mais R\$ 3 bilhões ou R\$ 4 bilhões por ano. A EC 29 está desde 2008 parada na Câmara Federal porque a área econômica do governo federal tem barrado todas as ações que visam levá-la ao plenário.”



FONTE: INTERFAMA

Giovanni Guido Cerri

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

“Há uma necessidade real de garantir mais recursos para o setor”

Secretário diz que maior financiamento pode ser assegurado pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 e por meio de mecanismos mais eficientes de cobrança dos atendimentos realizados pelo SUS aos pacientes de planos de saúde

“A saúde pública é algo dinâmico e, embora tenha avançado na última década, os desafios se acumulam. Sem dúvida, foram várias as conquistas obtidas até aqui.

Hoje, o SUS (Sistema Único de Saúde) garante desde a vacina contra a paralisia infantil até o transplante de coração, gratuitamente, a todos os brasileiros. Há centros de excelência no atendimento público que são considerados de ponta, como o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, o Hospital das Clínicas da FMUSP (Faculdade de Medicina da USP – Universidade de São Paulo) e o Instituto Emílio Ribas. Mas existem duas questões primordiais para que, de fato, o SUS seja capaz de prestar um atendimento universal e, ao mesmo tempo, mais eficiente a todos os cidadãos.

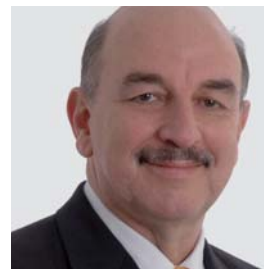
Um deles é o financiamento da saúde. Há uma necessidade real de garantir mais recursos para o setor, mas isso não deve vir por meio de mais impostos, e sim por intermédio da regulamentação da Emenda 29/00 e de mecanismos mais eficientes para que se possa cobrar das operadoras de planos de saúde os atendimentos realizados a seus clientes em hospitais públicos. Outra necessidade urgente é promover, de forma mais efetiva, a racionalização dos fluxos de atendimento entre unidades do SUS, com mecanismos eficazes de referência e contrarreferência. Os cidadãos precisam ter o devido acesso à atenção primária, que soluciona algo em torno de 80% de suas necessidades e, havendo necessidade de atenção ambulatorial ou hospitalar, a unidade de origem deve providenciar o encaminhamento, por sistema informatizado, sem que o cidadão tenha de percorrer os serviços de saúde com um papel na mão.

Esses são os dois principais passos para que o SUS possa ser reorganizado e passe a atender de forma mais eficiente. Sob o ponto de vista da gestão, ainda é importante fortalecer a parceria com os municípios e o governo federal, para que haja hierarquização do sistema, com regionalização no atendimento, evitando que casos simples acabem indo parar em hospitais de alta complexidade.

O Brasil e São Paulo têm avançado em várias áreas da saúde pública. São políticas e estratégias que podem servir de referência para a melhora do sistema no geral, como o bem sucedido programa de combate a Aids, considerado modelo para a OMS; e o programa nacional de imunização, considerado referência para diversos países por seus resultados importantes, como a erradicação da paralisia infantil e o controle de outras doenças transmissíveis, entre elas o sarampo e a difteria. Em São Paulo, há o modelo de gestão de hospitais públicos em parceria

com entidades privadas sem fins lucrativos, as Organizações Sociais, e o modelo de fundações de apoio, que se revelaram bastante eficazes para promover assistência de qualidade com ferramentas ágeis para contratação de recursos humanos, aquisição de materiais e, no caso das fundações de apoio, fomento à pesquisa científica.

É preciso somar esforços para que a gestão do SUS seja, de fato, sinérgica. Os programas federais, estaduais e municipais não podem funcionar de forma isolada, mas integrados ao Sistema, sem bandeiras político-partidárias. Essa integração é tão ou mais importante do que a questão do financiamento. Em São Paulo, o objetivo é trabalhar nesse sentido. União e prefeituras são parceiras para que a saúde funcione bem. Essa estratégia está começando pela Baixada Santista, onde as cidades irão trabalhar como uma espécie de consórcio, com consultoria do Estado por intermédio do Dr. David Uip. A ideia é aproveitar a expertise de cada um dos municípios e os recursos de saúde instalados em cada um deles para aperfeiçoar a assistência.”



FONTE: ASSESSORIA

Osmar Terra

DEPUTADO FEDERAL E EX-SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

“É preciso regulamentar a emenda 29 para que o sistema tenha financiamento mais adequado”

Deputado propõe um pacto, em âmbito mundial, entre governos, setor privado da saúde, sociedade civil e indústria para regular o custo de novos equipamentos e medicamentos

“A saúde é uma fronteira gigantesca. O que fazer diante desse desafio? De um lado, é importante o desenvolvimento tecnológico, que ajuda a detectar e a resolver precocemente os problemas. Ajuda a prolongar a vida. E isso leva a um aparato em termos de medicamentos e equipamentos que cada vez se sofisticam mais e tem um custo importante. Do outro lado, é necessário cobrir as áreas de atendimento básico. É um desafio ter estruturas e equipes em todos os bairros e distritos rurais do País.

Uma boa equipe de saúde da família resolve de 80% a 90% dos problemas em uma determinada localidade, sem precisar deslocar as pessoas. O Brasil avançou nesse atendimento básico, mas no especializado tem filas. Essa demora ocorre porque a remuneração do SUS (Sistema Único de Saúde) não estimula os profissionais a ingressar no Sistema. Existe também um déficit na formação de médicos.

Há um gargalo oriundo de um controle corporativo da formação de especialistas. No geral, as universidades não deixam formar profissionais em número que a população precisa porque estão num modelo muito associado ao complexo industrial. Determinadas especialidades são controladas pelos especialistas daquela área, não pelo interesse da população. Para resolver esse problema, é preciso um pacto social, orientado pelo governo, para elevar o número de especialistas formados, de acordo com as necessidades do Sistema, e que contemple também negociações de valores mínimos por procedimentos.

A carreira no SUS é importante para a qualidade do atendimento. Os profissionais teriam que se dedicar exclusivamente, mas o SUS tem sido apenas um bico quando precisaria ter um ‘exército’ de profissionais dedicados ao trabalho e ganhando bem. Tem que ter um plano de carreira, com melhores salários, que incentive também o profissional a começar pelo interior dos estados. E a boa remuneração tem de ser por meritocracia.

Estimular profissionais para a atenção básica e a formação de especialistas são ações fundamentais. Porém, fazer isso requer um valor maior de recursos do que a saúde pública dispõe hoje. E precisa ter dinheiro também para equipamentos e medicamentos, pois a população tem direito a novas tecnologias, que têm custo elevadíssimo, muitas vezes fora da lógica.

Seria preciso criar uma câmara setorial que reunisse os gestores dos diversos níveis públicos do Sistema, administradores do setor privado da saúde e representantes da sociedade civil, além da indústria, para discutir valores, benefícios de determinadas tecnologias, o que se gasta realmente nas pesquisas e a margem de ganho que as empresas precisam ter para continuar investindo e descobrindo novos produtos.

É preciso estabelecer um pacto, até em âmbito internacional, talvez capitaneado pela OMS (Organização Mundial de Saúde), para regular essa questão dos custos das novas tecnologias e medicamentos, particularmente dos que não enfrentam a concorrência de mercado. Se isso não acontecer, daqui a pouco todos os recursos vão apenas para a incorporação de tecnologias. Não sobrá dinheiro para mais nada.

A saúde é a maior fronteira social que todo o mundo tem e isso exige gestão e recursos. Hoje, a gestão gradualmente melhora no País. No entanto, os recursos públicos cobrem apenas cerca de 40% das despesas do brasileiro com saúde; 60% são privados. O governo federal responde por 45% do total investido na saúde. Estados e municípios representam os 55% restantes. Mas a União detém 61% de toda a arrecadação.

O financiamento federal precisaria dobrar para algo em torno de R\$ 120 bilhões. No momento, é preciso regulamentar a Emenda Constitucional 29 para que o Sistema tenha financiamento mais adequado. É possível que somente isso não resolva, mas ajudaria muito. A EC 29 tende a elevar progressivamente o financiamento à saúde, à medida que o PIB (Produto Interno Bruto) cresce.”



FONTE: AGENCIA DE NOTÍCIAS DO GRUPO FOLHA

Rafael Guerra

EX-DEPUTADO FEDERAL

“O governo federal centraliza a arrecadação, mas contribui menos com a saúde”

Um dos principais gargalos da saúde brasileira é o atendimento de média complexidade, o que compromete substancialmente o compromisso constitucional do SUS, afirma Guerra

“A principal dificuldade e a origem de todos os outros problemas da saúde brasileira é o subfinanciamento. O gasto per capita no País é menor do que na maior parte das outras nações em desenvolvimento. Em relação ao percentual do PIB, o gasto deveria estar próximo dos 8% nos três níveis de governo e na iniciativa privada, mas não alcança 5%. A participação do setor público é inferior a 50% do total e a do governo federal é menor ainda, em torno de 48%. Entretanto, na arrecadação de impostos acontece o contrário. O governo federal fica com cerca de 70% do total e os estados e municípios, com o restante. O que significa que o governo federal centraliza a arrecadação, mas contribui menos com a saúde, sobrecarregando os demais.

Isso explica as dificuldades para se obter eficiência na gestão da saúde pública por exemplo. Qualquer admi-

nistrador precisa ter recursos para desenvolver seu trabalho direito, não apenas talento e capacitação. Além disso, a remuneração é baixa. Os gestores da iniciativa privada, de qualquer setor, têm remuneração muito superior aos administradores hospitalares.

Outro problema é o crescimento da judicialização da saúde. A busca na Justiça para se obter acesso a tratamentos se deve, em grande parte, às dificuldades do SUS (Sistema Único de Saúde) de cumprir o compromisso constitucional de universalização, de equidade e de integralidade. Para cumprir esse compromisso, faltam recursos e a saúde sofre com uma enxurrada de medidas judiciais que garantem leitos em CTIs (Centro de Terapia Intensiva), medicamentos de alto custo, entre outros serviços e procedimentos, mas que acabam desestabilizando ainda mais os orçamentos.

Há outro grande estrangulamento, e grave. O principal gargalo do SUS, que compromete completamente o seu compromisso constitucional, está na média complexidade, na qual o paciente precisa ter atendimento assistencial como, por exemplo, uma cirurgia eletiva, que não seja de urgência. As filas e a demora no atendimento são enormes. Mas isso está começando a acontecer, inclusive, nos próprios planos de saúde. Há uma grande demanda reprimida no Brasil de procedimentos de complexidade média.

Porém, com todas as dificuldades e poucos recursos, a saúde pública avançou muito no Brasil. O atendimento de alta complexidade, em alguns setores, é comparável aos melhores dos países desenvolvidos. Nas áreas de vacinação e tratamento da AIDS, por exemplo, o País é referência mundial. O Brasil evoluiu com a implantação dos genéricos e do programa Farmácia Popular, que ampliaram o acesso da população, principalmente da mais carente, aos medicamentos. O Programa Saúde da Família (PSF) também fez a saúde chegar a uma boa parcela da população com poder aquisitivo mais baixo.

O SUS é o maior avanço que o País tem em termos de implantação de parcerias, regionalização e de pacto federativo. Ainda há disputas no Sistema, com cada um procurando garantir sua fatia, mas é a melhor experiência. Prova disso, é que ele já serviu de exemplo para o Sistema Único de Assistência Social e agora se discute um Sistema Único de Segurança Pública, seguindo o modelo de articulação do SUS.

Dentro desse modelo de universalização, os consórcios públicos são uma alternativa muito importante para viabilizar a regionalização da saúde. Resultado de parcerias entre os municípios, eles podem perfeitamente trabalhar articulados coma iniciativa privada, que sem dúvida tende a melhorar a eficiência do atendimento prestado na saúde. Em Minas Gerais, já existem 72 consórcios de saúde, reunindo mais de 800 municípios. O que representa dizer que o programa de regionalização alcançou cerca de 90% do Estado. No Brasil, eles serviram de referência para a implantação de outros tipos de consórcios públicos, cada um com sua finalidade. Hoje, são quase 800 consórcios de saúde no País e quase 5.000 de outras áreas.”



FONTE: INTERFAMA

José Luíz Spigolon

SUPERINTENDENTE DA CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIAS NO BRASIL (CMB)

“Os hospitais filantrópicos não precisam ter lucro, mas não podem ter prejuízo”

Subfinanciamento do Sistema Público de Saúde causa prejuízo às santas casas, que acumulam R\$ 6 bilhões em dívidas, e afeta a qualidade da assistência prestada pela rede, diz Spigolon

“O Sistema Único de Saúde (SUS) vive hoje um cenário de extrema dificuldade por conta do seu subfinanciamento. E quando o SUS vai mal, os hospitais filantrópicos, que são entidades privadas sem fins lucrativos, também vão mal. Por Lei, eles devem destinar 60% dos seus serviços ao Sistema Público e, em 2009, responderam por 41% de todas as internações realizadas pelo SUS, nos 2,1 mil hospitais que as 2,1 mil instituições filantrópicas têm espalhados pelo Brasil.

Foram 4,535 milhões internações feitas pelas santas casas, de um total de 11,128 milhões do SUS. Para prestar esse atendimento, tiveram um custo de R\$ 12,3 bilhões, mas receberam apenas R\$ 7,9 bilhões do Sistema. Portanto, tiveram um déficit de R\$ 4,4 bilhões. O que significa dizer que a cada R\$ 100 gastos com os pacientes do Sistema foram recebidos apenas R\$ 65. Além disso, os reajustes nas tabelas foram pontuais nos últimos anos. O mais expressivo ocorreu no final de 2005.

Esse levantamento foi apresentado ao ex-ministro da Saúde, José Gomes Temporão, e será mostrado ao atual ministro, Alexandre Padilha. E isso é resultado do subfinanciamento do setor de saúde, essa conclusão é uma unanimidade nacional e até a presidente Dilma Rousseff admite. Seria necessário injetar muito mais dinheiro no SUS para que ele pudesse remunerar a rede conveniada de forma adequada.

Os hospitais filantrópicos não precisam ter lucro, mas não podem ter prejuízo, que acaba sendo bancado por um endividamento muito caro. Em 2003, eles tinham uma dívida de R\$ 1,9 bilhão com fornecedores, passivos trabalhistas e empréstimos em bancos. Fecharam 2009 com endividamento acumulado de R\$ 6 bilhões. O resultado é que os hospitais filantrópicos estão atrasando o pagamento a fornecedores, o que dificulta boas negociações de preços de medicamentos e de materiais hospitalares. E quem é mal pagador e não tem recursos para comprar à vista está sujeito aos preços de mercado, ou seja, paga mais caro. A bola de neve está formada.

