Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP - Número 2 - Segundo Semestre de 2006

Tendências da assistência médico-hospitalar no Brasil

Ana Maria Malik
Antonio Penteado Mendonça
Fábio Patrus Mundim Pena
Gilberto Luiz Scarazatti
Guilherme Schettino
José Henrique Germann Ferreira
Maria Luiza Monteiro Costa
Sérgio Bersan
Sérgio Coelho
Sérgio Francisco Piola



FGV
GVsaúde
Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da EAESP

Ponto de Vista

Ana Maria Malik

Apresento com muita alegria este Caderno do GVsaúde contendo os debates sobre as Tendências na Assistência Médico Hospitalar.

Quase todos sempre nos divertimos em adivinhar o futuro, seja para imaginá-lo como gostaríamos que ele acontecesse, seja para nos preparar para enfrentá-lo da melhor forma, ou simplesmente para saber evitando, assim, sermos pegos de surpresa.

Esta edição nos permitiu mostrar que todos não vêem o futuro da mesma forma. Porque não olham para ele da mesma maneira.

Ficou claro que pessoas que acreditam no setor público olham para um tipo de cenário e aqueles que trabalham com o privado privilegiam outro. Quem milita em hospital enxerga um horizonte, diferente daquele que se descortina para quem trabalha em operadoras. Defender o cliente é diferente de tomar o partido do cidadão e olhar para o cuidado obriga a considerar onde ele vai acontecer e quem vai pagar por ele, além de tornar necessário pensar onde pode vir a ocorrer a formação e a atualização dos trabalhadores e com que conteúdos. As contribuições da platéia não estão transcritas diretamente na forma dos debates, mas foram consideradas na elaboração dos textos, pois levaram os convidados a responder e a ampliar suas apresentações originais.

Esta publicação traz pontos de vista – sempre informados – de um gestor de um hospital claramente preocupado com inovação e de uma operadora de saúde reconhecida como competente na sua formulação estratégica; de um pesquisador da área de economia de saúde ligado ao SUS e de um especialista em seguros saúde; de um consultor do Ministério da Saúde para a área de qualidade e de um advogado ligado a uma associação de hospitais privados; de um médico com intensa atividade clínica em terapia intensiva e com visão administrativa e de uma enfermeira que trabalha com ensino e pesquisa na formação de profissionais para atividades menos centradas em hospitais. Desse modo, foi possível cobrir desde a assistência, até o cuidado propriamente dito, passando pelos aspectos nunca apresentados de maneira suficiente de financiamento e avaliação.

Nenhuma das respostas apresentadas ou das tendências apontadas pode ser considerada correta ou definitiva. A única coisa que se pode dizer, de fato, é que concordamos mais com uma que com a outra e, a rigor, isto nos permite entender melhor de que maneira pensamos. Na verdade, os debates do semestre e esta publicação têm basicamente duas finalidades. Por um lado, documentam o que pesquisadores, gestores, estudiosos e atores do setor saúde consideravam como tendências no Primeiro Semestre de 2006. Por outro, ao menos recordam a quem esteve presente, ou a quem se ocupar da leitura deste texto, que pensar no futuro é uma obrigação para qualquer liderança, uma necessidade para profissionais que querem se preparar para os próximos anos e uma boa sugestão para qualquer cidadão.

Pensar, utilizando como instrumentos de suporte informações e pontos de vista de quem se destaca no cotidiano, com diferentes inserções na realidade, é um privilégio. Cabe-nos agradecer aos que alimentaram nossos pensamentos (ou que nos forneceram *food for thoughts*).

Boa leitura! Aguardamos comentários e sugestões para os próximos semestres...

Apresentação do modelo da Unimed - BH

Sérgio Bersan

Médico, com Residência em Pediatria pela UFJF; Pós-graduado pela FGV em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde;
Gestor de Promoção da Saúde da Unimed-BH.

Este texto tem por objetivo apresentar o modelo de atenção à Saúde proposto pela Unimed, de Belo Horizonte, bem como algumas inovações relativas à remuneração, desenvolvidas pela Cooperativa.

Nos últimos anos a carteira de clientes da Unimed-BH apresentou uma significativa transformação. Hoje há uma predominância de clientes que possuem plano coletivo. Ao mesmo tempo como tem acontecido na população dos países em desenvolvimento também aconteceu um crescimento da população assistida com idade superior aos 60 anos. Esta mudança na pirâmide etária da população brasileira, nesse qüinqüênio, teve repercussão nas despesas assistenciais da cooperativa. Projetando a pirâmide etária da população brasileira para o ano de 2020, temos um cenário de crescimento quantitativo da população que mais utiliza o sistema de Saúde, por apresentar necessidades crescentes de assistência médica.

Diante deste cenário como a cooperativa médica poderia se preparar para o crescimento das despesas com assistência à saúde? Como garantir a sobrevivência, garantindo preços acessíveis para os produtos respeitando o marco regulatório? O modelo atual de prestação de serviços de serviços baseado na demanda espontânea e no pagamento individualizado por item não garante a sustentabilidade do sistema muito menos uma abordagem integral da saúde. O modelo atual privilegia a doença, e mais ainda as complicações advindas da evolução da mesma, pois quanto mais itens de despesas são gerados digo as diárias, taxas, medicamentos, materiais médicos e exames complementares, maior é o resultado econômico da prestação de serviços.

A figura do iceberg representa este modelo gerenciado pela demanda onde o sistema segue seu curso embalado pela demanda sem conhecimento da carga de doença da população assistida. A seguir procuramos elaborar um modelo de como os eventos são conhecidos pela empresa. O evento pode apresentar-se inicialmente através de uma internação hospitalar de alto custo. A informação acompanha uma conta hospitalar onde o cliente foi submetido a uma cirurgia de revascularização do miocárdio. Conforme for o padrão do modelo de coleta de informações estabelecido por cada operadora pode-se ou não existir um banco de dados onde constem eventos anteriores no mesmo indivíduo como internações por angina ou mesmo um infarto agudo do miocárdio ou quem sabe até exista a informação de que este paciente é portador do diabetes ou hipertensão. Esta história não iniciou com um infarto para o indivíduo. Ela poderia ter sido evitada ou mesmo ter se apresentado de forma menos intensa.

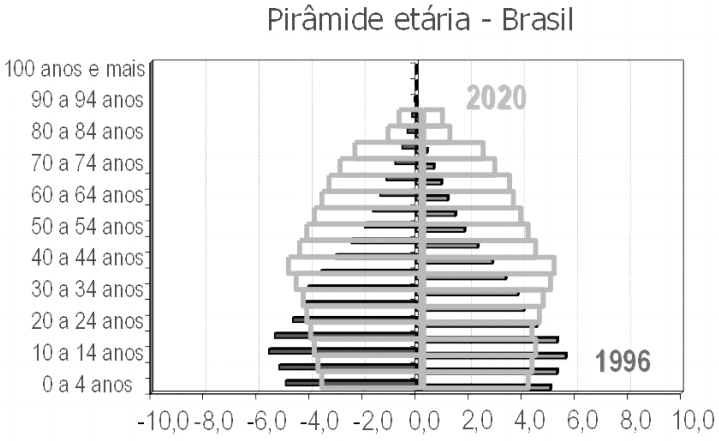
O acompanhamento dos indicadores de saúde e doença apoiado por tecnologia da informação, análise epidemiológica e estatística dos eventos, política de promoção da saúde e prevenção das doenças, avaliação de evidencias cientificas dos métodos diagnósticos e terapêuticos, a qualificação da rede prestadora e a valorização do trabalho médico são os principais componentes do modelo de atenção à saúde da cooperativa.