O subfinanciamento a que vem sendo submetidas está causando um empobrecimento progressivo das santas casas, que estão vendendo parte de seus patrimônios em imóveis, que asseguravam uma renda mensal, para tentar reduzir as dívidas. Outra consequência é a falta de recursos para adquirir novas tecnologias. O desenvolvimento de novos produtos, que auxiliam e dão agilidade cada vez maior aos processos de diagnóstico e tratamento, é mui-

to rápido e isso exige investimento constante do setor. Mas as instituições não têm recursos para acompanhar essa renovação, que ocorre anualmente, e operam com equipamentos cada vez mais defasados.

Para completar o cenário desafiador, os hospitais não estão conseguindo manter seus quadros de pessoal. A estrutura mais enxuta leva ao fechamento de leitos e, em consequência, a população tem maior dificuldade de acesso aos serviços hospitalares. A finalidade das santas casas é realmente atender às pessoas mais necessitadas, fornecer acesso absolutamente universalizado. Mas para exercer essa função com qualidade é preciso ter, no mínimo, equilíbrio financeiro. Sem isso, há prejuízo na qualidade da assistência, resultando diretamente na qualidade da saúde do cidadão.

O governo federal planeja construir 500 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), mas será que ele já garantiu no orçamento o dinheiro para esse custeio? Construir é fácil, difícil é cobrir mensalmente as despesas. Os hospitais filantrópicos estão muito interiorizados, 56% estão localizados em municípios com até 30 mil habitantes, e geralmente são os únicos serviços da população. Por isso, cabe outra pergunta: em vez de duplicar serviços por que não fazer uma parceria com essa rede que já está estruturada, dentro da linha de Parceria Público-Privada? No Brasil, ao mesmo tempo em que faltam recursos, é comum a duplicação de serviços, ou seja, a instalação de serviços iguais em regiões muito próximas. Uma parceria mais estruturada com as santas casas levaria o setor público a economizar os recursos que serão aplicados nas novas unidades.”



FONTE: AGENCIA DE NOTÍCIAS DO GRUPO FOLHA

Arlindo de Almeida

PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO

“O governo pode ser mais efetivo por meio de parcerias”

Entidades privadas de saúde propõem à presidente Dilma Rousseff a formação de Parceria Público-Privada para ampliar o acesso da população brasileira ao atendimento assistencial

“A saúde pública brasileira é referência internacional em muitas áreas e quando se trata de alta tecnologia nada deixa a desejar em vários setores. Na área de transplantes, por exemplo, seja de coração, rim, fígado e pulmão, apenas para citar apenas algumas coberturas, dificilmente se encontrará algum paciente que não esteja completamente satisfeito com os resultados alcançados. As pessoas que têm acesso, que conseguem entrar no SUS (Sistema Único de Saúde) e têm a oportunidade de serem atendidas nos hospitais universitários, que são centros de excelência, ou em hospitais públicos de ponta, geralmente, não têm queixas do Sistema. Mas há deficiências no atendimento nas portas de entrada. O primeiro acesso demora e, às vezes, infelizmente, muitas pessoas nem conseguem entrar no Sistema.

Vários representantes de organizações da iniciativa privada de saúde, incluindo da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), tiveram uma reunião com a presidenta Dilma Rousseff, pouco antes de assumir a Presidência, e expuseram quanto o setor privado pode contribuir com o governo federal para ampliar o

acesso da população brasileira aos serviços assistenciais de saúde. Não trata-se apenas dos associados aos planos e seguros de saúde, mas da população de uma maneira geral. O ideal seria a formação de uma Parceria Público-Privada (PPP) inteligente, a exemplo do que tem feito alguns governos estaduais, ou seja: as empresas atuariam na área que têm mais expertise e o governo continuaria nos setores no qual ele é melhor.

O setor privado é mais dinâmico, em comparação ao atendimento público, no acesso às consultas e aos exames de diagnóstico e nas áreas de pequena e média complexidade, por exemplo, que são os primeiros passos para a entrada em qualquer sistema. Ele é mais ágil pela sua organização gerencial, onde o setor público está mais engessado. Com isso, é mais eficaz e eficiente. O SUS é baseado em um atendimento no âmbito municipal, muito dependente dos sistemas políticos locais, o que dificulta consideravelmente o gerenciamento, que deveria ser independente. Tem prefeituras com atendimento excepcional, que contribuem de maneira efetiva com o Sistema, inclusive em recursos econômicos. Mas, outras, não.

No sistema privado, há maior agilidade para compras e a contratação de pessoal é mais simples. No público, é preciso fazer concurso para ampliar o quadro de pessoal e licitações para adquirir qualquer insumo, o que demanda muito tempo. Além disso, a iniciativa privada tem uma capacidade instalada muito grande e, se for formada uma parceria com o governo, têm condições de se preparar rapidamente para elevar o número de funcionários e unidades, se necessário, a fim de ampliar sua estrutura para o aumento na demanda por assistência.

É evidente que o governo seria o principal dono das decisões. Ele tem a prioridade a respeito dos caminhos que deve seguir a saúde da população, mas não precisa ser o ‘fazedor’ e sim o ‘garantidor’. A Constituição diz que o governo deve garantir as condições para que a saúde seja acessível a toda população. O que quer dizer que não precisa ser necessariamente o agente que faz. O governo pode ser mais efetivo por meio de parcerias com a iniciativa privada.

Para viabilizar essa PPP, necessariamente, seria preciso um acordo financeiro também inteligente. Não pode ser: ‘você faz e eu vou ver se pago’. Hoje, os recursos repassados pelo SUS à rede conveniada são insuficientes para cobrir os custos. As santas casas, por exemplo, que

destinam 60% dos serviços ao SUS, financiam um terço dos gastos que têm com o Sistema. A remuneração atual é uma afronta e os hospitais que dependem do governo estão praticamente falidos.”



FONTE: AGENCIA DE NOTÍCIAS DO GRUPO FOLHA

Humberto Costa

SENADOR E EX-MINISTRO DA SAÚDE

“Há um subsídio indireto por parte do sistema público para o setor privado”

Não há equidade. As pessoas da classe média têm acesso mais rápido a medicamentos e procedimentos de alto custo do que a parcela mais pobre da população, diz ex-ministro

“O maior desafio do País na saúde continua sendo a implementação do SUS (Sistema Único de Saúde) e, dentro disso, o Brasil tem outras grandes barreiras a superar que são enormes desafios também. O primeiro, e mais importante, é o do financiamento. Qualquer que seja o critério de análise dos gastos do País com saúde, sob qualquer ângulo que se observe, chega-se a conclusão que se destina poucos recursos à área. Do gasto total com saúde no Brasil, o setor público responde por cerca de 45%; e o privado, o gasto das pessoas, com 55%.

Para um sistema que constitucionalmente é definido como universal, o padrão está muito abaixo em comparação aos países que tem essa mesma definição, onde a participação do setor público nos gastos com saúde é muito maior, de aproximadamente 80%. Os recursos não são suficientes porque a prestação de serviços cresce a cada dia e o financiamento não. Ao contrário, com o fim da CPMF a saúde perdeu uma média de R\$ 40 bilhões por ano, em valores de 2008.

O segundo desafio é que não adianta aumentar os recursos se não existir uma clara definição das responsabilidades de todos os atores do sistema de saúde. Desde os estados, municípios, governo federal, passando pelos prestadores de serviços e profissionais, são necessárias definições muito claras em termos de responsabilidade sanitária de todos. O País precisa de uma legislação para definir essas responsabilidades e que seja capaz de ser um instrumento de cobrança e de constrangimento daqueles que deixarem de cumprir a Lei.

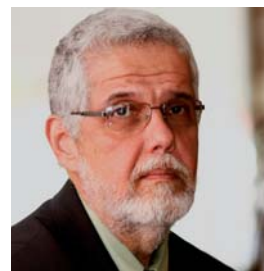
O terceiro, que de certa forma depende dos dois anteriores, é o da construção de uma legitimidade do Sistema. O SUS, sem dúvida, é bastante avançado, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, atende a mais de 70% da população brasileira exclusivamente. Mas ele tem problemas na qualidade do atendimento: há filas e a realização de determinados procedimentos é demorada.

Por isso, o Sistema também não tem equidade. As pessoas da classe média têm acesso mais rápido a medicamentos de alto custo, transplantes e vários procedimentos de alta complexidade porque têm planos de saúde e fazem consultas e exames mais rapidamente do que os dependentes exclusivamente do SUS. Elas também têm poder econômico para acionar a Justiça e obter liminares que garantem acesso mais rapidamente a serviços e procedimentos que os planos de saúde não cobrem. Os procedimentos de alto custo ficam todos sob o chapéu do SUS. Há um subsídio indireto por parte do sistema público para o setor privado. Em decorrência disso, muitas vezes, faltam recursos para atender os segmentos mais pobres da população, incluindo na assistência a doenças crônicas.

Outra barreira relevante é a dos recursos humanos. Há ausência de mecanismos de contratação que permitam ao gestor mais flexibilidade para atender as necessidades do Sistema, incluindo as de definição de remuneração de pessoal. Há má distribuição e carência de profissionais,

especialmente de médicos. O modelo da contratação por meio de concurso público engessa o SUS e há o poder de fogo das corporações, particularmente a médica, que construiu uma reserva de mercado ao longo do tempo.

A solução é abrir novas escolas e direcionar recursos para a especialização em áreas de interesse do SUS. O sistema das universidades públicas cresceu muito no governo do Lula, incluindo os cursos de medicina. Mas pode-se ampliar o número de escolas públicas ou o número de vagas nas existentes para que esses futuros médicos atendam a demanda da saúde pública. Para garantir isso, entretanto, é necessário estabelecer o serviço civil obrigatório, e não só para saúde, mas para qualquer área que tenha carência de profissionais nos serviços públicos. Quem se forma em escola custeada pela sociedade, tem de retribuir esse investimento com seu trabalho, mas bem remunerado.”



FONTE: INTERFAMA

Jorge Solla

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA

“Quem disser que não usa o SUS mostra ignorância”

Sistema faz milagre com os recursos que tem: gasta pouco mais de US\$ 1 per capita por dia para cobrir todos os procedimentos e serviços, dos mais simples aos mais complexos, diz Solla

“Houve evolução significativa na saúde desde a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) e a ideia de que é trata-

mento de pobre para pobre é mentira. O Brasil desenvolveu tecnologias e serviços que são referências em âmbito internacional. Ocorreram avanços na atenção básica e o Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) hoje atende a quase 110 milhões de brasileiros e com qualidade, para não incluir apenas os casos mais reconhecidos, como os de imunização, DST/AIDS e transplantes.

Quem disser que não usa o SUS mostra ignorância. Todos utilizam o SUS quando ele combate a dengue, na vacinação; na fiscalização de alimentos, saneantes, medicamentos e no controle de qualidade da água, entre outras atividades da vigilância sanitária. No outro extremo, em torno de 97% dos brasileiros com insuficiência renal são tratados pelo SUS. Mais de 90% dos tratamentos de câncer são feitos pelo SUS e mais de 90% das cirurgias cardíacas e hemodinâmicas também. As tecnologias mais modernas e os tratamentos mais caros estão no SUS. Isso para não entrar no âmbito do medicamento.

Tudo isso é feito com um financiamento dos menores. Se somar todos os gastos públicos, foi de pouco mais de US\$ 1 (cerca de R\$ 2) per capita por dia, em 2010, e para fazer tudo, de combate a mosquito a transplantes. Em qualquer capital brasileira é mais caro pagar apenas uma passagem de ônibus, que custa de R\$ 2,20 a R\$ 2,50, para ir ao médico. O SUS faz milagre com os poucos recursos que tem porque a opção que foi feita de um sistema descentralizado e que reúne diversas instituições públicas, privadas e filantrópicas o potencializa e dá a ele uma capilaridade muito grande.

Mas há ainda dificuldade de acesso e lacunas regionais que precisam ser resolvidas. Há todo um cenário carente de avanços: o desafio da assistência nas periferias das grandes cidades a cada dia se torna mais complexo, bem como o atendimento na urgência e emergência, que junta uma quantidade crescente de vítimas de acidentes e da violência e a população que está envelhecendo e apresenta intercorrências de doenças crônicas.

Resolver a questão do financiamento, principalmente na esfera federal, é fundamental para preencher essas lacunas. O montante federal, em termos percentuais, é inferior ao que deveria ser. É preciso regulamentar a Emenda Constitucional (EC) 29 para resolver isso. Na Bahia, há dois anos, investimos acima de 14%, mais que os 12% das receitas previsto pela EC 29 para os Estados.

Há um grande desafio também na área de recursos humanos. O sistema de saúde cresceu muito no Brasil e criou um número maior de postos de trabalho do que a oferta de médicos. Na Bahia, nos últimos quatro anos, foram abertos mais 400 novas unidades do Programa Saúde da Família e 1,2 mil leitos em hospitais públicos estaduais. Os leitos de UTI cresceram 80%, a cobertura do Samu foi triplicada e não há médico suficiente.

O déficit é grande em quase todas as especialidades e regiões brasileiras, incluindo capitais e no setor privado, e o País desperdiça mão-de-obra. A Inglaterra, mais avançada do ponto de vista econômico-social, importa médicos e o Brasil tem centenas de profissionais formados no exterior sem poder exercer a atividade aqui porque não conseguem convalidar o diploma.

É necessário ampliar a formação médica no País e regularizar a situação dos formados no exterior. Outra coisa que precisa ser discutida abertamente é o serviço civil obrigatório. Quem estudou em instituição pública pode oferecer, em contrapartida, seu trabalho – bem remunerado, é claro – ao sistema público de saúde para compensar os investimentos da sociedade. Alguns países fizeram isso com bons resultados. Se o Brasil adotasse, num cálculo rápido somente com os cursos públicos e fazendo serviço civil de três anos, daria para suprir mais da metade dos postos de trabalho de atenção básica que hoje estão vazios.”



FONTE: ACESSORAMA

Francisco Batista Júnior

EX-PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

“O financiamento do Sistema será sempre insuficiente porque ele está absolutamente privatizado”

O SUS vem sendo implantado de forma equivocada, que violenta sistematicamente a sua legislação e o está levando à quase insolvência, diz Batista, acrescentando que isso explica a demanda reprimida

“O SUS (Sistema Único de Saúde) tem realizado verdadeiras façanhas no País. Ele é, sem dúvida, um dos principais responsáveis pelo avanço da qualidade de vida do brasileiro nos últimos 15 anos. No entanto, o Sistema vem sendo implantado de forma equivocada, que violenta sistematicamente a sua legislação e o está levando à quase insolvência. Hoje, se não estiver totalmente inviabilizado, é muito difícil gerir o SUS pelas distorções que ano após ano foram criadas dentro dele. Um exemplo disso é que seus atuais gestores não devem ao menos saber quantas pessoas no Brasil precisam de procedimentos especializados e não conseguem fazer pelo SUS.

Há milhares de pessoas esperando na fila e outros milhares desistiram e estão morrendo lentamente. Por que

existem filas enormes? Por que o Sistema tem pouco dinheiro? Realmente, o SUS é subfinanciando. Isso é absolutamente indiscutível, mas também é indiscutível que estabeleceram uma lógica no Sistema que impossibilita seu financiamento pleno. Excetuando o recurso destinado à atenção básica, que deveria ser o maior e é o menor do Sistema, o financiamento do SUS ocorre pela realização de procedimentos, como internações e exames.

Esse modelo, além de não atender as necessidades reais da população, gera distorções na estruturação da rede de serviços. Por exemplo: o Brasil é o país que mais tem aparelhos de tomografia no mundo, per capita. Mas, desgrazadamente, esses tomógrafos não estão na rede pública e sim na privada. Todos os gestores querem esse aparelho na sua rede porque sabem que serão remunerados pelo Ministério da Saúde por cada exame. O financiamento deve ser definido de acordo com a necessidade de cada população, a partir de levantamentos e de planejamentos realizados pelos municípios.

Há uma inversão constitucional que está sendo mortal para o SUS. Para ser viabilizado no Brasil um sistema de saúde público universal e integral, ele teria de ser senão totalmente público, como no caso de Cuba, mas prioritariamente público. Simplesmente porque é impossível viabilizar um modelo como está na Constituição de acordo com a lógica do mercado. O mundo já mostrou isso. Os Estados Unidos já mostraram isso. É o país que mais gasta com saúde no mundo e o que mais tem excluídos do sistema – são aproximadamente 45 milhões de norte-americanos.

O sistema tem de ser público, como está na Constituição, e pode comprar do privado aquele serviço que não tiver condições de atender provisoriamente a população. Nesses 20 anos, tem acontecido um processo selvagem de inversão dessa lógica legal. Hoje, 95% dos procedimentos especializados de alto custo do SUS são comprados do setor privado. Na área de transplante, 97% são feitos pelo serviço privado contratado. Isso é impossível de ser pago e explica a demanda reprimida que aumenta cada vez mais. Seria muito mais econômico ter equipe profissional num hospital público, universitário, sendo bem remunerada e fazendo quantos procedimentos fossem necessários.

O financiamento do Sistema será sempre insuficiente porque ele está absolutamente privatizado. Hoje, grande parte dos profissionais do SUS é terceirizada. Não

satisfeitos, os ideólogos desse modelo avançaram na privatização da própria administração do que é público. Desde 1998, quando o Estado de São Paulo começou esse processo, empresas privadas passaram a administrar parte do Sistema e a um custo também impossível de ser financiado.

Se medidas duras não forem tomadas, não há dúvida de que o SUS será rapidamente inviabilizado. Entre elas, é fundamental ter mais recursos e, por isso, a regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29 é importante. É imperativo que cada serviço público tenha autonomia administrativa, financeira e orçamentária. A gestão precisa ser profissionalizada e a força de trabalho estimulada com a criação da carreira do SUS, para que o profissional se dedique com exclusividade. O País precisa implantar também o serviço civil na saúde: todos os recém-formados em cursos da área de saúde têm de trabalhar no SUS por pelo menos um ano, preferencialmente, no local onde acabou de formar.”



FONTE: INTERFAMMA

Helvécio Miranda de Magalhães Junior

SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

“Maior acesso e acolhimento com qualidade são prioridades do Ministério da Saúde”

Pesquisas têm mostrado que a população brasileira reclama de falta ou demora no acesso aos serviços de saúde e um dos dispositivos de enfrentamento desse problema será a construção de 500 regiões de saúde no País, diz secretário

“O grande desafio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) é ampliar o acesso à assistência médica, às ações de prevenção e aos medicamentos, além de dar maior qualidade ao acolhimento do paciente no Sistema. O que não significa que as áreas de promoção, vigilância sanitária, epidemiológica, entre outras do âmbito da SAS, serão abandonadas. Maior acesso e acolhimento com qualidade são prioridades do Ministério da Saúde porque o SUS (Sistema Único de Saúde) registrou uma expansão extraordinária ao longo de seus mais de 20 anos de história e uma dimensão maior, nessa magnitude adquirida, com o crescimento de serviços e a ousadia de propor atendimento a todos os brasileiros, sempre requer ajustes, principalmente, na qualidade.

Várias pesquisas têm mostra do que a população brasileira reclama de falta ou demora no acesso aos serviços. Um dos dispositivos de enfrentamento desse problema será a construção de 500 regiões de saúde no País, que já estão bem definidas. Essas áreas estão sendo denominadas no Ministério da Saúde como o ‘Mapa Sanitário’ do País porque vão dar um retrato das necessidades e da oferta de serviços em cada uma delas, com indicadores de saúde e de produção do serviço.

O grande instrumento para ampliação do acesso e da qualidade dos serviços é a organização das Redes de Atenção à Saúde. A partir do levantamento das necessidades, um conjunto de serviços, e a imensa maioria já existe, será estruturado num sentido de rede, para não competirem entre si. Cada um terá um papel definindo claramente, com cardápio de ofertas que abrange desde os serviços até os horários de atendimento. Com essa rede estruturada, haverá mais fluidez no Sistema, o tempo de espera será reduzido sensivelmente e o paciente não terá mais de peregrinar de um serviço ao outro. O Programa Saúde da Família (PSF) será um dos grandes comandantes dessa rede.

Outra prioridade será organizar as redes temáticas, como a de urgência e emergência, por exemplo. O Brasil não pode conviver mais com pronto-socorros lotados, falta de leitos e insuficiência no Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) em algumas regiões. Também não pode conviver mais com a possibilidade de uma gestante não ser bem acolhida durante a gestação e na hora do parto. A terceira rede prioritária será para enfrentar a dependência do crack e do álcool que avança entre os brasileiros. Para isso, a ideia é fortalecer a atual Rede de Saúde Mental.

Um Sistema gigantesco como o SUS para ser organizado dessa forma precisará implantar o Cartão Nacional de Saúde para cada usuário. Aos poucos, o prontuário clínico do paciente será articulado a esse cartão e todo o Sistema terá acesso aos dados, o que evitará, por exemplo, repetição desnecessária de exames. Para isso, é claro, é preciso implantar um sistema de informação ágil e robusto. Todos esses processos já estão disparados e o governo implantará grande parte desse plano, nos próximos quatro anos.

O SUS tem de delinear um padrão de qualidade e ter um padrão de integralidade debatido com os demais níveis de gestão. Nesse sentido, a relação entre União, estados e municípios será bastante discutida e será refeita. O Ministério formulará contratos de ação federativa, uma inovação jurídica e institucional importante, que prevê com clareza qual o papel de cada ente nas regiões de saúde. É um movimento para dar transparência à gestão da saúde.

O padrão de qualidade será colocado também à saúde complementar porque a maioria dos hospitais que atendem à iniciativa privada também presta serviço ao SUS. O Ministério da Saúde está preocupado ainda em rever o método antiquado de financiamento à rede conveniada, em termos de valores e modelos, e tem debatido isso com objetivo de buscar alternativas mais modernas como, por exemplo, financiar por resultados e não por procedimentos. O pagamento por procedimento não significa qualidade e estimula a prestação de determinados serviços. Mas esses são movimentos que não podem ser abruptos, pois podem gerar desassistência.

Atualmente, não há recursos suficientes para tudo isso. O SUS é subfinanciado, todos sabem, e é preciso que os estados cumpram a Emenda Constitucional 29, e que ela também seja regulamentada, para que a saúde pú-

blica tenha mais recursos. Porém, o Ministério da Saúde está convencido de que a sociedade se mobilizará para que isso ocorra, à medida que todo esse plano for sendo implantado, pois ele mostrará que os recursos públicos estão sendo bem utilizados.”



FONTE: AGENCIA DE NOTICIAS DO GRUPO FOLHA

José Agenor Álvares da Silva

DIRETOR DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) E EX-MINISTRO DA SAÚDE

“Quem tem maior fragilidade social está mais exposto”

O sistema público de saúde está sendo dia a dia apropriado por parcelas da população que têm mais recursos e se valem de liminares obtidas na Justiça para ter acesso a tecnologias mais caras, diz diretor da Anvisa

“O SUS (Sistema Único de Saúde) foi aprovado em 1988 e regulamentado em 1990. Mas ele não é um produto acabado. É dinâmico, está em constante modificação e será sempre assim. A ação dos especialistas, dos gestores, do Congresso tem de estar atenta às mudanças tecnológicas, epidemiológicas e demográficas para prover condições de o setor entender essas transformações e poder atuar de forma contundente. Hoje, convive-se com duas realidades no Brasil: a de um País pobre e a de um País rico. Tem mortalidade infantil igual a dos países mais pobres e doenças oriundas da vida moderna,

predominantes em países mais ricos, além das diferenças regionais. E o SUS tem de trabalhar todas essas questões.

O Sistema tem três princípios: universalização, integralidade e equidade. Quando se discute a universalização e a integralidade, tem uma pergunta que muitos especialistas, juristas, estudiosos se fazem hoje: o governo tem condições de dar tudo para todos na área da saúde? É preciso refletir sobre isso e a resposta, claro, não deve coibir o direito de ninguém. Mas é importante que a sociedade responda, pois percebe-se que no dia a dia o sistema público de saúde está sendo apropriado por parcelas da população que têm pouca ou nenhuma fragilidade social. Quem tem maior fragilidade social está mais exposto.

Nesse ponto entra o princípio da equidade, que é uma coisa que o País está aprendendo agora: tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais. Toda tecnologia oferece algum benefício em termos de custo. Mas, na saúde, a incorporação não pressupõe redução de custo. A inflação da área é sempre maior que a do País porque a nova tecnologia é cara e aumenta o custo econômico, mesmo que diminua o social. Na área de medicamentos, por exemplo, os recursos disponíveis do Ministério da Saúde para distribuir remédios gratuitamente devem estar em torno de 8% a 10% do total do seu orçamento.

Quando alguém entra na Justiça para conseguir um medicamento caro, que muitas vezes não está nem com a eficácia comprovada por meio de estudos e pesquisas, milhares de pessoas são penalizadas porque o recurso é finito. Uma parte da população vai deixar de receber medicamento e as pessoas que estavam na fila à espera de um remédio mais caro veem a mesma ser furada porque um juiz determinou que outra deve receber imediatamente, antes de todos.

Em alguns aspectos da judicialização da saúde, o que se tem são grupos e segmentos populacionais de pouca ou nenhuma fragilidade social, como a classe média, média alta e rica, com acesso maior a medicamentos mais caros, os chamados excepcionais. Essa parcela da população tem mais acesso porque tem mais dinheiro para entrar na Justiça e conseguir liminar. O enfrentamento da judicialização é um desafio porque privilegia parte da população que tem mais recursos, em detrimento da atenção aos mais frágeis socialmente, e provoca um estrago no orçamento.

O SUS teve muitos avanços. Parcelas significativas da população que não tinham acesso hoje têm. Mas existem outros problemas que são verdadeiros desafios. Um deles é a questão do financiamento do sistema público de saúde, que é um dos mais baixos quando comparado aos de outros países. Porém, o financiamento não pode ser discutido isoladamente. É preciso antes ter clareza sobre quais as ações se quer fazer para que esse financiamento tenha eficácia e eficiência nas provisões de serviços de saúde. Sem isso, não adianta aumentar recursos simplesmente por aumentar.

As três esferas de governo, Congresso, judiciário, especialistas e toda a sociedade civil precisam definir uma estratégia de ação que resolva grande parte dos problemas e gargalos da saúde e um plano de ação para aumentar o financiamento público, a fim de dar sustentação a essas ações.”



FONTE: AGENCIA DE NOTÍCIAS DO GRUPO FOLHA

Agnelo Queiroz

GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL E EX-DIRETOR DA ANVISA

“No DF, onde o cenário é de tragédia, outra prioridade é ter médicos em número suficiente”

O Brasil avançou na área nos últimos oito anos, mas o Distrito Federal está muito

distante do desenvolvimento registrado no período, diz o novo governador, que decretou estado de emergência na saúde

“A saúde pública no Brasil ainda não está no patamar ideal, mas conquistas importantes foram obtidas pelo governo Lula. O Distrito Federal, no entanto, devido ao descaso dos governos anteriores nos últimos anos, não acompanhou esse processo. No primeiro dia que assumi o governo, decretei estado de emergência na saúde. Havia falta de medicamentos e materiais hospitalares, gastos elevadíssimos e hospitais cheios de problemas. Há, inclusive, um relatório do Tribunal de Contas da União – divulgado recentemente – que aponta que de 2008 a 2010 houve superfaturamento de remédios e desvio de recursos, em torno de R\$ 100 milhões.

Sou médico, servidor público e conheço profundamente os problemas da área. Estou pessoalmente à frente da gestão da Saúde em meu governo. Recursos existem e vou buscar cada centavo possível do Ministério da Saúde, além dos nossos, para abastecer a rede de medicamentos e equipá-la devidamente. Desde o início do ano já visitei pessoalmente oito hospitais públicos e a Farmácia Central do Distrito Federal. O que está faltando é gestão eficiente e realmente comprometida em garantir bom atendimento à população. A primeira coisa a fazer é um levantamento do que falta, do que realmente é necessário, em que quantidade, atender as demandas mais urgentes.

Para começar a enfrentar essa questão, basta aplicar os recursos já existentes de forma correta e não gastá-los com contratos desnecessários e, às vezes, até com valores suspeitos. Informatizar a rede também será importante nesse controle de abastecimento de remédios. É inadmissível faltar medicamentos, materiais básicos e que as pessoas precisem de liminares na Justiça para garantir UTI e remédio.

Existem muito desafios importantes na área a serem vencidos. No Distrito Federal, onde o cenário é de tragédia, outra prioridade é ter médicos em número suficiente. A Câmara Legislativa aprovou no início de fevereiro um pacote que permitirá acabar com a falta de profissionais que existe hoje para atender a população. Até 2014, serão contratados, por meio de concurso público, quase 11 mil servidores para a área, cerca de seis mil só este

ano. Outra prioridade atual é o financiamento. Estamos viabilizando recursos para a área. Vamos consertar os hospitais, os lugares onde ficam armazenados medicamentos e regularizar o abastecimento de remédios e materiais hospitalares. Estamos começando com o básico.