O gráfico a seguir demonstra que à medida que aumenta a idade da população aumentam os recursos gastos com internação hospitalar. Na faixa etária de 60 anos ou mais ocorreram 48% das despesas e 37% da freqüência das internações.

Desse modo, quais são as ações para induzir e capacitar os indivíduos a tomarem responsabilidade pela sua Saúde, mudando estilo de vida e hábitos? Como desenvolver programas e ações que sensibilizem tanto os clientes individuais como os clientes empresariais? Quanto a busca pela longevidade pode influenciar os hábitos saudáveis ou a utilização de serviços? Como influenciar as empresas à promover a saúde e prevenir as doenças de seus trabalhadores? Como disseminar entre os trabalhadores e suas famílias as boas práticas? Quanto estas ações promovem de novas despesas e de economia?

Para mencionar alguns programas de promoção da Saúde atualmente desenvolvidos na Unimed de Belo Horizonte citamos os programas de reeducação alimentar e de cessação do tabagismo. O programa de cessação do tabagismo foi desenvolvido inicialmente entre com os colaboradores da Unimed de Belo Horizonte apresentou resultado muito bom com interrupção do hábito na maioria das pessoas. Outro programa é o *UniBaby*, no qual uma equipe de enfermeiros visita em domicílio todos os recém nascidos após a alta hospitalar, aplicando um questionário e repassando orientações.

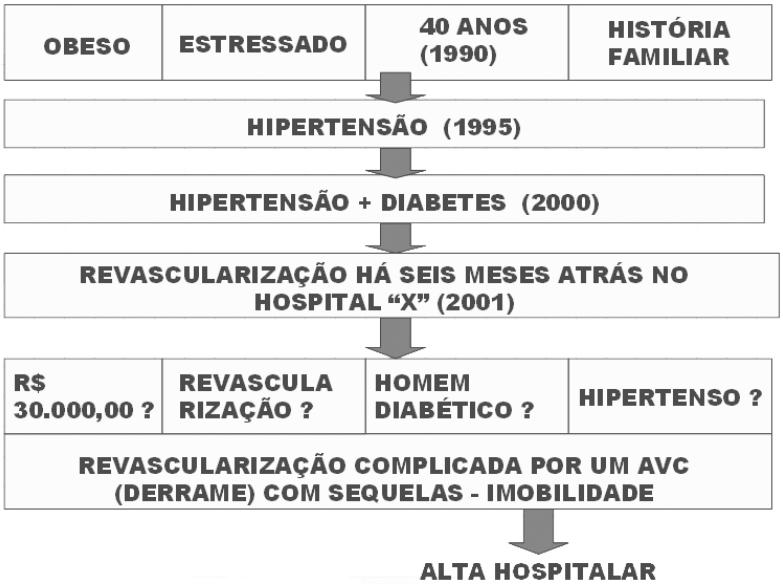
Na atenção domiciliar a empresa trabalha apenas com as intervenções específicas, como exemplo, é possível apresentar a complementação do tratamento antimicrobiano no domicílio. Não adotamos a internação domiciliar clássica, já que ela demonstrou-se



antieconômica. Assim a atenção domiciliar está sempre associada a um projeto de atenção integral à Saúde, onde o domicílio é o local privilegiado de intervenção.

Outra ação muito importante desenvolvida pela cooperativa está direcionada ao relacionamento com o prestador de serviços que tem os seguintes pressupostos: a confiança, a transparência e a ética.

Dois produtos, desenvolvidos pela equipe de regulação de serviços de Saúde da Unimed de Belo Horizonte, merecem especial atenção nesta área: o primeiro é o BIG – Boletim de Informações Gerenciais. Nele, os prestadores são convidados para reuniões com a Unimed de Belo Horizonte onde é apresentado um relatório de avaliação do prestador tanto do ponto de vista epidemiológico como da qualidade da assistência. Apresentamos o perfil da população Unimed-BH na utilização dos diversos serviços – internação e ambulatório – o perfil das doenças, as despesas da Unimed neste hospital e ainda algumas comparações de resultado com outros prestadores de serviço que são identificados por letras. Alguns prestadores nos dão retorno, contestando ou confirmando as informações.



No relacionamento com os prestadores outro importante pilar é o acompanhamento da satisfação do cliente. Todas as queixas dos clientes da Unimed de Belo Horizonte são consolidadas e encaminhadas aos prestadores. Durante o processo de contratualização foi negociada com a Associação dos Hospitais de Minas Gerais um modelo de pontuação e um relatório de anomalias que é feito para notificação do prestador.

Outra base do relacionamento com prestadores é a garantia do resultado financeiro com base na negociação justa para ambas as partes e na qualificação da gestão. A análise de custo-efetividade, a evidência científica e a avaliação do impacto financeiro são partes integrantes do modelo. Temos, então, as seguintes diretrizes no relacionamento com os prestadores: 1 - Mudança do modelo de atenção com foco nas ações de promoção; 2 - Gerenciamento da demanda; e 3 - Qualificação dos prestadores.

A Unimed de Belo Horizonte apresenta na atualidade 100% da rede hospitalar com contrato assinado, com previsão de reajuste anual, pelo índice definido. Entre maio e junho, são renovados a maioria dos contratos da cooperativa. Houve também uma simplificação do modelo adotado para a tabela de diárias e taxas. A tabela de diárias, taxas e serviços extremamente segmentada foi unificada e então adotou-se o conceito de diária global para cada tipo de acomodação e também uma taxa de sala cirúrgica global por porte. No princípio da implantação deste modelo de remuneração houve a adesão de apenas dois hospitais da rede, a maioria dos hospitais não aderiu. Mas, com o tempo, a clara demonstração de respeito das normas pela cooperativa, a adesão foi crescendo até atingir a totalidade dos prestadores.

Juntamente com as diárias e taxas globais foi implantada a política de medicamentos genéricos e a utilização gabaritos para procedimentos cirúrgicos. Por que gabarito? Porque nos gabaritos os itens são descritos, e as quantidades são negociadas com base em critérios de análise de prontuários. As complicações foram individualizadas em gabaritos próprios o que facilitou o trabalho da auditoria médica. A negociação é leal envolvendo as equipes dos hospitais e da Unimed-BH. Também temos que dizer que os gabaritos são descritos nos contratos e são reajustados na mesma data base dos contratos. Alguns itens ficaram de fora dos gabaritos, como os antimicrobianos e a maioria das Órteses e Próteses.

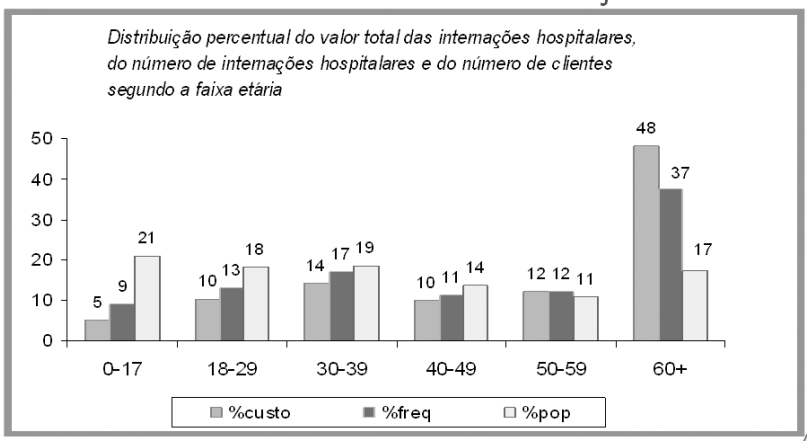
Os serviços próprios tiveram sua implantação iniciada pelo atendimento móvel de urgência e emergência. Na Unimed de Belo Horizonte este serviço se chama APH – atenção pré-hospitalar. A APH tornou-se um instrumento de regulação da porta de entrada e também um observatório privilegiado da urgência e emergência na rede prestadora. Complementarmente foi elaborada uma proposta de Qualificação e Classificação das Urgências e Emergências. Assim todos os Pronto atendimentos contratados foram vistoriados e classificados em Nível I, II, II e IV. Inicialmente apenas doze serviços alcançaram a classificação. A Cooperativa também iniciou cursos de ACLS e ATLS para todos os plantonistas dos PAs.