É preciso também atuar preventivamente na saúde, com programas de atenção básica, em que se ensina às pessoas melhores hábitos, como a importância de uma alimentação balanceada e a prática regular de exercícios físicos, e também a prevenir doenças e até mesmo controlar condições pré-existentes, como, por exemplo, casos de hipertensão e diabetes. Essa etapa é importante tanto para o bem estar de cada um como para ‘desospitalizar’ a saúde, que significa atender em hospitais casos realmente graves e também diminuir o tempo de interação do paciente ao mínimo possível, por meio de um atendimento eficiente.

Para atingir essa meta, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são fundamentais. Nelas, os pacientes recebem os primeiros cuidados e pequenos atendimentos. Só são encaminhados para os hospitais casos graves. No Distrito Federal, colocaremos em funcionamento ainda este ano 14 UPAs, em parceria com o governo federal. Quatro devem começar a funcionar ainda nos primeiros 100 dias de governo.”



FOTO RICHARDO LEONI / AGENCIA O GLOBO

Sérgio Côrtes

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO

“Gestão é crucial, mas desde que os olhos estejam voltados para as pessoas”

SUS tem de proporcionar aos usuários serviços com bom padrão técnico e profissionais qualificados para garantir o binômio qualidade e ampliação do acesso, opina secretário do Rio de Janeiro

“O maior desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) é proporcionar aos usuários serviços com bom padrão técnico e com profissionais qualificados e equipados adequadamente, de acordo com o tipo de atenção que oferecem, além de proporcionar à população a mesma qualidade que se encontra nas unidades de saúde de alto padrão. Esse é um caminho a ser trilhado para a construção de um sistema que garanta o binômio qualidade e ampliação do acesso para o usuário. A busca da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro será muito intensa para alcançar esses objetivos em todo tipo de serviço, seja próprio ou conveniado.

Para alcançá-los, têm sido utilizadas diversas as ações e ferramentas. Uma delas foi a implantação de um novo sistema de pregões eletrônicos, que possibilitou a aquisição de melhores equipamentos e gerou uma economia

de mais de R\$ 700 milhões. Outra importante decisão para a política de saúde do Estado, a gestão compartilhada é um componente para a mudança do quadro da saúde fluminense, pois é possível resolver a equação de aumento de produtividade com maior economia do dinheiro público. Desde que os serviços de exames laboratoriais dos hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) começaram a ser administrados por meio da gestão compartilhada, em julho de 2007, o gasto anual foi reduzido de R\$ 135 milhões para menos de R\$ 42 milhões e a produção foi elevada de 1,2 milhão exames laboratoriais por ano para mais de 9 milhões.

Gestão é crucial, mas desde que os olhos estejam voltados para as pessoas. Não só os usuários dos serviços, mas os servidores também. Neste ano, o Rio realiza concurso público para gestores em saúde, que se juntarão aos aprovados no ano passado para esse cargo. O objetivo é ter profissionais de carreira de Estado qualificados para que a gestão se profissionalize cada vez mais. As capacitações para os médicos das emergências continuam neste ano também e serão ampliadas para os profissionais de enfermagem.

Só investir não é o suficiente. É preciso planejar. A criação das UPAs 24 horas é um marco e expressa o modelo de gestão adotado pelo governo do Estado, em 2007, para desafogar as emergências dos grandes hospitais, superlotadas por receberem pacientes que poderiam ser encaminhados para serviços de pronto-atendimento que funcionassem em horário integral. Prova de que o modelo assistencial vem dando certo é que ele serviu de referência para que o governo federal expandisse a ideia para todo o País e ultrapassou fronteiras, sendo inaugurada em dezembro passado uma UPA em Buenos Aires, com previsão de inauguração de outras cinco na capital argentina e expansão para outros locais.

A UPA organiza a rede, amplia o acesso e desafoga a emergência das unidades hospitalares. É importante ressaltar que a UPA não foi pensada para substituir nada e, sim, para compor, junto a outras unidades, uma rede organizada de saúde. Hoje está mais do que provado que essas Unidades são eficazes na redefinição dos fluxos. Nas 41 UPAs do Estado (e tem mais 11 finalizando obras neste semestre), a taxa de transferência é de 0,6%, ou seja, mais de 99% dos casos que chegam a essas unidades são resolvidos, provando o alto poder de resoluções do serviço.

Outro importante marco da gestão da Saúde no Rio de Janeiro é a regionalização dos serviços. Ao longo dos anos, ganhou força uma ideia equivocada de que todos os municípios deveriam oferecer serviços de saúde em todas as especialidades. O SUS propôs um desafio inédito e estamos implementando o Programa de Regionalização. Organizando o Estado em ‘regiões de saúde’, será possível planejar melhor a atenção integral ao paciente, a começar pela atenção básica. Com isso, a saúde fica mais perto do povo, já que as ações necessárias para resolver os problemas serão tomadas com muita rapidez.”



FONTE:ASSESSORIA

Pietro Novellino

PRESIDENTE DA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (ACM)

“O Brasil precisa investir também em ciência e tecnologia”

Para acompanhar os avanços tecnológicos da medicina, o sistema de saúde brasileiro precisa ter mais recursos porque os novos produtos têm custo muito alto, diz o presidente da ACM

“O maior desafio é o encarecimento da assistência à saúde, mas esse é um problema global oriundo do custo maior da tecnologia. E não tem jeito. Para acompanhar os avanços tecnológicos da medicina, o sistema de saúde brasileiro precisa ter mais recursos. A todo o momento, os métodos de diagnóstico se sofisticam e a tecnolo-

gia avança nos seus mais diversos aspectos, mas toda essa evolução custa caro, geralmente, acima do poder de compra dos orçamentos públicos.

Como a medicina tem que ser uma só, atender a todos, seja rico ou pobre, igualmente, isso não é fácil porque as novas tecnologias podem consumir grande parte dos recursos do Sistema, que já opera com financiamento insuficiente, mesmo que aumente um pouquinho a cada ano, para cobrir todas as necessidades da população brasileira. Sem dinheiro, é difícil colocar à disposição para todos os medicamentos, equipamentos, dispositivos, insumos e as técnicas mais avançadas que chegam cotidianamente ao mercado.

Não faz muito tempo, por exemplo, a cirurgia evoluiu consideravelmente com técnicas como a vídeo cirurgia, muito menos invasiva e que proporciona uma recuperação bastante rápida aos pacientes. Mas, agora, a perspectiva já é a cirurgia robótica, realizada por robôs que seguem os comandos de um cirurgião que não precisa, necessariamente, estar no centro cirúrgico. Ela já sendo experimentada em câncer de próstata e é considerada como um procedimento padrão ‘ouro’.

É necessário aumentar muito o investimento no Sistema para que, em consequência, ele possa aplicar mais recursos em tecnologia e oferecer aos brasileiros maior acesso e mais qualidade no atendimento. Por isso, é importante que a Câmara Federal regulamente a Emenda Constitucional 29, parada há anos no Congresso, que prevê uma elevação do financiamento para a área, particularmente, no âmbito federal e dos estados.

No mais longo prazo, o Brasil precisa investir também em ciência, tecnologia, na geração de conhecimento e em estrutura produtiva para o setor de saúde. Excetuando alguns pólos de excelência, o País está atrasado nesse processo, como mostram os dados sobre patentes. Comparado a outros países, tem um número muito pequeno de registros, ou seja, inova pouco na área.

Mas não é apenas o financiamento da saúde que tem que ser maior. É preciso também distribuir melhor os recursos existentes e controlar mais os gastos porque há muito desperdício nos hospitais e em outras unidades de atendimento. Num país onde os recursos são limitados, o controle da estrutura tem de ser redobrado e pode fazer a diferença. A presidenta Dilma Rousseff tem noção desses desafios e a área da saúde foi uma das principais

bandeiras que levantou durante sua candidatura à Presidência.

Cabe ressaltar que o Sistema sempre se preocupou muito com os problemas da medicina assistencial. Ultimamente, no entanto, o enfoque tem sido a prevenção, os chamados cuidados primários da saúde. O que é muito positivo. A boa saúde começa desde a concepção de uma pessoa, no ventre da mãe. Uma boa assistência pré-natal, sem dúvida, gerará uma pessoa mais saudável. A assistência à criança com até os dois anos de idade também é fundamental para isso.

Apesar de algumas deficiências, principalmente por problemas de financiamento, o Brasil evoluiu muito no atendimento à população mais carente. O Programa Saúde da Família tem conquistado bons resultados e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) garantiram um ganho significativo na assistência. O Brasil não está no patamar ideal ainda, mas qual país alcança o melhor nessa área? Nos Estados Unidos, por exemplo, um dos países mais ricos do mundo, quase 40% da população não tem direito à saúde. Mas a saúde não alcança resultados satisfatórios, em qualquer parte do mundo, se fatores como cuidados básicos de nutrição, alimentação e educação na forem abordados.”

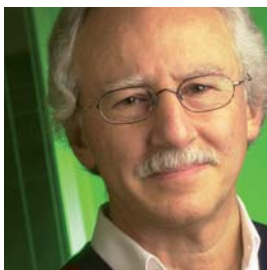


FOTO: CAVALA ROBERTO / AGENCIA O GLOBO

Miguel Srougi

PROFESSOR TITULAR DE UROLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP

“O Brasil tem três sistemas de saúde: o público, o privado e o complementar”

É difícil fazer a medicina integral, que evitaria doenças em metade da população, porque ela envolve ações de infraestrutura como saneamento básico, condições de habitação segura e educação, que são deficientes no País, afirma professor da USP

“O Brasil criou um sistema de saúde teoricamente muito adequado. O SUS (Sistema Único de Saúde) tem três aspectos importantes: universalização, integralidade e equidade. Ele também prevê uma hierarquização da saúde com um sistema de atendimento primário para os problemas mais simples; secundário, para doenças de nível médio; e terciário, para casos mais complicados. Prevê a descentralização e promover um controle social sobre a saúde. Isso tudo é importante e está escrito em qualquer revistinha do SUS, mas é aí que começam os problemas porque nada saiu do papel.

A ideia de promover a universalização, que diz que todo mundo tem direito à saúde, é altamente democrática. A integralidade implica em fazer prevenção, ações de proteção à saúde, educação e o tratamento da saúde propriamente dito. A equidade é um princípio muito justo e sobre o ponto de vista social é melhor que a igualdade porque agrega justiça. Num país com as dimensões do Brasil, a descentralização significa que não se pode tomar todas as decisões somente em Brasília porque isso não vai ajudar uma pequena cidade onde estão querendo um posto de saúde e, de repente, se monta um hospital para fazer cirurgia cardíaca. O controle social é um mecanismo perfeito porque a sociedade vigia e controla todas essas ações. Mas todos os princípios do Sistema Único de Saúde foram violados.

O Brasil tem três sistemas de saúde: o público, que é responsável por 75% dos atendimentos; o complementar, que são as seguradoras de saúde que atendem a 20% da população; e o sistema privado, que atende 5%. Os sistemas privado e complementar, muitas vezes, sobrecarregam o SUS, principalmente com os procedimentos mais caros, com a desculpa de que o governo tem que dar atendimento universal. O sistema complementar é perverso, pois cobra gordas mensalidades e transfere os problemas de alto custo para o SUS. A universalidade acaba sendo injusta.

A integralidade reúne prevenção e tratamento, mas os epidemiologistas dizem que 45% das doenças do cotidiano da população brasileira são evitáveis, que surgem por falta de infraestrutura, de educação, de higiene, de alimentação precária. Os outros 55% são as doenças inevitáveis em qualquer nação, como o câncer. Para atender bem a população, são necessárias ações em prevenção e tratamento. Então, é muito difícil fazer a medicina integral, que evitaria doenças em metade da população, porque ela envolve ações de infraestrutura como saneamento básico, água potável, condições de habitação segura, educação, que são deficientes no País.

Mas o governo federal destina menos de 2% do PIB (Produto Interno Bruto) para a saúde. Em 2010, foram R\$ 55 bilhões, enquanto os Estados Unidos investiram 13% de um PIB de US\$ 13 trilhões, e ainda assim a população americana reclama. Com o financiamento brasileiro, não é possível fazer nada. O País tem 9º PIB mundial, é considerado uma das nações mais desenvolvidas quando se fala em PIB, mas quando se analisa o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) está na 73ª posição. Isso significa que existe o dinheiro, porém a saúde, a educação e outros direitos básicos da população estão sendo negligenciados.

A descentralização é muito inteligente porque o certo seria que cada pequena cidade definisse quais são suas necessidades na saúde para criar um sistema. Mas ela é desrespeitada porque o governo central recentralizou por motivos políticos. O último preceito do SUS que não funciona é o controle social, por motivos óbvios. O SUS preconiza que cada cidade tem que ter um conselho comunitário de saúde formado pelos cidadãos, mas houve um domínio político desses conselhos. Nenhum dos preceitos do SUS funcionam.

Outras ações precisariam ser adotadas e uma delas é valorizar a classe médica. Quase 60% dos médicos brasileiros têm três ou mais empregos porque ganham mal. Outra medida é melhorar a formação médica. O Brasil tem atualmente 170 escolas médicas e os Estados Unidos, com população 30% maior, têm 120. Não é ruim ter muitas escolas, mas elas têm que ter um critério mínimo de qualidade para defender a sociedade.”



FONTE: AGENCIA DE NOTÍCIAS DO GRUPO FOLHA

Rubens Belfort Junior

PROFESSOR TITULAR DA UNIFESP; PRESIDENTE ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA – (SPDM), MEMBRO DA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA E ACADEMIA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS

“Não é possível melhorar a gestão sem inovar”

“Não há gestor que consiga sucesso em uma estrutura ruim e o financiamento que é indispensável precisa ser investido em estrutura ágil e eficiente”, afirma Belfort, que defende também a ‘desospitalização’ da medicina

“O grande desafio dos governos é parar de repetir que é necessário mais financiamento e gestão. Não é possível melhorar a gestão sem inovar. O Brasil tenta emplacar estruturas que não dão certo há dezenas de anos, sob diferentes governantes. O excesso da mentalidade estatizante, burocrática e ineficiente do sistema de saúde, onde com frequência existe a situação de ‘você finge que me paga e eu finjo que trabalho’, é um exemplo. Não são o ponto eletrônico e xerifes truculentos que melhorarão a saúde.

É fundamental partir para novos modelos de gestão, lembrando que o Brasil é muito grande. Países territorialmente bem menores têm sistemas regionais, de acordo com suas necessidades. O Brasil não deve, com o seu tamanho e diversidade, querer ter um ‘modelito’ engessado para tudo resolver. Precisamos de mais liberdade, inclusive para as universidades e instituições filantrópi-

cas poderem inovar. E não adianta tentar inovar a gestão sem uma mudança estrutural radical.

Injusto demonizar os gestores. Não há gestor que consiga sucesso em uma estrutura ruim. O financiamento, que é indispensável, precisa ser investido em estrutura ágil. O modelo da Organização Social, parceria de gestão entre o poder público e entidades filantrópicas, privadas sem fins lucrativos, é um exemplo de bons resultados e inovação. A Organização Social, que administra a unidade ou sistema de saúde de acordo com as regras do Estado e observância dos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), é muito mais eficiente, também porque tem autonomia, que garante mais agilidade na tomada de decisões.

Há Organizações Sociais na Bahia, Pernambuco, Rio de Janeiro e outros Estados – onde diferentes partidos estão no poder – que estão obtendo resultados iguais ou melhores a São Paulo, seu berço. A inovação deu certo e há novas alternativas, como as Parcerias Público-Privada (PPPs) da Saúde, implantada na Bahia e agora sugerida para a capital paulista. Felizmente, o próprio governo federal, ainda que de maneira tímida, começa a admitir novas possibilidades, com siglas diferentes. Não se trata de escolher uma, mas corajosamente permitir várias opções e, acompanhando suas trajetórias, aperfeiçoar as escolhas.

Todas têm o mesmo núcleo: propor, de maneira inovadora, mecanismos de grande eficiência administrativa, sem comprometer a essência da gestão da saúde, como dever e protagonismo do Estado, que impõe as regras, fiscaliza e detém o controle; e cabe à sociedade atuar, sob a orientação do Estado, para obter sucesso e eficiência maior, com transparência.

É importante priorizar o recurso humano, que representa mais de 70% do investimento na saúde. Nos últimos 50 anos, quase todos os países falharam na melhora e maior eficiência da estruturação dos recursos humanos na saúde. Entre os ‘fracassos do século passado’, está a assistência fragmentada em um número cada vez maior de profissões, cujas atividades se sobrepõem ou mesmo se chocam.

Há que se repensar o aparelho formador de profissionais, sua relação com o sistema e, principalmente, a qualidade das escolas de saúde, e não de cada profissão, para forjar o profissional do século XXI à realidade brasileira,

mas adaptada aos diferentes graus de desenvolvimento social. O modelo atual está engessado, serve aos interesses corporativistas, e o setor se transforma num palco de disputas, onde o conceito fundamental, o do profissionalismo, é esquecido. E profissionalismo é colocar o interesse do paciente-cidadão acima dos próprios.

Aspecto fundamental, também, é a necessidade da ordenação de incorporação de novas tecnologias no binômio universidade-indústria. Antigamente, o paciente corria para o hospital, lugar em que se praticava a boa medicina. Isso não dá mais certo, e não precisa nem pode continuar. A medicina, cada vez mais, tem que chegar onde o paciente está. É preciso ‘desospitalizar’ e investir em tecnologia, aumentando o poder resolutivo e de decisão do profissional da saúde que está no campo e nas unidades periféricas.”



FONTE: AGENCIA DE NOTICIAS DO GRUPO FOLHA

Gonzalo Vecina Neto

SUPERINTENDENTE CORPORATIVO DO HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS E EX-DIRETOR DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA)

“Está no tempo de fazer diferente o que é diferente”

A assistência no Brasil é realizada pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e pelos planos privados, a chamada saúde suplementar, mas não há integração entre os sistemas, diz Vecina

“O Estado brasileiro precisa reformar o seu equipamento gerencial. O mundo passou por profundas transforma-

ções nos últimos 20 anos por causa do processo neoliberal da economia, no qual o Estado se retira cada vez mais de uma série de áreas, transferindo a gestão para a iniciativa privada, e passa a exercer uma atividade mais regulatória, de garantir a entrega. E o País precisa avançar mais nesse processo. O Estado é necessariamente muito isonômico, o que é um desastre na operação de instituições que têm que ter resultados. Está no tempo de fazer diferente o que é diferente. Está no tempo de ser contemporâneo. Por isso, um grande desafio é a gestão. E não é só a da saúde, é de toda a sociedade.

Existe também problema de financiamento. Se fizer uma comparação hoje entre o gasto per capita do setor público e o da iniciativa privada, o público não alcança a metade do gasto privado. Faltam recursos e é preciso discutir formas de aumentar esse financiamento, o que é um papel do Congresso, que tem de oferecer soluções para os grandes problemas do País. A Emenda Constitucional 29, parada na Câmara há anos, tem que ser regulamentada. O Brasil tem também muitos subsídios cruzados que geram desigualdade. A sociedade brasileira está cheia de bondades, que precisam ser discutidas e reavaliadas, como as deduções no Imposto de Renda dos gastos com planos de saúde.

A assistência no Brasil é realizada pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e pelos planos privados, a chamada saúde suplementar, mas não há integração entre os sistemas. Um exemplo de como se ignoram é o das cidades da região do ABC paulista, onde a cobertura de planos de saúde atinge uma média de 70% da população. Segundo as normas vigentes, as secretarias municipais de saúde têm de cobrir 100% da população, se dinheiro houvesse. Mas nessas cidades 70% têm plano de saúde e isso é ignorado olímpicamente. É preciso repensar o Sistema. Se uma população pode comprar assistência médica, como fazer para isso ter um mínimo de integração ao esforço que a sociedade faz para dar cobertura ao restante que não tem plano? Não dá mais para olhar para o setor privado como se ele oferecesse apenas sofisticação e ausência de fila.

O País precisa também criar sistemas de regulação de acesso à saúde, com agendamentos corretos e atendimento rápido, o que não ocorre hoje na maioria dos serviços. Todos os sistemas de saúde do mundo têm filas, mas elas precisam ser razoáveis e democráticas. Não tem cabimento a demora no atendimento, que pode ultrapasar

um ano. A área de transplantes consegue organizar filas absolutamente democráticas. São Paulo não tem mais fila para fazer transplante de córnea. Isso é fruto da capacidade de gerenciamento e pode servir de exemplo para outros setores. É possível ser mais eficaz e eficiente. Basta ver o que o País fez na área de tratamento de Aids, imunização, entre outras. São bons exemplos que podem ser universalizados.

Estima-se que 8% do PIB (Produto Interno Bruto) brasileiro seja gerado no espaço da saúde, entre prestação de serviços e produção industrial de medicamentos e de produtos para a área. Esse dado mostra a relevância econômica do setor. Mas a balança comercial nessa área é muito desequilibrada. O País precisa induzir, utilizando os diversos instrumentos do Estado, a produção de conhecimento, tecnologia, inovação e o desenvolvimento de produtos. Na ciência, na geração de conhecimento, está mais avançado. Mas está atrasado na transformação da ciência em algo utilizável, que é a tecnologia, e em produtos, que é a inovação. É preciso mover o setor privado a incorporar capacidade de produção de tecnologia e inovação. O setor privado tem que absorver gente com capacidade de fazer isso, criar centros de inovação, tem que ter doutores e aplicar em riscos. E é no gerenciamento desse risco que o setor público tem que usar de forma mais abusada a sua capacidade indutiva.”



FONTE: ASSessorIA

José Saraiva Felipe

DEPUTADO FEDERAL E EX-MINISTRO DA SAÚDE

“O SUS vive um movimento de desidratação da sua credibilidade por falta de recursos”

Na opinião do deputado Saraiva Felipe, ou se busca um financiamento adequado e estável para o Sistema ou se rediscute o modelo de atendimento integral e universal previsto na Constituição

“Um dos problemas cruciais da nova presidente é a área da saúde. O SUS (Sistema Único de Saúde) vive um movimento de desidratação da sua credibilidade por falta de recursos. Foi a maior conquista social que o País teve na Constituição de 1988, a mais progressista e a mais inclusiva porque o Estado assumiu a responsabilidade da atenção universal e integral da saúde. Mas o orçamento público, particularmente o do Ministério da Saúde, de forma alguma acompanhou esse compromisso magnânimo e extraordinário assumido.

Na época da Constituinte, ele foi pensando dentro do orçamento da seguridade social, que envolvia previdência social, assistência social e saúde. No entanto, em 1994, isso foi mudado porque os recursos da seguridade social eram insuficientes até para pagar aposentadorias e pensões, e o Ministério da Saúde ficou dependente do

orçamento geral da União. Isso provocou, ao longo dos anos, uma redução drástica de recursos. Em valores atuais, seriam cerca de R\$ 112 bilhões, ante os R\$ 68 bilhões previstos para o Ministério da Saúde este ano.

Para piorar o cenário, as atribuições aumentaram. Antes da Constituição, o serviço de saúde público atendia apenas aos beneficiários do sistema previdenciário. O atendimento agora é integral e para todos os 190 milhões de brasileiros. Atualmente, o SUS vive com R\$ 1 por habitante dia, cerca de R\$ 360 por ano. Isso tudo explica porque é a área em que o governo vai enfrentar a maior pressão.

Ou se rediscute o conceito de universalidade e integralidade do SUS, o que não é o ideal, ou se busca um financiamento adequado, por meio de uma fonte estável para que ele não morra de inanição. A saúde tem que ser repensada para salvar e revitalizar o SUS porque há risco de se retroceder nessa conquista, que sem financiamento e gerenciamento pode ser rejeitada politicamente.

O Estado deve garantir esse direito à população. Ele que saia de outras áreas e assumia isso como uma questão política essencial. Uma forma de colocar mais dinheiro no SUS é regulamentar a Emenda Constitucional 29, que acrescentaria de R\$ 10 bilhões a R\$ 12 bilhões ao orçamento anual federal. Os municípios já estão sobrecarregados e muitos gastam mais que os 15% da receita, como define a EC 29. Mas a maioria dos Estados, em levantamento feito há cerca de dois anos, não investia nem 6% do orçamento próprio, em vez dos 12% definidos pela EC 29, e ainda maquiava os números. Mas qualquer tentativa de descobrir uma nova fonte não pode cair na armadilha que nós já experimentamos com a CPMF. Não pode ser uma fonte substitutiva, tem que ser adicional.

Mas não adianta colocar mais recursos, se não tiver uma gestão mais homogênea e profissionalizada. Tem lugares que o SUS funciona perfeitamente, mas em outros é muito improvisado, com pessoas sem formação nem experiência adequada. A saída seria avançar no processo de descentralização, com o Ministério sendo cada vez mais um órgão regulador, financiador e com condição técnica de fazer um acompanhamento do cumprimento de metas por parte de estados e municípios. Para isso, ele precisa de gestores mais profissionalizados. Os cargos de secretários de saúde, às vezes, são simples postos de barganha política.

Sem novas e estáveis fontes de financiamento, uma alternativa é restringir o atendimento: o SUS permaneceria universal, mas não integral, e ofereceria apenas um pacote de atendimento. O que excedesse a isso, o Estado não se comprometeria.

É preciso considerar também que existe uma grande renúncia fiscal com os abatimentos de Imposto de Renda para quem tem plano ou seguro de saúde. Esse subsídio está em mais de R\$ 20 bilhões por ano. Por isso, outra alternativa é, em vez de enxergar o setor complementar, que é uma realidade, como um adversário, o que é uma bobagem, estabelecer um diálogo para que ele seja realmente parceiro do SUS.”



FONTE: ASESSEORIA

Antônio Carlos Nardi

PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

“É no município que a saúde acontece e é ele que mais está investindo”

Para o presidente do Conasems, a atenção básica precisa ser fortalecida e o Programa Saúde da Família, um dos grandes sucessos do Sistema, deveria receber o dobro em investimento por equipe

“A saúde precisa ser reafirmada como uma política de desenvolvimento econômico e, dessa forma, garantir todos os preceitos constitucionais da seguridade social na implementação do SUS (Sistema Único de Saúde). O compromisso prioritário agora para as três esferas da gestão pública é operacionalizar e concretizar o pacto pela saúde complementando, qualificando e consolidando a inclusão social pelo sistema público de saúde. O desafio é fazer cumprir a Lei.

Não é fácil fazer saúde porque se fosse o País já teria superado todos os desafios. Mas o problema não é isoladamente financiamento, gestão, vontade política, estruturação ou informatização e sim uma soma de todos. Está claro que é preciso mais financiamento, e estável, para esse processo integrado e isso é um grande desafio das três esferas de governo. Mas o Ministério da Saúde e o governo federal terão de avançar mais nos próximos quatro anos até alcançar a aplicação de 10% do PIB (Produto Interno Bruto) na área. Para isso, é preciso trabalhar politicamente a fim de que o Congresso regulamentamente a Emenda Constitucional (EC) 29, que assegura fontes de financiamento.

É no município que a saúde acontece e é ele que mais está investindo. O Siops (Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde) informa que mais de 95% dos municípios cumprem as regras da EC 29 e, desses, grande parte aplica até mais: média de 20% a 22% na saúde, quando a EC estabelece 15% das receitas. Por isso, não é difícil afirmar que a saúde ocorre na esfera municipal. É na porta do prefeito que o paciente bate, na do secretário municipal de saúde e na porta da unidade básica.

O Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) tem como premissa o fortalecimento da atenção básica e há a necessidade de melhoria, por exemplo, no financiamento do Programa Saúde da Família (PSF). Seria necessário o dobro do repasse que o Ministério faz hoje por equipe, lembrando que o Brasil é extremamente diversificado. Os programas de saúde estão amarrados, como se estivessem baseados em uma receita de bolo que pudesse servir a todo o País. O que é um equívoco porque cada região tem suas peculiaridades. Se não tiver orçamento, é difícil propor um financiamento diferenciado, que atenda as especificidades regionais.

Mais recursos e bem gerenciado. Esse binômio não pode ser dissociado, pois proporciona mais qualidade, maior

acolhimento nas portas de entrada, maior oferta ou compra de serviço de média e alta complexidade. Qualificar a gestão é uma função de todos e isso vem ocorrendo ao longo dos últimos anos por meio da formação de equipes e de programas de educação continuada. A própria Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, implantada pelo Ministério no governo anterior, deixou clara essa lógica da qualificação da gestão como premissa.

As equipes gestoras devem ser independentes do prefeito, do secretário e do partido político. Os quadros devem permanecer para manter o patrimônio cognitivo, pode-se chamar assim, a fim de que a saúde não perca o fio da meada. Isso está sendo realizado e é um desafio continuar essa construção.

A saúde precisa também de sistemas de informação estruturados com base no usuário, para subsidiar e qualificar a gestão a partir de dados concretos das reais necessidades do indivíduo, e fixar o profissional médico para suprir as demandas do Sistema. Hoje, além das áreas remotas, há déficit de médicos em capitais e em grandes regiões metropolitanas. O problema é grave: como pensar em produzir saúde sem médico?”