Já o hospital próprio, teve sua criação aprovada, em Assembléia da Cooperativa. Esse hospital tem sido um importante instrumento de regulação. Ele funciona como uma maternidade e um hospital-dia possui uma Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos e uma UTI adulto. O hospital também serve como referência de qualidade para a rede. Em dois anos ele já está acreditado no nível III da ONA além da certificação ISO.

Em julho de 2005 a cooperativa passou a incentivar a acreditação da rede hospitalar contratada. Foi dado um adicional de 7% em todas as diárias hospitalares para o prestador que aderisse ao programa. Este programa tem um cronograma a ser cumprido. Assim que o hospital é acreditado no nível III ele tem direito a um adicional de 15 % em todas as diárias. Alguns hospitais estão bem avançados neste processo, dois já acreditaram Nível III da ONA e outros ainda não conse-guiram avançar. Dos quarenta convidados inicialmente, houve adesão de 35 hospitais. Já na primeira auditoria foram excluídos seis. A cada três meses é realizada uma nova auditoria, momento em que a Unimed de Belo Horizonte acompanha as ações desenvolvidas.

Os consultórios também estão sendo vistoriados para verificarmos as adequações aos padrões de vigilância e

Ponto de vista do Sistema de Atenção



conformidades técnicas. Iniciou-se este processo por dez especialidades médicas selecionadas e até o presente momento já foram vistoriados 1719 consultórios.

Quanto aos modelos de remuneração temos: a remuneração pelo cuidado implantada nas UTI Pediátricas e Neonatais e nas Unidades de Cuidados Clínicos e a remuneração pelo resultado que está implantada para as Equipes de UTI adulto e de CCIH.

As unidades de cuidados clínicos foram criadas para atendimento dos pacientes portadores de doenças crônicas, que são identificados pela freqüência de internações e pelos custos. Estes clientes necessitam de atenção referenciada para a sua doença, adesão ao processo terapêutico baseado em uma relação de confiança entre o médico assistente e o paciente, com participação dos familiares no cuidado. A Unimed de Belo Horizonte buscou parcerias na rede hospitalar para implantar o modelo. As regras incluem o cuidado diferenciado por níveis e a remuneração global da diária, exclui o sistema de cobrança item a item. Os pacientes são classificados pelo nível de dependência, se total, se parcial, se têm internações prolongadas ou muito freqüentes e se eles necessitam de cuidados paliativos. O cliente é convidado para participar do programa, pois a adesão é voluntária. Ele passa a ter um médico durante a internação. Os critérios que influenciaram a criação dos módulos foram a utilização de dieta por via oral, enteral ou parenteral presença de traqueostomia e/ou colonostomia e necesidade de cuidados e prevenção de escaras.

Na UTI Neonatal/Pediátrica foi feito um estudo avaliando a freqüência por tipo de evento relacionando ao nível de agregação tecnológica, de pessoal, e consumo de materiais e de medicamentos. Foram então agrupados em três níveis de cuidado. Assim a auditoria médica da Unimed de Belo Horizonte passou a classificar por nível de cuidado cada paciente, diariamente, juntamente com médico assistente. Por exemplo, durante a visita o paciente é classificado em nível III em um determinado dia. Associado ao nível de cuidado a auditoria também verifica a taxa de ocupação da UTI, no mesmo dia. Assim, com base na tabela contratada se paga um valor total pelo dia. Para determinarmos os valores, foram avaliados os custos do prestador e comparados com a planilha de custo da UTI do hospital próprio da Unimed de Belo Horizonte. A taxa de ocupação foi incluída no modelo como reguladora da oferta.

Finalmente, temos os modelos de remuneração por resultado. Escolhemos duas especialidades que classicamente têm trabalho com indicadores que possam citados na literatura médica. A UTI e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Para as UTI nós desenvolvemos um projeto de remuneração com base em indicadores. A proposta foi desenvolvida juntamente com o Comitê da Especialidade e propõe avaliar o tipo de cliente, se cirúrgico ou clínico, o motivo da internação e seu APACHE II. Foi proposta uma tabela de indicadores cujos resultados serão medidos em cada prestador durante um período a partir daí será negociada uma meta. O acompanhamento será conjunto.

Para as CCIH foi proposto, juntamente com o Comitê de Infectologia, um conjunto de indicadores para avaliar a execução pela CCIH das ações de rotina de vigilância. A equipe de auditoria da Unimed de Belo Horizonte vai identificar se os protocolos estabelecidos pelas CCIH são seguidos pelo corpo clínico. Também ficou estabelecida a meta de realização de um seminário semestral de capacitação para todo o corpo clínico, envio mensal dos indicadores apurados.

Outros programas da Cooperativa são os PPP – Procedimentos Padronizados de Pediatria; e os PPCM – Procedimentos Padronizados de Clínica Médica. O profissional clínico ou pediátrico quando do atendimento de pneumonia, por exemplo, em seu consultório poderá cobrar o acompanhamento ambulatorial do tratamento conforme padrão previamente estabelecido.

Outros mecanismos da cooperativa para remuneração do médico são as consultas bonificadas e a distribuição de sobras. Também cabe ressaltar a implantação da banda mínima para a CBHPM, limitado a 34% dos reajustes praticados anteriormente pela cooperativa, foi encerrada em janeiro de 2005.

Na incorporação tecnológica existe um grupo que avalia todas as demandas. São 43 Comitês de Especialidades em funcionamento na Cooperativa. Cada comitê funciona com cinco membros de cada especialidade, sendo um especialista da Sociedade. Assim os Comitês recebem uma demanda de incorporação tecnológica e o grupo de auditoria avalia através de revisão bibliográfica, preparando um relatório com estudo de impacto. O relatório é então apresentado ao Comitê para aprovação. No final do ano de 2005 o impacto da não incorporação tecnológica avaliada e referendada pelos comitês de especialidade foi de dez milhões de reais.

Tendências para a atenção à Saúde

José Henrique Germann Ferreira

Médico; Mestre em Administração de Empresas e especialista em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela FGV-EAESP; Superintendente do Hospital Israelita Albert Einstein.

Este texto tem por finalidade abordar um tema discutido com uma freqüência menor do que deveria ser: o que podemos fazer, na atualidade, para que tenhamos, no futuro, uma assistência à Saúde de maior qualidade e o que fazer para melhorar o desempenho dos hospitais.

Estamos envolvidos, de modo geral, com uma discussão relacionada mais diretamente aos aspectos com os quais temos trabalhado cotidianamente e vinculados a um viés de hospital especializado, de grande porte, que presta serviços no âmbito da Saúde Suplementar.