FONTE:ASSESSORIA

Luiz Aramicy Bezerra Pinto

PRESIDENTE DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA DOS HOSPITAIS (FBH)

“Os hospitais que dependem do SUS estão ficando cada vez mais inadimplentes”

O governo precisa olhar a iniciativa privada como um parceiro que propõe estender o atendimento ao sistema público de saúde, mas baseado em uma remuneração adequada, diz presidente da FBH

“A Constituição de 1988 mudou radicalmente o setor de saúde brasileiro. Um passo gigantesco que o País não estava preparado para dar, em termos estruturais. Transcorridos 22 anos, a saúde pública é ineficiente e o setor complementar cresceu muito, especialmente, por isso. De 2004 até 2010, percentualmente, o número de pessoas que tiveram que comprar um plano de saúde por falta de confiança no sistema público é expressivo. Hoje, cerca de 75% da população do País depende de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), mas o setor privado é responsável por uma parcela que se aproxima de quase 42 milhões de brasileiros.

Na área da medicina privada, o Brasil é o segundo maior mercado mundial, atrás apenas dos Estados Unidos. Dos 2,5 milhões de trabalhadores da saúde, 45% estão na iniciativa privada, e dos cerca de 6 mil hospitais brasileiros, mais de 4,6 mil são privados com fins lucrativos e filantrópicos. Do total de 473.166 leitos utilizados pelo SUS, 127.684 não estão em hospitais públicos, sem contar os 16.472 leitos de UTI e os 40.610 leitos cirúrgicos da medicina complementar, além de outros tipos de leitos.

Pela sua responsabilidade e pelo crescimento que apresenta, a saúde complementar tem que começar a ser vista com outros olhos no País. O governo tem de olhá-la como parceiro do sistema público de saúde, principalmente, porque existem cidades, nas quais o setor público não está presente, que abrigam apenas hospitais privados ou filantrópicos.

A Federação Brasileira dos Hospitais pretende apresentar ao novo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, uma série de propostas a fim de contribuir para a melhoria da assistência à população brasileira. Os hospitais privados estão dispostos a dar assistência ou ampliar o atendimento nas regiões onde o Sistema for carente e não estiver, mas dentro de bases contratuais mais equilibradas, que contemplem uma remuneração viável.

A medicina complementar não pode continuar a trabalhar com o SUS da maneira altamente desfavorável

como ocorre hoje. Os valores repassados pelo Sistema para os atendimentos e procedimentos realizados pelos hospitais e profissionais conveniados estão muito abaixo do custo real. A tabela não é reajustada há 12 anos. Por isso, houve uma sensível diminuição do número de leitos hospitalares no País.

Segundo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), foram fechados mais de 11 mil leitos, entre 2005 e 2009, e a maior parte foi desativada pelo setor privado e filantrópico, que reduziu os atendimentos ao Sistema por causa da má remuneração. Os hospitais privados lucrativos que têm condições de não atender o SUS estão saindo. Os hospitais que dependem do SUS estão ficando cada vez mais inadimplentes e correm o risco de morrer de inanição. Ou sai do SUS ou fecha as portas.

Além da defasagem na tabela, outro grande problema é a carga tributária. Em média, um terço do valor pago por qualquer produto, equipamentos, tratamentos, medicamento, insumo e material hospitalar é composto por impostos. Até as consultas dos profissionais são tributadas em índices incomparáveis até mesmo com os de países desenvolvidos. Essa é uma incoerência porque a saúde é uma área essencial. Em 2009, a arrecadação tributária sobre o setor foi de R\$ 30,5 bilhões, entre impostos federal, estadual e municipal.

A Federação sabe que um salto de maior qualidade na saúde brasileira depende de fontes estáveis e adequadas de financiamento. O orçamento sugerido para a saúde pública este ano é de R\$ 70,9 bilhões e, segundo os secretários municipais do setor, seriam necessários mais de R\$ 100 bilhões. Por isso, é fundamental que a Emenda Constitucional 29 seja regulamentada rapidamente.”



FONTE: ASSESSORIA

Jorge Kalil

DIRETOR DO LABORATÓRIO DE IMUNOLOGIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) E DO INSTITUTO BUTANTAN

“Problemas de alta complexidade relacionados às doenças cardíacas e ao câncer são reais porque os tratamentos estão mais caros”

Uma discussão atual em âmbito mundial é a da fabricação de biossimilares e o País já está atrasado para começar a produção local desse tipo de medicamento, que é de alto custo, afirma Kalil

“A administração dos custos é um problema seríssimo. Os custos da medicina estão aumentando e nem sempre os recursos públicos são suficientes para cobrir tudo. Problemas de alta complexidade relacionados às doenças cardíacas e ao câncer são reais porque os tratamentos estão mais caros. Para resolver parte dessa questão, o Brasil precisa produzir mais medicamentos genéricos. Além de serem por determinação legal mais baratos, os genéricos provocam uma competição no mercado que

favorece a redução de preços e, em consequência, de custos, principalmente para o sistema público.

Na área de genéricos, uma discussão atual que ocorre no País, mas também em âmbito mundial, é a da fabricação de biossimilares e o Brasil já está atrasado para começar a produção local desse tipo de medicamento. Os remédios biológicos são muito utilizados em doenças reumáticas e tratamentos contra o câncer, por exemplo, e suas patentes começam a vencer. O que representa que poderíamos produzi-los no País, reduzindo sensivelmente a dependência da importação e dos gastos públicos com esses produtos.

Apesar de representarem um volume pequeno do total, com cerca de 2%, os biológicos são responsáveis por 40% dos gastos do Estado com medicamentos. Ou seja, eles são muito caros e os órgãos reguladores precisam apressar a regulamentação dos biossimilares no Brasil, que ainda está em aberto. Toda a administração pública é muito lenta, apesar de existir uma preocupação dos gestores para obter maior agilidade, mas essa demora pode implicar em perda de competitividade para o País, além da manutenção de custos maiores que poderiam ser reduzidos tanto para o poder público como para a população.

A China e a Índia estão investindo na produção de biossimilares e o Brasil também tem condições de fabricá-los, pois já tem conhecimento tecnológico para isso. O Instituto Butantan, por exemplo, produz biológicos para a área de vacina, tecnologia que pode ser utilizada na produção de alguns outros tipos de produtos dessa categoria, e tem também toda uma área voltada para a produção de anticorpos monoclonais.

Mas a grande dúvida que existe hoje, e definitiva para a implantação da produção nacional, é como os biossimilares serão regulamentados no País. Quais serão as exigências para o registro desses medicamentos? Se eles precisarem ter todo o processo documentado, desde o estágio pré-clínico, passando por todas as três fases de pesquisas clínicas, a fabricação local demorará muito tempo para ocorrer e o Brasil vai perder a vantagem competitiva que teria lançando esses produtos no momento em que seus medicamentos de referência começam a perder patentes.

Qual será a regulamentação de registro desses medicamentos é uma incógnita porque existe uma discussão

na esfera científica sobre se um medicamento biológico com a mesma função de outro, o que lhe serviu de referência, é igual ou se isso precisaria ser provado clinicamente. Como é uma molécula e não uma pequena substância sintética, cada uma seria um pouco diferente da outra, mas ao mesmo tempo com funções semelhantes e parâmetros biológicos tão claros que desobrigam da realização de todos os testes clínicos.

Além das questões regulatórias, sem dúvida, incentivos de financiamento seriam bem-vindos para indústria farmacêutica se adaptar a fim de desenvolver tecnologias nessa área, bem como para o treinamento de recursos humanos. São as políticas públicas que definem esse tipo de atuação e elas não estão ocorrendo como deveriam e no tempo certo.”



FONTE: AGENCIA DE NOTÍCIAS DO GRUPO FOLHA

Claudio Luiz Lottenberg

PRESIDENTE DO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

“O Estado precisa ter um mapa das necessidades regionais de saúde”

O primeiro e o maior desafio do governo é ampliar o acesso à saúde da população mais pobre, que está distante dos principais centros de atendimento, diz o presidente do Albert Einstein

“A saúde é um desafio permanente para qualquer governo e país. As condições epidemiológicas mudam siste-

maticamente, o envelhecimento da população evidencia outros tipos de problemas e não param de surgir novos elementos que interferem e levam a quadros diferentes de doenças. É um desafio para os profissionais de saúde entender melhor todas essas transformações, diagnosticar os novos problemas e tratá-los. Evidentemente que a partir disso surge outro desafio, que é o da sustentabilidade. Para garantir acesso a tudo isso, é preciso ter recursos econômicos.

A sociedade aloca, e sempre vai alocar, recursos para a saúde, mas o financiamento será sempre menor do que o necessário em função dos novos desafios que surgem a cada dia em termos de doenças e do custo das novas tecnologias. Isso é uma realidade mundial. Se não fosse verdade, o governo Barak Obama não estaria tão preocupado em encontrar ferramentas para que a saúde seja mais universal no sistema norte-americano. Mas, no Brasil, o primeiro e o maior desafio do governo é ampliar o acesso à saúde da população mais pobre, que está distante dos principais centros de atendimento. Esse problema de acesso decorre, particularmente, da política de saúde homogênea implantada no País, que tem dimensões continentais.

Para garantir um mínimo de acesso e ter um plano diferenciado, o Estado precisa ter um mapa das necessidades regionais de saúde porque os padrões de doenças encontrados no Norte do País são totalmente diferentes do que os se observa no Sul e assim por diante. É necessário também estimular os profissionais, para se obter sucesso num plano de regionalização da saúde. Os profissionais precisam ser incentivados com oportunidades de crescimento e remuneração mais adequada e hoje o SUS (Sistema Único de Saúde) é uma plataforma extremamente engessada para realizar essas mudanças.

A alternativa é estimular o setor privado de saúde, porque no sentido do crescimento meritocrático, da remuneração por meritocracia, ele avançou mais do que o sistema público. Se o País conseguir, sem 'bairrismos' políticos e dentro da lógica da necessidade do cidadão, estimular a iniciativa privada a ser uma parceira que apoie o setor público, haveria uma oportunidade de ganho muito maior em termos de acesso à saúde. O modelo dessa parceria, é claro, não poder ter um padrão nacional, tem que ser heterogêneo. Tem que ser regionalizado para atender as realidades e as demandas diferen-

ciadas, tanto de investimento quanto de necessidades, que existem no País.

Mas, o Brasil está avançando na área da saúde. Hoje, as interferências partidárias são menores e cada vez mais se percebe que as soluções para os problemas do Sistema devem nascer no campo técnico, e não político. Entretanto, o financiamento deveria ser maior para que o Sistema Único de Saúde evolua mais. Vale ressaltar que os recursos deveriam também ser alocados mais adequadamente. Existe um problema na administração e na distribuição. A forma como os recursos são distribuídos hoje dentro do sistema tripartite – tem governo federal, estadual e municipal – não garante que eles cheguem a quem de fato precisa.

Na área da saúde suplementar, existe uma preocupação grande com o processo regulatório. Hoje, grandes companhias estão verticalizando determinados serviços, ou seja, as empresas seguradoras assumem também a função de prestadoras de serviços. Isso é uma situação na qual ocorrem direcionamentos e oportunidades para ganhos que não necessariamente refletem uma economia de livre mercado. Existe uma preocupação no marco regulatório com os processos verticalizantes, que deveriam ser tratados de maneira diferente. O governo precisa estimular a agência que regula o setor de saúde complementar a ser mais independente, para criar mecanismos que garantam que as instituições trabalhem dentro de uma economia de mercado, mas protegendo os interesses dos cidadãos.”



FONTE: ASSESSORIA

Eloi Bosio

PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETOR DA INTERFARMA E GERENTE-GERAL DA DAIICHI SANKYO

“Burocracia tira a competitividade do Brasil”

Para expandir o acesso a medicamentos, é preciso ampliar a distribuição gratuita aos dependentes do SUS, promover reembolsos aos pacientes dos planos e seguros privados de saúde e reduzir a carga tributária, diz Bosio

“É indiscutível que o sistema de saúde pública passou por avanços importantes nos últimos anos. Mas é indiscutível também que há muito ainda a ser feito para garantir o direito constitucional da população brasileira de acesso pleno à saúde. Na área de medicamentos, por exemplo, para expandir o acesso, é preciso ampliar a distribuição gratuita aos dependentes do SUS (Sistema Único de Saúde), promover reembolsos aos pacientes dos planos e seguros privados de saúde e reduzir a carga tributária.

O sistema público tem diversos programas de distribuição de medicamentos, como o Farmácia Popular, mas são insuficientes. Na iniciativa privada, poucos são os planos que oferecem algum tipo de reembolso, modelo que seria uma alternativa também para o setor público. O resultado é que os pacientes vão continuar doentes porque simplesmente porque não têm recursos para comprar medicamentos. Quem consegue comprá-los compromete o orçamento familiar e muitos tratamentos

são encerrados antes do prazo porque não se consegue manter o investimento no tempo prescrito. A maior parte da população mais pobre só consegue mesmo efetividade em seus tratamentos quando está hospitalizada.

A consequência dessa situação é que os pacientes fazem mais consultas e exames que o necessário e acabam superlotando os pronto-socorros. Como não têm o seu problema de saúde resolvido, eles retornam muito mais vezes ao médico, sobrecarregando os sistemas de atendimento, ou vão parar nas emergências quando a doença se agrava. O custo social e o desperdício dos recursos aplicados no Sistema por conta dessas falhas são incalculáveis.

O programa de dispensação gratuita do sistema público também tem outras falhas graves. Como o financiamento é curto, a cesta de medicamentos do governo contempla, geralmente, produtos mais antigos, que são mais baratos, porém menos eficazes. Da lista de produtos para tratar a hipertensão do Programa Farmácia Popular, por exemplo, poucos são realmente efetivos. Apenas 30% dos hipertensos que utilizam esses medicamentos conseguem ter controlada corretamente sua pressão arterial. A hipertensão é uma das causas principais dos problemas cardiovasculares, que geram 300 mil mortes por ano no País.

Outro desafio importante refere-se à inclusão de novas tecnologias para o tratamento de doenças mais complexas e de alto custo. O processo é precário e lento, o que limita o número de pacientes tratados. Nos últimos cinco anos, apenas sete produtos foram incluídos na lista do SUS. O governo estabeleceu uma série de barreiras regulatórias e as inclusões só ocorrem uma vez por ano e dentro de determinadas condições. Essa limitação, com certeza, é fruto do baixo orçamento da saúde pública. O governo reconhece que as novas tecnologias são opções melhores de tratamento, mas devido aos recursos restritos, acaba limitando a inclusão com a morosidade na aprovação.

Uma morosidade que não se explica, no entanto, é a da aprovação de protocolos para que os centros de pesquisas brasileiros participem de estudos clínicos internacionais. As multinacionais querem incrementar as parcerias em pesquisa clínica aqui, mas a burocracia tira a competitividade do Brasil ante os demais países. Embora os investimentos em pesquisas clínicas tenham aumentado muito nos últimos anos, o potencial seria de três a cinco

vezes maior se os órgãos reguladores fossem mais ágeis. A participação em um número maior de estudos multicêntricos, além de gerar mais conhecimento aos cientistas locais, também seria uma maneira de incentivar a entrada de novas tecnologias e maiores investimentos no Brasil.

Outro problema grave é a tributação. Num País em desenvolvimento como o Brasil, com milhões de pessoas vivendo ainda em condição de pobreza absoluta, é no mínimo vergonhoso que a carga tributária sobre medicamentos alcance mais de 30% do preço final, em média, enquanto sobre diversos produtos supérfluos incidem alíquotas muito mais baixas e, às vezes, até mesmo zeradas. Nos medicamentos, a taxa é mais alta, por exemplo, do que a de muitos alimentos, produtos veterinários e até diamantes.”



FOTO LUIZ BARON/VALTON PEREIRA/AGÊNCIA O GLOBO

Roberto Luiz d'Avila

PRESIDENTE DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM)

“Aproximadamente 70% dos médicos estão na região Sul e Sudeste, que mostra que a distribuição é bastante falha no Brasil”

Existem conflitos sérios também na saúde complementar. As empresas têm apresentado lucratividade invejável, em comparação a outros setores. Todas vão muito bem, exceto a clientela e os prestadores de serviços, afirma d'Avila

“Uma situação que deteriora significativamente a saúde pública no Brasil é a ausência de uma carreira de Estado e de remuneração adequada para os médicos. No Programa Saúde da Família (PSF), por exemplo, excetuando algumas cidades que oferecem salários melhores, os contratos são precários, sem direitos trabalhistas, como férias e 13º salário, e não há progressão funcional. A maioria dos médicos do PSF considera o trabalho como um ‘bico’, enquanto não surge uma oportunidade melhor no mercado de trabalho. Em muitos estados, especialmente no Nordeste, os profissionais também estão deixando o serviço público. Ninguém que trabalhar nas emergências dos hospitais ganhando mal e em condições adversas de trabalho.

A CFM entregou uma carta tanto à presidente Dilma Rousseff quanto ao ministro da Saúde, Alexandre Padilha, na qual reivindica um plano de carreira semelhante ao do Poder Judiciário e do Ministério Público. Também não é só colocar um médico com um estetoscópio pendurado no pescoço no interior dos estados porque o problema não será resolvido. O profissional precisa ter equipe completa e estrutura para o atendimento.

Outro desafio é a formação médica. O Brasil tem 181 escolas de medicina hoje e não passava de 90, há 10 anos. Houve um grande aumento no número de escolas sem nenhuma necessidade social. A taxa de natalidade de médicos no País é quatro vezes superior à taxa de natalidade da população. Nasceram mais médicos do que gente no Brasil. Por outro lado, não há vagas para residência médica em número suficiente. Enquanto 15 mil médicos estão sendo formados a cada ano, são oferecidas apenas 7,8 mil vagas de residência. Então, todo o ano o País registra um contingente enorme de médicos que não conseguem se especializar.

Aproximadamente 70% dos médicos estão na região Sul e Sudeste, que mostra que a distribuição é bastante falha no Brasil. Em Sergipe, por exemplo, 93% estão em

Aracaju. Falta uma política pública de interiorização da assistência à saúde, que considere a valorização dos profissionais da saúde.

Existem conflitos sérios também na saúde complementar. As empresas têm apresentado balanços altamente positivos e uma lucratividade invejável, em comparação a outros setores. Todas vão muito bem, exceto a clientela e os prestadores de serviços. Os pacientes estão descontentes, principalmente, pela grande espera no atendimento. E os médicos estão deixando o sistema por se sentirem absolutamente desvalorizados.

As operadoras que remuneram melhor pagam R\$ 50 por consulta. Já existem movimentos de base em algumas especialidades contra esse abuso. Num período de 10 anos, as operadoras aumentaram 140% o valor das mensalidades e os médicos tiveram 60% de reajuste, enquanto a inflação foi de 100%. A Associação Paulista de Medicina tem um cálculo que mostra que para uma consulta de R\$ 35 pagos por uma operadora, o médico recebe, em média, R\$ 8,65, descontando despesas de consultório, impostos, entre outros.

Dessa situação decorre um cenário muito perverso: o médico aumenta o número de atendimentos diários e, em consequência, diminui o tempo de atendimento aos pacientes. Em algumas especialidades, há médicos marcando consultas a cada 15 minutos. O CFM tem alertado a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Ministério da Saúde sobre essa questão e a necessidade de existir regulamentação adequada para normatizar a relação entre operadoras e médicos.

Mas o principal desafio na área da saúde pública brasileira é o financiamento, que carece de uma fonte adequada e estável. Talvez por isso exista a maior parte dos outros problemas. É muito difícil ter uma saúde eficiente e de qualidade se não houver mais recursos, particularmente, diante das dimensões geográficas e populacionais do País. O pior é que a Emenda Constitucional 29, que prevê uma maior injeção de recursos públicos no Sistema, está à espera de regulamentação há mais de 10 anos, por absoluta falta de vontade política. A aprovação dessa Emenda não resolveria imediatamente todos os problemas do financiamento público da saúde, mas atenderia grande parte.”



FONTE: ASSESSORIA

João Paulo Altenfelder

SÓCIO-FUNDADOR DA SEI CONSULTORIA, ESPECIALISTA EM DIÁLOGO SOCIAL

“A democracia na saúde carece de avanços”

As associações brasileiras de pacientes estão seguindo a tendência mundial “Nada sobre nós sem nós”, o que significa que elas querem participar mais das discussões e da implementação das soluções para os problemas do setor, diz Altenfelder

“Os problemas estruturais da saúde são enormes e não exclusivos do País. Questões como financiamento, acesso à saúde, adequação de medicamentos para as realidades locais, qualidade de gestão dos sistemas públicos são contextos globais e o Brasil está inserido nesse panorama. Existem grandes desafios nessa área porque as projeções mostram que a população mundial passará de 6 bilhões de habitantes, em 2000, para 9 bilhões, em 2050, e a maior parte desse crescimento virá de países em desenvolvimento, como o Brasil. E a maioria dessas pessoas, a exemplo do que é hoje, utilizará o sistema público de saúde. É uma expansão muito rápida para o serviço público acompanhar.

A população brasileira também será cada vez mais urbana, com grande parte vivendo em núcleos de pouco desenvolvimento, ou seja, nas periferias, altamente dependentes dos serviços públicos. Diante desse contexto de longo prazo, como a saúde pode participar na resolução das questões de desenvolvimento local e como ela pode

atender às novas necessidades da área, do atendimento básico até o mais complexo? Ao observar esse panorama, o relacionamento com partes interessadas é o grande desafio porque o governo não atua sozinho, pois não é detentor sozinho da solução. Nem a implementação da solução acontecerá somente do ponto de vista do poder público.

O governo precisa de laboratórios, sociedades médicas, academias, associações de pacientes. Tem de haver um espírito de colaboração muito grande porque ninguém consegue implementar sozinho uma solução e o relacionamento com as partes interessadas é altamente estratégico. Pode ajudar muito na solução de problemas. E isso tem sido uma deficiência. Apesar de o regime no País ser democrático, a democracia na saúde carece de avanços. Para ela existir de fato, é preciso acesso, disponibilidade e informação. O sistema de informação na saúde brasileira tem deficiências: o cartão do SUS (Sistema Único de Saúde) não foi implantado até agora e ele seria uma espécie de carteira de identidade do paciente.

Mas o diálogo social tem que ser colaborativo. Cada parte precisa enxergar no que pode contribuir para não se sobrepôr às outras. E a questão de relacionamento, pelo lado dos pacientes, deve seguir a tendência global do ‘Nada sobre nós sem nós’. Esse é um modelo que vem de fora, seguindo a linha da democracia ‘Nothing about us without us’. As associações de pacientes estão se moldando para assumir esse papel, o que significa que elas querem, sim, participar da discussão do problema, da discussão da solução e da implantação da solução.

As organizações de saúde estão procurando apoio para a melhoria da qualidade de gestão, de projetos de mobilização social, de campanhas de informação para a população e para desenvolver uma influência mais efetiva nas políticas públicas no âmbito municipal, estadual e federal. Estão buscando uma melhor qualidade de captação de recursos e de visão estratégica. Poucas já atingiram esse patamar, mas elas estão com atuações mais efetivas. Em São Paulo, por exemplo, as ONGs foram fundamentais para a implementação da Lei contra o tabagismo.

Com esse paradigma ‘Nada sobre nós sem nós’, elas formam uma linha de atuação muito mais clara. Isso acontece no Canadá, na Austrália, Inglaterra e outros países da Europa. É um movimento que implica uma atuação mais abrangente. E elas podem contribuir muito com informações sociais e estão muito atentas para o tema

custo social, uma informação de alto valor agregado muito mais próxima delas pelo contato intenso que têm com os pacientes.

As associações ligadas à saúde são, geralmente, de 10% a 15% do total das organizações, conforme indicam estudos feitos em alguns países da América Latina. Supondo que esse dado se replique no País, são ao menos 28 mil na saúde. Essas associações prestam serviços essenciais para a população que o Estado, às vezes, não consegue.”



FONTE: ACESSORINA

Fabio Jatene

PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETOR E PROFESSOR TITULAR DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR)

“O Brasil é muito dependente de produtos médicos importados”

As novas tecnologias são instrumentos importantes, efetivos e dão agilidade ao processo de diagnóstico e tratamento, mas a incorporação é lenta pelo alto custo, diz o professor Jatene

“A incorporação de novas tecnologias – sejam medicamentos, dispositivos ou equipamentos – de boa qualidade, a baixo custo e em tempo real tem sido uma das grandes deficiências da saúde brasileira. Essas tecnologias, geralmente importadas, são instrumentos efetivos e dão agilidade aos processos de diagnóstico e tratamento, mas não é raro os centros de saúde do País terem acesso

a elas apenas quando já estão ultrapassadas pelas suas novas gerações, ficando sempre defasados em relação a outros sistemas de saúde mundo afora.

Boa parte desse problema decorre do alto custo de aquisição dessas novas tecnologias, principalmente, quando se compara com o poder de financiamento do Brasil, seja privado ou público. Mesmo quem está na saúde suplementar brasileira tem um investimento per capita na saúde muito menor do que a média nos países desenvolvidos. E o gasto per capita anual na saúde privada brasileira, das pessoas que têm convênios com seguros e planos de saúde, é aproximadamente quatro vezes maior que o da saúde pública porque os problemas de financiamento do governo são reais.

As restrições orçamentárias, no entanto, não podem ser razão de tudo. É necessário criar o conceito de que as novas tecnologias podem e devem conviver com a atuação médica primária, com soluções mais simples, mais básicas de atendimento da saúde. Elas têm de caminhar paralelas. Não é necessário adotar uma tecnologia caríssima em detrimento de assistência básica, mas também não se pode ignorar o desenvolvimento porque é caro, moderno, um avanço. O Brasil pode tentar incorporar os novos produtos de maneira inteligente e otimizada. Eles não precisam estar disponíveis em todos os lugares, mas em centros de referência, em locais com uma boa distribuição geográfica para que um maior número de pessoas tenha acesso. É preciso buscar caminhos para isso.

O Brasil é muito dependente de produtos médicos importados, de medicamentos a insumos e aparelhos de diagnóstico, como os de ressonância magnética. Participar mais intensamente das pesquisas de desenvolvimento de novos produtos pode ajudar a assegurar o ingresso mais rapidamente no País, e sem custos para os centros que farão parte dos estudos, do que se está produzindo de mais avançado no mundo. No entanto, é muito morosa a aprovação de protocolos de pesquisas por parte das autoridades reguladoras do sistema de saúde. As comissões são lentas, demoram na tomada de decisão e, muitas vezes, as pesquisas terminam e os centros hospitalares brasileiros não sabem ao menos se a resposta foi sim ou não. A saída é comprar o equipamento quando houver recursos.

Uma participação mais ativa no processo de pesquisa e desenvolvimento de produtos seria importante também para uma solução, de longo prazo, mais definitiva para o

problema: a nacionalização de parte dessas novas tecnologias, o que as tornaria mais acessíveis de ponto de vista econômico. O desenvolvimento local requer conhecimento e expertise, garantidos pelos estudos. Na área de equipamentos, além da redução de custo promover uma maior inserção dos novos produtos na saúde, a produção nacional ainda facilita a reposição de peças, manutenção e assistência técnica.

Para que a nacionalização ocorra, entretanto, incentivos públicos são bem-vindos em muitos aspectos. A indústria, toda vez que se propõe a fazer alguma coisa, está implícito que precisa de retorno do investimento, até para a sobrevivência da companhia. Ela gasta, mas precisa vender e lucrar para continuar a se desenvolver. E um dos problemas é exatamente esse. Às vezes, os equipamentos são de mercado restrito, o que, com muita frequência, não motiva as empresas a investir. Não existe uma fórmula mágica para resolver essas questões, mas certamente é preciso olhar esses problemas com mais atenção.”



FONTE: AGENCIA DE NOTÍCIAS DO GRUPO FOLHA

José Camargo

DIRETOR MÉDICO DO CENTRO DE TRANSPLANTES DA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE. PIONEIRO EM TRANSPLANTE DE PULMÃO NA AMÉRICA LATINA.

“O sistema público é mal administrado e não se preocupa em ser eficiente”

A municipalização da saúde, idealizada para controlar melhor a verba pública, criou grandes dificuldades para o acesso

da população brasileira ao Sistema, diz Camargo

“A burocracia é o maior entrave no setor de saúde pública brasileiro. O SUS (Sistema Único de Saúde), maior sistema público de saúde do mundo, tem uma forma de administração pouco eficiente. A municipalização da saúde, idealizada para controlar melhor a verba pública, criou grandes dificuldades para o acesso das pessoas. Um paciente do SUS com câncer, por exemplo, tem de percorrer um caminho tão longo entre postos de saúde e secretarias, atrás de papéis, autorizações e senhas, que quando chega ao hospital que pode resolver o seu problema, frequentemente, já está com a doença em um estágio tão avançado que os tratamentos são pouco efetivos.

Quem utiliza o SUS sabe que a jornada para alcançar um tratamento demora meses, um tempo precioso que faz a diferença na manutenção da vida dos pacientes. A municipalização da saúde criou outra injustiça. Por exemplo, dois irmãos moram no Rio Grande do Sul, um no interior e outro na capital. O que mora no interior sabe que apenas o voto é igual ao do que vive na capital, porque na saúde ele está muito mal. Se tiver um problema de saúde complicado, até conseguir chegar a uma cidade grande, ele já morreu.