Nas décadas de 1980 e 1990, contávamos com hospitais gerais, que objetivavam erigir grandes estruturas, para, com isso, apresentar uma alta capacidade de internação. Dizia-se que era necessário chegar a mil, ou mil e duzentos leitos. Isso foi mudando gradativamente nesses vinte anos, até 1999. De 1980 até 1999, esses mil e duzentos leitos preconizados foram reduzidos à metade. Nesse momento, já se falava em hospitais de tamanho menor, pensando no melhor aproveitamento da estrutura hospitalar. A filosofia era a de um hospital voltado para o paciente internado. O tempo médio de permanência para este tipo de hospital, em 1980, era de aproximadamente oito dias e observava-se uma predominância de internações cirúrgicas, principalmente em Gastroenterologia, menor proporção de Cirurgia Geral e um certo grau de especialização, em Cirurgia Cardíaca e Neurocirurgia, para pacientes mais graves e casos de maior complexidade. Nesses vinte anos, surgiram as UTIs, as unidades de pacientes graves com confinamento, a centralização de recursos para pacientes em pós-operatório e com afecções clínicas de maior gravidade. Os hospitais foram se desenvolvendo e melhorando seus processos assistenciais, levando à redução gradativa do tempo médio de permanência. Em 1999, o tempo médio de permanência era, provavelmente, de algo em torno de seis dias.

Do ponto de vista de tecnologia, o que se viu de mais avançado nesses vinte anos foram a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética, que permitiram um outro movimento, de abertura das portas do hospital para o paciente externo. Além do pronto-atendimento, os exames passaram a ser, não só uma fonte de receita para o hospital, mas também um reposicionamento dessa organização como responsável pelo atendimento de pacientes externos, dos clientes das fontes pagadoras, ou da comunidade para a qual ele estava mais voltado. Naquele momento, isto ocorreu, provavelmente, em função do melhor aproveitamento de uma certa capacidade ociosa de equipamentos de grande porte, de alto custo e que requeriam maior investimento, até então voltados ao atendimento exclusivo de pacientes internados. Em função disso, pensando na otimização do investimento, os hospitais passaram a atender também os pacientes externos.

Após 1999, o predomínio passou, nos serviços de diagnósticos de hospitais de maior porte, para os pacientes externos, em detrimento dos internados, caracterizando uma inversão do modelo anterior, sem que a base recaísse especificamente sobre o pronto-atendimento. A racionalidade, no caso, foi a de uma atividade empresarial, voltada para o negócio, que os hospitais passaram a apresentar, no seu papel de provedores de serviços diagnósticos, ao lado de outras organizações que faziam exclusivamente esse tipo de trabalho.

Os processos de controle de qualidade e de sua melhoria contínua se desenvolveram nesses vinte anos de forma expressiva, passando a apresentar importância fundamental para o hospital, que deixou de trabalhar apenas com tecnologias muito avançadas e foi obrigado a olhar cada vez mais para o seu paciente, considerando-o como um cliente. Este foi o momento em que se verificou o início dos processos de *certificação* e de *acreditação*.

No final da década de 1990, o Brasil assistiu ao surgimento dos processos de acreditação e uma intensificação dos processos de certificação. Estas atividades representam o atendimento a um paciente que se entende como cliente, que recebe não só a aplicação de procedimentos e de tecnologias, como também de serviços hospitalares, para o atendimento das suas necessidades. No papel de cliente, ele tem suas perspectivas peculiares, que diferem dos pontos de vista médico, técnico e outros.

Os programas de qualidade desse período voltavam-se fortemente para a segurança do paciente, enfatizando a capacitação de recursos humanos e a incorporação de outros profissionais na estrutura hospitalar, para a prestação de assistência direta ao doente, além de um aumento significativo da diversificação de materiais, principalmente na área de descartáveis e dos equipamentos.

Entre 1980 e 2000, a evolução do conhecimento relativo aos custos hospitalares foi imensa. Estes também cresceram de modo acentuado, principalmente em função da diversificação de serviços, do aumento da expectativa de vida dos pacientes atendidos, da diminuição do tempo médio de permanência que, para ser obtido, requer procedimentos, materiais e procedimentos de maior resolutividade. Tudo isso, associado à questão da tecnologia aditiva, apresenta um grande aumento nos custos.

Nesse período, teve início também a segmentação das fontes pagadoras. No começo de 1980, havia praticamente um único tipo de plano de Saúde. Vinte anos depois, observa-se uma segmentação bastante abrangente, com o crescimento da área de seguros, das cooperativas e das autogestões, formando um rol de financiadores bastante diferenciado em relação ao início dos anos 1980.

Na década de 1990 teve início a intervenção dos farmacêuticos na prescrição médica. Este profissional passou a ter um papel fundamental, principalmente no que diz respeito à

questão do erro de medicação. O farmacêutico faz uma espécie de apoio à decisão do médico, o que implica numa intervenção, sob o ponto de vista da ação do farmacêutico dentro do hospital. Além disso, passou a ocorrer uma atividade de avaliação, realizada por uma equipe multidisciplinar, a respeito dos riscos que o paciente corre. Os hospitais passaram a contar também com outros profissionais, como nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, vale dizer, todo um elenco de profissionais que atuam em uma atividade interdisciplinar.

Sob o ponto de vista da qualidade, tudo começa com a avaliação do paciente do ponto de vista multiprofissional. Alguns exemplos: mudanças nos critérios para a administração de sangue, participação do paciente nos consentimentos informados, por meio dos quais ele não apenas fica ciente daquilo que vai acontecer com ele, mas também participa do processo de decisão sobre o que será feito.

Até o final dos anos 1990, não se tem resultados sendo medidos do ponto de vista clínico. Procuram-se mais indicadores sob o ponto de vista de desempenho. Os resultados obtidos e os indicadores monitorados no período visavam principalmente ao desempenho da atividade hospitalar como um todo, mas não orientada para a sua comunidade ou para os pacientes atendidos pelos hospitais.

A gestão das doenças ocorreu principalmente em função da pressão por uma contenção de recursos financeiros, do gasto em Saúde. A necessidade era por custos controlados, para chegar a preços conhecidos. Este movimento ocorreu num crescendo, até que, em 2006, é praticamente impossível trabalhar com uma fonte pagadora que não queira prever quanto custará cada procedimento específico realizado no hospital.

A gestão da doença também interessa no tocante ao controle dos custos e da sinistralidade ou risco dos pacientes de determinada carteira. Por exemplo, carteiras de pacientes mais idosos obviamente têm custos maiores que de pacientes mais jovens. Determinadas fontes pagadoras trabalham com pacientes mais idosos e outras com pacientes mais jovens. Isto determina custos diferentes da assistência, em função da sinistralidade e do risco que esta carteira apresenta pelo perfil de morbidade e perfil epidemiológico dos pacientes internados no hospital. Com isso, apareceram os protocolos e as guias de tratamento. Os protocolos, evidentemente, depois de gerenciados e *precificados* acabaram se tornando os pacotes de interesse dos financiadores. Uma série de hospitais trabalha, hoje, quase que exclusivamente com protocolos gerenciados, vale dizer *pacotes*, e fica a questão se isto influí nos resultados clínicos obtidos.

A partir do começo dos anos 2000 passam a ser adotados também os princípios da assistência à Saúde do *Institute of Medicine:* segurança do paciente; eficácia; foco no paciente; observância do prazo estabelecido; utilização eficiente de recursos do ponto de vista de custos; e prestação do serviço de forma eqüitativa, no qual todos os pacientes internados recebam o mesmo tipo de atenção.

Entre 2000 e 2009 surge um cenário um pouco diferente do anterior: ainda há hospitais gerais, diversificados em estruturas específicas, ou seja, há uma série de hospitais dentro de um único hospital. Por exemplo, se tomarmos como foco a Unidade de Terapia Intensiva, encontraremos UTI em Cardiologia, UTI em Neurologia e assim sucessivamente. Os serviços já especializados da década passada passaram a ser considerados "gerais". No começo das Unidades de Terapia Intensiva elas eram chamadas de Unidades de Choque. Em 2006, não existe mais as Unidades de Choque, há estruturas dentro da UTI que se especializam do ponto de vista de atendimento.