A burocracia é tão insana que obriga, em outro exemplo real, que um paciente internado para uma cirurgia cardíaca, e que descobre que é portador de um câncer, deva ter alta e voltar ao seu posto de saúde, na sua cidade de origem, recomeçando toda a ‘via crúcis’ para fazer o tratamento do problema recém-descoberto. Antes, isso era resolvido com as chamadas interconsultas, dentro do próprio hospital. A impressão que se tem, com essa burocracia, é que o sistema foi planejado para que as pessoas desistam de ser tratadas.

A saúde tem outro problema que precisa ser equacionado: a explosão demográfica. O crescimento da população ainda está fora de controle. Todas as estratégias nessa área são muito incipientes. O Brasil cresce um Uruguai por ano. Esse aumento desregulado e sem critério ocorre, predominantemente, em famílias pobres que, em 95% dos casos, são totalmente dependentes do SUS. Uma ação básica de planejamento na área da saúde é o controle da natalidade. Não há como multiplicar recursos para dar conta da multiplicação da população.

Uma proposta interessante é a adoção de um modelo vigente no Chile, em que o Estado assume os custos dos procedimentos mais caros em Saúde, como quimioterapia, radioterapia, transplantes e cirurgia de alta complexidade e com isso os planos de saúde podem oferecer mensalidades mais baixas e acessíveis a um percentual muito mais elevado da população. Assim, o SUS ficaria menos sobrecarregado e daria um atendimento mais qualificado aos seus dependentes, os realmente necessitados.

No caso dos transplantes, existe outra aberração: 35% dos brasileiros têm planos de saúde, mas só 5% dos transplantes feitos no Brasil são pagos por eles, ou seja, 95% dos transplantes são pagos pelo SUS. Isso se deve ao fato que a Agencia Nacional Reguladora da Saúde (ANSS) só determina que os planos de saúde paguem os transplantes de rim, córnea e medula óssea. Qualquer associado a um plano de saúde que precisar de outro tipo de transplante terá de recorrer ao SUS. Isso não é justo com os hospitais que transplantam e recebem valores irrisórios, com os pacientes que pagaram planos privados e vão para as enfermarias do SUS, e com o próprio SUS.

O sistema público é mal administrado e não se preocupa em ser eficiente. Por isso, existem vários ‘brasis’ dentro do Brasil. O País tem áreas médicas que são verdadeiras ilhas de excelência, reconhecidas internacionalmente. Entretanto, o conjunto está num nível baixo, e essa disparidade se reflete na qualificação tecnológica. Existem centros de transplante no País equiparados aos mais desenvolvidos do mundo. Mas são centros isolados e não representam a média da qualidade de atendimento médico nacional.

O Brasil tem áreas completamente desprotegidas. Não é possível afirmar que todo brasileiro pode fazer transplante pelo SUS. Essa afirmação seria mentirosa. A população que mora no Norte e Nordeste tem chances mínimas de conseguir um transplante pelo SUS, a não ser que tenha dinheiro para migrar e se tratar em outras áreas. Nessas regiões, não se faz transplante e o paciente que precisar de um e não sair de lá vai morrer. A distribuição é muito injusta.”



Paulo Hoff

DIRETOR DO INSTITUTO DO CÂNCER E DIRETOR-EXECUTIVO DO CENTRO DE ONCOLOGIADO HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

“É a sociedade quem tem de determinar qual o financiamento ideal para o setor”

A incorporação de novas tecnologias precisa estar na pauta do governo federal porque o Brasil é altamente dependente de insumos e equipamentos médicos importados, diz Hoff

“A garantia do financiamento para a saúde é um desafio muito grande para todos os administradores do Sistema. O Brasil tem um dos menores gastos público per capita com saúde da América Latina, o que é uma situação paradoxal, considerando-se todo o nível de desenvolvimento que o País tem atualmente. O poder público brasileiro investe menos, por exemplo, que o mexicano, cujo sistema é similar. Mas é a sociedade quem tem de determinar qual o financiamento ideal para o setor, porque o mundo inteiro está percebendo a complexidade da saúde e que não há limites para suprir todas suas necessidades. A solução, claro, passa também por uma decisão política de transformar a saúde em prioridade.

A demora no acesso à saúde em grande parte do território nacional decorre dos poucos recursos. Uma dificuldade que se complica muito mais à medida que os problemas de saúde se acentuam pela falta de atendi-

mento, colocando em risco a qualidade de vida da população. Outra situação oriunda do subfinanciamento é a qualidade dos serviços. Não é porque o atendimento é gratuito no SUS (Sistema Único de Saúde) que não se deve exigir a mesma qualidade dada a pacientes que têm serviço privado.

Hoje, é preciso pensar em uma metodologia de controle de qualidade dos médicos que estão sendo formados. Houve um aumento muito grande na instalação de faculdades de medicina no País por causa da percepção de que o número de médicos era insuficiente para atender à população. No entanto, o Brasil tem atualmente mais faculdades de medicina que os Estados Unidos, cuja população é 30% maior. São 180 escolas aqui, enquanto nos Estados Unidos mal ultrapassam 100.

Não adianta apenas abrir escolas; tem que ter qualidade e isso ainda precisa ser aperfeiçoado no Brasil por meio de avaliações. O País tem grandes médicos, mas tem também profissionais que não correspondem em qualidade ao que a população espera. A má formação dos médicos deve-se ainda às poucas vagas de residência. O Estado de São Paulo detém entre 30% e 40% de todas as vagas, mas não tem esse mesmo percentual da população brasileira.

Hoje, o recém-formado precisa ter essa complementação no seu treinamento para funcionar realmente como médico porque o exercício da medicina está cada vez mais sofisticado. Para melhorar o acesso e a qualidade no serviço público, a remuneração tem de aumentar também a fim de que o profissional médico possa se dedicar e evitar as extenuantes jornadas triplas de trabalho.

A baixa incorporação de novas tecnologias no País também é consequência do financiamento. Elas têm um custo elevado, mas o Brasil pode ter soluções criativas para acelerar o processo de implantação. O sistema de controle de pesquisa no Brasil demora mais que em outros países o que, no longo prazo, dificulta a incorporação e também o desenvolvimento de tecnologias nacionais. Esse assunto tem de estar na pauta do governo federal porque o Brasil é altamente dependente de insumos e equipamentos médicos importados, área na qual há um grande déficit na balança comercial.

É preciso incentivar a criação de um complexo médico-industrial brasileiro voltado também à inovação para que o País desenvolva patentes e possa vender produtos

no exterior, competindo no mercado internacional. De todos os BRICs, o Brasil é o que tem a indústria menos avançada nessa área. A China está famosa pela produção de equipamentos de diagnóstico por imagem a custo baixo e de boa qualidade. A Índia tem uma indústria farmacêutica gigantesca e exporta matéria-prima para o mundo inteiro. Já existe um complexo médico-industrial no Brasil, mas ele precisa ser estimulado a crescer. O País, com uma política bem delineada, pode atrair indústrias estrangeiras para montarem centros de pesquisa e desenvolverem tecnologias patenteadas aqui.”



FONTE: ASSESSORIA

José Luiz Gomes do Amaral

MÉDICO E PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA - AMB

O diálogo em busca das soluções para a saúde

Faz-se necessário, dentro do aparelho do Estado, limitar o poder de influência dos diferentes partidos políticos cujos interesses estão, quase sempre, desalinhados das políticas de Governo

“Ao mencionarmos a questão crítica da atenção à saúde da população brasileira hoje, imediatamente nos remetemos aos rincões do País e às áreas inacessíveis e remotas. Esquecemo-nos, ou simplesmente não nos damos conta, de que a assistência na periferia dos grandes centros urbanos também é desorganizada e distante, talvez não geograficamente, mas tecnicamente. O desaparelhamento é um grave problema do sistema de saúde pública

no Brasil, mas não é o único. A governança está comprometida e fragmentada e não há fluidez de diálogo em busca de soluções.

O financiamento da saúde é essencial, mas antes de discutir como buscar mais recursos para a saúde, faz-se necessário, dentro do aparelho do Estado, limitar o poder de influência dos diferentes partidos políticos cujos interesses estão, quase sempre, desalinhados das políticas de Governo para que a gestão seja mais eficiente.

Tornar a rede de atendimento mais eficiente que atenda aos princípios constitucionais da igualdade em todo o País exige infraestrutura e investimento. A contratação de médicos e outros profissionais de saúde é apenas um dos itens.

Entretanto, não devemos nos iludir com teses e teorias que tem como principal argumento relacionar a melhoria na assistência à saúde da população ao aumento de médicos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Temos médicos suficientes no País e se a maioria está na iniciativa privada é porque o sistema público é muito pouco atraente.

Se por hipótese fôssemos colocar hoje todos os 340 mil médicos em atividade para atender o sistema no Brasil inteiro, o orçamento do Ministério da Saúde, o maior da Esplanada, não seria suficiente.

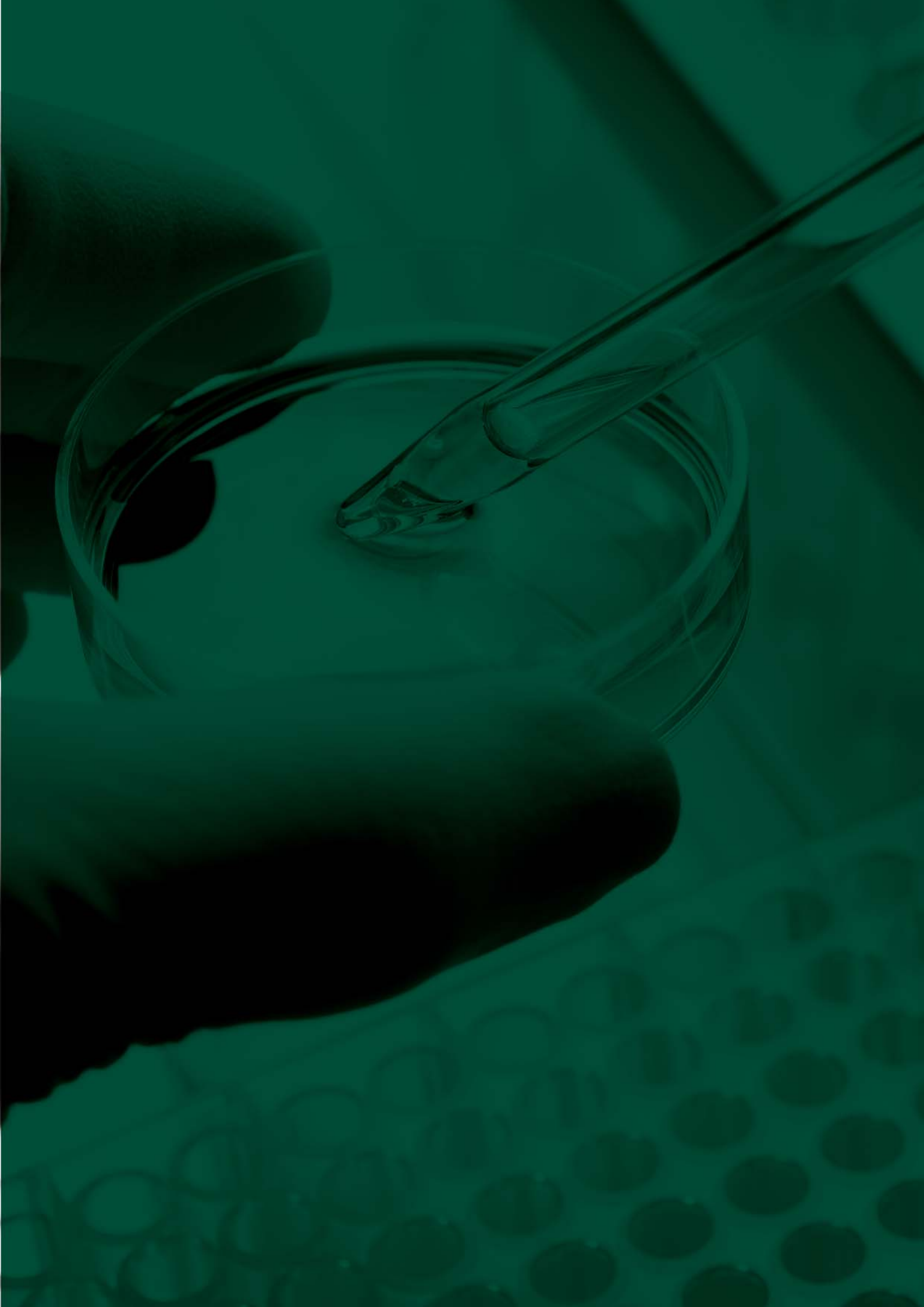
Para que o médico se sinta atraído para trabalhar fora dos grandes centros, é preciso considerar, ao mesmo tempo, importantes aspectos a partir do que vem sendo chamado de “busca de um ambiente positivo de trabalho” que inclui resolutividade, equipamentos precisos para diagnósticos, recursos terapêuticos, perspectiva de carreira, interação com a comunidade local e desenvolvimento profissional. Estudos recentes comprovam que a Medicina se renova em 50% a cada quatro anos e a reciclagem dos conhecimentos e habilidades do profissional não se resolve apenas pela internet ou pela telemedicina.

Admitindo que o SUS hoje necessite de mais médicos para equilibrar o nível de atendimento em todo o Brasil, um sistema de rodízio mensal que permita levar para as regiões remotas médicos de especialidades essenciais, pode significar melhorias na assistência da população sem necessidade de fixar um profissional. Estes médicos precisam ter formação adequada e experiência suficiente

para enfrentar os desafios de assistir e tratar pacientes em área inóspitas.

Apesar dos desafios, há de nossa parte, enorme expectativa e ao mesmo tempo franca dose de otimismo com relação ao futuro. O ministro Alexandre Padilha, é um

especialista em diálogo, sensível aos problemas da pasta e do sistema de saúde pública e conhecedor da prática clínica. Ele pode ajudar muito, pois a missão do ministro vai além dos aspectos técnicos. Exige coragem e vontade política para que as soluções oferecidas sejam duradouras e ajustadas à realidade brasileira.”



A photograph of a doctor in a white coat and tie, leaning over to examine a baby. The doctor's hands are visible, one near the baby's head and the other near its chest. The baby is lying down, looking towards the doctor. The entire image is overlaid with a semi-transparent teal color.

Interfarma

Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

inovações para a vida

Rua Verbo Divino, 1.488 – 7º andar – Cj. 7A

Chácara Santo Antônio – São Paulo – SP

CEP: 04719-904

Tel.: (55 11) 5180-3499

Fax: (55 11) 5183-4247

www.interfarma.org.br