O tempo médio de permanência dos hospitais diminuiu um pouco mais, para cinco dias, nesta última década. As especialidades prevalentes ainda são cirúrgicas, porém mais voltadas para a Ortopedia, Urologia e Cirurgia Vascular. A Cardiologia mudou totalmente seu perfil. A Cirurgia Cardíaca, hegemônica nos vinte anos anteriores, hoje faz parte deste fenômeno de difícil definição, a *desospitalização*. Vale dizer, tornou-se uma atividade praticamente ambulatorial, que envolve a colocação de um *stent*. Ainda ocorre a internação de um dia ou dois, no máximo, para o paciente que coloca um *stent* na coronária, mas isto, num futuro próximo, deixará de acontecer, permitindo o retorno do paciente a sua residência no dia do procedimento. A Neurologia, com as cirurgias feitas por radioterapia ou radiocirurgia, também se tornou praticamente uma atividade ambulatorial para os pacientes, por exemplo, para o tratamento de um aneurisma intracerebral.

Cada vez mais se utiliza procedimentos que buscam um tratamento ambulatorial e a *desospitalização*. Este conceito deve ser entendido como uma maior quantidade de procedimentos realizados em ambulatório, associados à tentativa de reduzir ainda mais o tempo médio de permanência.

No que concerne à tecnologia, em termos de equipamentos, a digitalização das imagens e o aparecimento do *pet-scan* representaram pelo menos duas grandes inovações na década atual. A inclusão da digitalização das imagens possibilitou um grande avanço no atendimento aos pacientes externos, permitindo que o exame seja feito numa unidade e receba o laudo em outra, reduzindo custos e racionalizando os processos. A digitalização das imagens também trouxe alguns problemas: se o número de imagens por exame é muito grande, tem-se um aumento na quantidade de radiação que o paciente recebe, o que é um problema a ser solucionado. O aumento no número de imagens também supera a capacidade do médico avaliar e analisar todas elas de maneira a ter o laudo pronto no prazo desejado. Com isto, se faz necessário aumentar o número de pessoal especializado, principalmente os médicos?

Já se começa a considerar a prevenção e a detecção precoce de doenças como atividades que passam a ser da alçada do hospital, parte de sua atuação ambulatorial. Quando aparece na grande imprensa uma matéria afirmando que, dependendo do tipo de gene, tomar café pode ser benéfico ou pode aumentar o risco de doença cardíaca, o hospital pode assumir que esta é uma nova tarefa a ser executada, no âmbito da prevenção ou detecção precoce de algumas doenças. A chamada Biomedicina passa então a ter um papel preponderante levando à Medicina integral, ou seja, além da prevenção e da detecção precoces, considerando também o diagnóstico e tratamento dessas doenças.

A qualidade dos serviços oferecidos pelo hospital aos seus clientes passou a ser cada vez mais valorizada. Assumindo que as fontes pagadoras estão entre os clientes do hospital, também foram feitos esforços para o aprimoramento dos produtos a elas oferecidos, além dos cuidados aos pacientes. Cada vez mais os serviços serão

orientados de fato para o paciente, não para as fontes pagadoras nem para os médicos.

Em resumo, devem ser mencionadas como especificidades para este período a prevenção, a detecção precoce, a externalização da atividade do hospital e a valorização de novos produtos. Provavelmente até o final de 2010 será gradativamente aprimorada a Gestão de Saúde, não apenas a gestão de doenças, voltada à contenção da utilização de recursos e de custos na atenção à Saúde. A Gestão da Saúde abrange desde a detecção e a prevenção até a reabilitação, como uma atividade que o hospital começa a absorver.

Consideramos um período de 30 anos de duração. Foi possível observar uma reversão ou modificação do modelo hospitalocêntrico, que obriga a rediscutir o papel do hospital, como participante efetivo, da atenção à comunidade como um todo, talvez até responsabilizar-se por ela.

Nessa questão da regulação dos preços por parte do governo, da ANS, com relação às fontes pagadoras, houve uma certa deterioração das formas de pagamento das fontes pagadoras para os hospitais. Aqueles planos de Saúde que existiam para as pessoas físicas já não existem mais. As fontes pagadoras recuaram, não vendem mais planos individuais e trabalham somente com os planos empresa, porque nestes há um contrato a cumprir, onde a valorização e o aumento do prêmio se dão em função da sinistralidade que a carteira apresenta. Se a sinistralidade aumenta, o custo da assistência cresce, levando o prêmio a aumentar também. É óbvio que a regulação do preço do plano individual serve de balizamento para este mercado, para o valor a ser negociado para pessoa jurídica. Desse modo, mesmo existindo um contrato que estabelece uma elevação em função da sinistralidade, sempre são possíveis uma negociação e uma alternância, já que existe uma segmentação muito grande de fontes pagadoras, tornando muito fácil mudar de uma para outra. Os departamentos de RH das empresas têm isso hoje como uma certa massa de manobra para poder estabelecer uma negociação com as fontes pagadoras.

A cadeia de valor para os clientes, nossos consumidores, muda em função do seu ponto de vista, nessa década. Isto é fruto de uma pesquisa com 6000 pacientes. O que eles apresentam como mais importante, em termos da atividade do hospital, é a informação-interação; o segundo é o acesso. Depois vem o compromisso, a seguir a segurança nos processos e finalmente a confiança técnica nos resultados apresentados por esse hospital. É como se o aspecto técnico fosse uma obrigação. O restante é aquilo que se tem pela percepção e pelas expectativas que o paciente relata. Em primeiro lugar para eles está a informação.

Registram-se – relacionadas à desospitalização e à ambulatorização – mudanças nos processos em Cirurgia, novas técnicas e novos equipamentos que as auxiliam e a introdução de novos medicamentos, levando – idealmente – à diminuição do tempo médio de permanência. Há inovações no diagnóstico remoto e na Telemedicina, que permitem otimizar o processo da segunda opinião. Na atualidade, é possível ter duas equipes passando visita, uma à distância e outra localmente, num paciente de Terapia Intensiva. Outras inovações são o c*hip* com armazenamento de informações, a tecnologia genética, inovações em biologia, influenciando transplantes e a Biomedicina. Já dispomos, também, de *softwares* de acesso rápido à informação e segurança da própria assistência. Ainda há falta de um sistema hospitalar de maior confiabilidade, rapidez e eficiência. O mercado está agindo, buscando responder a essa demanda, com o aparecimento de novos sistemas.

Por fim, a Robótica, associada aos procedimentos menos invasivos, nos quais *invasividade* não mede a complexidade do procedimento, nem a gravidade da afecção. Com menor invasividade, o paciente se recupera mais rápido. O *stent* cardíaco é um exemplo disso, bem como o de substituição de aneurisma de aorta abdominal. A cirurgia de aorta abdominal clássica, feita por laparotomia, exigia entre dez e quinze dias de tempo de permanência hospitalar, com alta morbidade, infecção, sonda gástrica, enfim, um pós-operatório bastante conturbado. Hoje, pela inclusão endovascular de uma prótese de aorta, consegue-se uma recuperação do paciente em dois ou três dias. Neste caso, a robótica, o teleprocessamento e os teleprocedimentos são bastante evidentes. Maior complexidade de atendimento e menor invasividade.

Hoje há entre o prestador de serviços – os hospitais e os médicos – antes de chegar a sua clientela – a interposição da fonte pagadora. Desse modo, o agrupamento médico-hospital, para atender um determinado cliente, depende, para prestar serviços e ser remunerado, da interposição de uma fonte pagadora e, às vezes, de uma corretora, principalmente quando se trata de planos para as pessoas jurídicas. Este modelo deve evoluir para um sistema onde o prestador, no caso o hospital, juntamente com o médico, deve atuar mais diretamente para o seu paciente, mantendo a fonte pagadora no papel de financiamento desse sistema. Isso deve passar ainda por uma outra situação intermediária, onde se observa uma verticalização das fontes pagadoras, com seus próprios serviços hospitalares, clínicos e ambulatoriais. O que provoca isso é a busca pela diminuição de custos da atenção, mas provavelmente prevalecerá uma realidade em que a exigência do cliente e das empresas – das que cada vez mais oferecem serviços de Saúde para os seus empregados – passam a ter uma relação direta com o prestador.

No relacionamento entre operadoras e hospitais percebe-se nas contas que o que é custo para um é receita para o outro. De fato, os hospitais vivem como uma casa comercial, de vender material e medicamento. Já faz um certo tempo que se vem trabalhando dessa maneira, mas isto tende a mudar. Nos planos individuais o preço do prêmio estava estabelecido, tabelado. A partir disso, na seqüência da cascata, o processo acabava na diária hospitalar. De certa forma, a evolução do custo dos procedimentos, de diárias e taxas ficou na dependência dessa mesma tabela, que teve, no decorrer do tempo, uma evolução diferente da verificada no mercado de material e medicamentos. Uma vez que existem negociação e reajuste de preços uma vez ao ano e para material e medicamentos o reajuste é todo o mês, de acordo com a opção de mercado. É óbvio que aquela negociação não reflete um reajuste anual, mas sim contínuo.

A estratégia de central de compras, oferece ganhos tanto no caso de ser pertencente às fontes pagadoras, quanto no de fazer parte de um grupo de hospitais. Hoje, em uma das associações de hospitais que representa serviços privados, a ANAHP, há um grupo grande de hospitais fazendo compras em conjunto, não para todos os itens, mas para alguns mais interessantes de serem comprados dessa maneira.

Segundo o vice-presidente encarregado desta área na

associação, todos os hospitais que se associaram já tiveram o custo da associação compensado pelos ganhos em termos de compra de material e medicamentos numa central da própria associação. Isso deve mudar para uma negociação onde as fontes pagadoras têm que promover o pagamento do serviço prestado e não exclusivamente da questão de uma casa de comércio que está sendo remunerada.

A dificuldade para esta mudança está na forma de transposição dos ganhos em material e medicamentos, para diárias e taxas. Esta margem é de difícil definição e, provavelmente, a remuneração deverá passar a ser por procedimento ou por diagnóstico. Desse modo, isso se trabalha numa diversificação muito grande, de acordo com a gama de hospitais. A remuneração não será a mesma para todos os tipos de hospitais. Já existem várias iniciativas neste sentido, tanto estimuladas pelas fontes pagadoras para tentar ver qual deve ser o índice, que deve ser de remuneração das taxas, para em outra ponta remunerar o lucro obtido atualmente com materiais e medicamentos, dentro de um índice estabelecido para o mercado, também chamado de *pay for performance*.

Por outro lado, ainda teremos hospitais mais voltados à especialização do que hospitais gerais. Seriam hospitais principalmente para pacientes agudos e graves, com estruturas extremamente complexas, com tempo médio de permanência elevado, em torno de oito dias. Como nos casos para pacientes com afecções muito graves, moléstias infecciosas, crônico-degenerativas, oncológicas e com os problemas previstos no *bioterrorismo*.

As salas de operação vão ser enormes, para oferecer acesso a todas as tecnologias envolvidas nos procedimentos cirúrgicos e de Terapia Intensiva. Antigamente havia um *box* de Terapia Intensiva de dez metros quadrados. Na atualidade isto não é mais suficiente, em função da quantidade de equipamentos existentes em volta do paciente. O leito que ficava na cabeceira desse *box* precisará estar centralizado. Será necessário um trânsito de profissionais, de equipamento e de materiais diversos em torno desse paciente. Isso traz para os hospitais um aumento específico da necessidade hospitalar na questão da área física.

A Engenharia Clínica será cada vez mais atuante, do ponto de vista do aproveitamento dos equipamentos e dos materiais. Em poucos anos haverá, dentre as atividades interdisciplinares, maior participação do Engenheiro Clínico, que ainda está restrito a uma atividade de apoio. Em pouco tempo ele vai atuar junto ao paciente para entender melhor o que está acontecendo no processo assistencial.

A questão do corpo clínico é fundamental, pois o papel do médico é importante quer se trate de corpo clínico aberto, quer fechado. Pode-se pensar que não só os hospitais venham a ter seu corpo clínico, mas as fontes pagadoras também. Isto não será resolvido até 2015. Ainda existe a chamada remuneração do médico, quando se trata de material de alto custo, baseada no incentivo para a utilização do material. Assim, enquanto não existir um controle sobre a atividade assistencial como um todo, seja do médico, seja do enfermeiro e de toda a equipe interdisciplinar envolvida nisso, as instituições que têm o papel da gestão estão de mãos atadas até certo ponto.

Os hospitais gerais terão maior rotatividade: o paciente será internado para fazer um procedimento de um, dois dias e irá para casa. Haverá também hospitais especializados para pacientes crônicos, pacientes terminais e assim por diante. Essa diversificação da atividade hospitalar deve acontecer com grande intensidade. Os serviços ambulatoriais serão, para os hospitais, quase que a sua atividade principal. De 2010 a 2015 será pouco adequado falar em atividade "hospitalar", de internação, num hospital. Eles se tornarão um sistema de atendimento hospitalar que envolverá tanto a parte ambulatorial quanto a internação, lembrando da questão da exteriorização, ou externalização da atividade do hospital. Uma possibilidade é que ali se localize a gestão nuclear da atenção à Saúde à família e à comunidade.

Em resumo, os hospitais precisarão contar com informações de abrangência internacional para ser eficientes e eficazes na gestão e na prestação da assistência. Hoje já existe significativa facilidade no que diz respeito ao tráfego de informações. As tecnologias mais importantes serão aquelas relativas à própria administração, à Tecnologia da Informação e principalmente o desenvolvimento de novos recursos terapêuticos para o atendimento ao paciente. Um exemplo é o *Proton Beam* – radioterapia por prótons e não mais por raios-X –, que talvez represente a maior inovação. Outro é a Biomedicina, com atuação em diagnósticos e tratamento, possivelmente contando com mecanismos capazes de interferir na cadeia de DNA. Devem surgir novos métodos de pagamento dos serviços, baseados principalmente no desempenho, dando relevância à questão dos resultados clínicos. Serão monitorados não só indicadores de desempenho e *performance*, mas principalmente os de resultados clínicos. Desse modo, deve prevalecer a tentativa de responder à pergunta "Qual é o hospital que oferece para a sua clientela, para a empresa financiadora, para o paciente e até para a fonte pagadora, os melhores resultados do ponto de vista clínico?".

Quanto à Gestão da Saúde, já se fala da *prevenção, terapêutica*, mas o que interessa é viver por um período maior, com uma ênfase na qualidade de vida. Provavelmente, em 2010, estaremos próximos da expectativa de vida de noventa e poucos anos, sendo que o objetivo obviamente é cem anos. Algumas definições a respeito de Gestão da Saúde: ela é integrada e completa os cuidados de financiamento da atenção, com base no curso natural da doença. Trata-se de um sistema coordenado de intervenções em Saúde e de comunicação para grupos populacionais em que os esforços para prevenção e auto-cuidado são significativos. Isso é uma passagem de gestão da doença para Gestão da Saúde, como um momento de custos e gastos.

Existe um *Institute of Future*, que tem expectativas em relação a atividades tecnológicas ou aplicações de tecnologia para a próxima década. Existe uma diversificação extremamente grande, que parte principalmente da questão da informação, energia, Biologia e materiais. Desse modo, deve ocorrer a aplicação conjunta disso como novos produtos ou novas tecnologias para o homem, dessa gama extremamente diversificada dentro de um mercado muito mais competitivo do que é hoje. Dessa forma, ele deixará de ser cliente, ele passa a ser consumidor de Saúde que trafega pela Internet e os prontuários do paciente já estarão com eles. Também deve ocorrer uma monitorização remota do paciente em casa. Os médicos interagirão com os pacientes pela Internet e haverá cada vez mais controle de Saúde na casa do paciente. Tudo isso ainda se refere ao aumento da ambulatorização da atividade do hospital.

No que diz respeito à sua velocidade, primeiro as mudanças relevantes apareciam a cada vinte anos; depois a cada dez e, por último, cinco anos. As três ou quatro coisas mais importantes para

esta aceleração foram: a Internet, que acabou com as dificuldades relacionadas a tempo e espaço; a telefonia celular, que trouxe a comunicação e a informação junto com a Internet; o processamento de informações digitalizadas e rápidas; e os *"Viagras"*, que trouxeram mudança de hábitos e costumes e que, de certa forma, agilizaram todo este processo. As estruturas passaram de herméticas para mais modulares e flexíveis e devem continuar assim. Os processos de utilização da tecnologia para a produção de serviços – e não só de procedimentos ou de aplicação de materiais – tenderão a serem medidos e os indicadores serão cada vez mais estão voltados para os resultados. E vão influenciar tanto no pagamento quanto no financiamento da assistência médica como um todo.

Para encerrar, gostaria de lembrar que o nosso papel não é imaginar o que vai acontecer no futuro, mas o de definir o que faremos hoje para construir o futuro que estamos buscando.

Tendências do financiamento da Saúde

Sérgio Francisco Piola

Médico, com especialização em Saúde Pública e em Análise e em Elaboração de Projetos; Diretor Adjunto da Diretoria de Estudos Sociais do Ipea; e sócio fundador da Associação Brasileira de Economia da Saúde - Abres.

Este trabalho tem por objetivo abordar a evolução recente do financiamento da Saúde no Brasil. Inicialmente, será apresentada uma retrospectiva da evolução do financiamento público da Saúde. Na seqüência, o enfoque repousará sobre a evolução do financiamento privado nos últimos anos e dos atuais problemas do setor. E, em uma terceira e última parte, serão apresentadas as tendências do financiamento da Saúde em nosso País. Esta parte levará em conta o sentimento de quem há bastante tempo atua nessa área, tomando por base um estudo por mim coordenado, há alguns anos, sobre as tendências do sistema de Saúde brasileiro. Nesse estudo trabalhei com um amplo painel com representantes de diversos segmentos. Na revisão desse trabalho foi possível relembrar algumas questões que foram postas a respeito do financiamento e é interessante ver até que ponto essas tendências, colocadas no ano 2001 por esse painel de especialistas e formadores de opinião, estão se confirmando ou não.

Para começar, vou tentar responder a algumas questões: Quanto nós gastamos com Saúde? O que nos distingue de outros países? Depois, abordarei a evolução do financiamento público e as tendências do financiamento no setor.

Vamos à primeira questão: quanto gastamos com serviços de Saúde? Na verdade não temos, até hoje, um sistema de contas nacionais de Saúde. Desse modo, ao tentarmos atribuir um número, dizer qual é o gasto total do sistema de Saúde brasileiro, temos que nos valer de estimativas que são feitas por organismos internacionais. A Organização Mundial de Saúde tem feito estimativas para diversos países. Naturalmente, esses levantamentos não são feitos de modo aleatório; a organização consulta pessoas no Brasil, mas é uma estimativa que apresenta este tipo de fragilidade, de não ser oriunda de um sistema de contas nacionais de Saúde.

Para que se tenha uma idéia dessas estimativas, o financiamento privado é maior do que o público. Para um gasto total, público e privado, estimado em 7,6% do PIB, em 2001, o dispêndio público representava 3,16% do PIB e o gasto privado 4,44% (WHO, *World Health Report,* 2003). Merece destaque, também, o gasto direto das famílias, conhecido como *out of pocket,* que é bastante elevado, apresentando uma participação significativa no financiamento do Sistema Nacional de Saúde. Mas o que nos distingue dos outros países? Quando analisamos os dados do *World Health Report*, de 2005 e quando se considera o gasto total em Saúde como percentual do PIB, a posição do Brasil não é das piores. Com um gasto estimado em 7,9% do PIB nós estamos acima da Espanha (7,6%), do Reino Unido (7,7%), mas muito abaixo, ainda, de Estados Unidos (14,6%) e Alemanha (10,9%), por exemplo. Mas, uma coisa é considerar a participação no PIB, outra é comparar o gasto *per capita* com Saúde.

É importante verificar que, mesmo com o dispêndio de proporção parecida do PIB, o gasto *per capita* da Espanha (US$ 1.640) é 2,68 vezes maior do que o brasileiro. A questão aí é de volume, de tamanho do PIB dividido pela população. Nós temos um PIB que não é tão volumoso e temos uma população de grandes proporções. Por essa razão, temos que olhar para mais de um indicador para uma avaliação do gasto de um país.

Outra coisa que nos distingue de outros países é a proporção público/privado no gasto total com Saúde. A partir do mesmo relatório, considerados alguns países da OCDE, como Alemanha, França, Reino Unido, Canadá, Espanha e Estados Unidos, é possível notar que, em todos eles, a participação pública é superior a 70% do gasto total, com exceção dos Estados Unidos, que é um sistema bastante atípico. Isto, no sentido de que é um país que não possui um sistema nacional de Saúde. Todos os outros países mencionados têm sistemas nacionais que se propõem a dar cobertura universal. Desse modo, a baixa participação do gasto público no volume total é uma característica que nos diferencia de outros países da OCDE, que são considerados desenvolvidos.

Se analisarmos o caso do Brasil, relativamente a outros países da América Latina, é possível perceber que temos mais afinidades com esses países do que com os outros. Exceção feita à Argentina e Colômbia, que têm uma participação pública maior, nos outros países, como Chile, México e Uruguai, a participação do gasto público apresenta um percentual muito abaixo daquela média registrada nos países da OCDE, que é de mais de 70% dos gastos ligados ao setor público.

Nos países como o Brasil, que têm um gasto privado elevado, é interessante observar o que predomina nessa parcela: se são os pagamentos de planos privados ou se é o gasto *direto do bolso*, como se diz. Geralmente, considera-se que quanto mais o gasto privado for decorrente de pré-pagamento, ou seja, da compra de planos e seguros de Saúde, *menos ruim* para a população. A pior coisa para a população é o gasto privado direto, porque não se está adquirindo um seguro, não se está dividindo nenhum risco.

Com relação aos gastos públicos, as informações estão bem melhores nos últimos anos, graças ao SIOPS (Sistema de Informação do Orçamento Público da Saúde), que é um sistema que registra o orçamento público da Saúde, das três esferas de Governo, desde 1999. O SIOPS também serve de base para a verificação do cumprimento da Emenda Constitucional 29, que vincula recursos públicos para área de Saúde, tanto no nível federal, estadual, como municipal.

No tocante à sua evolução, nos últimos anos houve um aumento do gasto público. Mas o destaque é para a evolução do gasto público estadual e municipal. Mesmo com a Emenda Constitucional 29, o gasto federal apenas se manteve. E o que houve de aumento, de recurso novo, de aumento de recursos para o SUS, ou para o sistema público universal, foi o que veio da arrecadação própria de estados e municípios.

Hoje, a participação das três esferas de Governo no financiamento SUS, União, com 50% dos recursos, estados e

municípios, com 49,3%, está mais equilibrada. É possível notar que com a Emenda Constitucional houve uma mudança muito grande na participação das três esferas no financiamento do Sistema. Em 1995, os gastos de estados e municípios representavam 36,2% do gasto público total. Em 2003, os gastos destas esferas já correspondiam a quase 50%. O financiamento já estava quase meio a meio.

Olhando a evolução das despesas, corrigidas pelo IPCA médio, é possível notar que, para a União, a variação foi muito pequena. Nesses quatro anos, pelo menos (2000 a 2003), os estados tiveram um aumento maior na despesa do SUS e os municípios também. Esse aumento é melhor verificado com a utilização de números índices. Nesse caso, os recursos oriundos dos estados e dos municípios tiveram um incremento de cerca de 45%, mais ou menos. O *deflacionamento* foi feito com o IPCA médio. Se eu corrigir pelo IGP, esses números serão diferentes, ou seja, o gasto federal diminui corrigido pelo IGP médio e o gasto dos estados e municípios cresce menos, cerca de 25%. Para fugir da disputa pelo índice mais adequado, vamos olhar um terceiro indicador, que é o gasto em Saúde como proporção do PIB. Em 2004, o gasto público total foi equivalente a 3,45% do PIB (União 1,75%, estados, 0,79% e municípios, 0,91%). Com essa participação, 3,45% do PIB, pode-se afirmar que o gasto público brasileiro com Saúde ainda é baixo, para um sistema que quer dar atendimento universal e deseja prover atendimento integral. Além disso, é até possível discutir se a utilização é eficiente ou não. Mas quando se considera esse percentual de participação, comparado a outros países, uma coisa inegável é que o gasto público é baixo e que o gasto privado é alto, comparativamente a outros países, conforme vimos anteriormente.

Essa evolução, até certo ponto favorável, dos gastos públicos é decorrente da aprovação da Emenda Constitucional 29, que vinculou recursos, nas três esferas de Governo para a Saúde. Os resultados da Emenda 29 poderiam ter sido melhores se, por falta de uma regulamentação adequada, seguidamente não surgissem controvérsias sobre os critérios de cumprimento da Emenda. Discute-se se a aplicação da variação do PIB deve ser feita sobre uma base fixa ou sobre uma base móvel. Discute-se o que deve ser considerado como gasto em ações e serviços públicos de Saúde.

Mas o que é a base móvel? O que se entende como gasto com ações e serviços públicos de Saúde para efeito de cumprimento da Emenda Constitucional 29? No âmbito federal, a definição mais aceita é a que considera como sendo o gasto total do Ministério da Saúde menos os gastos com inativos e pensionistas e com juros e amortização da dívida. Esse é o conceito que a LDO, Lei de Diretrizes Orçamentárias, aprovou em determinado ano.

A partir de 2003, além da discussão da base fixa *versus* base móvel, começou a ser debatida a questão: "Ah, isso fica ou não fica dentro do orçamento da Saúde para que tenha o cumprimento da emenda?". Aqueles que defendem a base fixa, como a área econômica do Governo, têm a interpretação de que a correção do recurso federal, que é feita segundo a variação nominal do PIB dos dois anos anteriores, seria aplicada sempre sobre o valor mínimo que deveria ser executado a cada ano. Por isso que a base é chamada fixa, sempre o valor mínimo definido pela Emenda.

Para os que defendem o conceito da base móvel, como o Conselho Nacional, Ministério da Saúde, a variação nominal do PIB se aplicaria sobre o orçamento realizado, executado, em cada ano. Quando afirmo que: "a perda acumulada foi de aproximadamente 5 bilhões", estou comparando, o que deveria ter sido alocado pelo conceito de base móvel, que é um conceito aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, admitido pelo Ministério Público, pelos Tribunais de Conta. e a execução orçamentária de cada ano. Assim, somadas as diferenças, é possível chegar àqueles 5 bilhões de perda. *Perda*, porque é dinheiro que deveria ter ido, mas não foi para o Ministério da Saúde. Note que não está sendo feita a contabilização de outras inadimplências, pois 17 estados não cumprem a Emenda. O número de municípios que não a cumprem, não se sabe. Acatamos os números que os municípios apresentam, mas o Ministério não tem condições de verificar se houve ou não inclusão de despesas não elegíveis para o cumprimento da Emenda.

Para começar a pensar um pouquinho sobre as tendências, vamos ver algumas estimativas do financiamento público da Saúde.

Em 2004, o Ministério da Saúde fez algumas estimativas para os recursos federais e para as três esferas do Governo, utilizando três hipóteses. Num cenário A, foi mantida a variação nominal do PIB, quer dizer um crescimento mais ou menos de 2% ao ano. Num cenário B, estimou-se com base naquele velho sonho da Saúde. Sonho de abocanhar 30% do orçamento da seguridade social, o que daria 72 bilhões. E um cenário C, com base no que consta da proposta da regulamentação da emenda constitucional, 10% das receitas correntes, o que representaria 43,7 bilhões. Quer dizer, se eu tomo a situação atual, a situação vigente como o índice 100, no cenário A, a proposta que está lá no Congresso, se aceita, significaria com esses números, claro, os números de hoje seriam diferentes, mas o percentual se manteria, um aumento de 23% sobre as receitas federais e o gasto público federal passaria a ser equivalente a 2.38% do PIB. Hoje não chega a 2%. É mais ou menos de 1,8%.

Depois nós podemos até discutir se essa proposta tem viabilidade política ou não. Sinceramente, penso que não e aqui já adianto um pouco do que eu vou dizer quando for falar a respeito de tendências. Após participar de algumas discussões com deputados a respeito da proposta, minha opinião pessoal é de que, se fosse feita a regulamentação da Emenda Constitucional 29, do jeito que ela está, mas regulamentando-a melhor para evitar os vazamentos, já estaria ótimo. Seria melhor porque assim talvez não ocorressem essas *perdas* de 5 bilhões no Governo Federal. Talvez também se evitassem os vazamentos que ocorrem no âmbito dos estados e dos municípios. Não estou nem mesmo colocando em discussão todo o movimento que existe na área econômica em prol da desvinculação de receitas. Nessa discussão uma das prioridades é desvincular o que está destinado para Saúde e educação.

Voltemos às estimativas, agora do gasto público total (União, estados e municípios). Em 2007, o gasto público, na hipótese A, seria de 72 bilhões, ou seja, 4% do PIB. Nós vimos que em 2003 estava em 3,45%. Nessa hipótese, os recursos federais têm mantido a sua correção pela variação nominal do PIB e as receitas de estados e municípios crescem, modestamente, de acordo com o PIB. Na hipótese B, aquela dos 30% do orçamento da seguridade social para a Saúde no âmbito federal, que é um sonho que até os mais ardorosos defensores da Saúde acham ser uma coisa impossível, pelo menos na atual conjuntura: sem crescimento, destinando 5% do PIB para reduzir a dívida pública. E na terceira hipótese, que é a de destinar 10% das receitas correntes no Governo federal, teríamos um aumento de 111%, o gasto público das três esferas passaria para 81 bilhões que correspondendo a 4,4% do PIB. Porém, se a

economia não crescer, também não adianta.

Avançamos bastante no conhecimento do gasto público e, nos últimos anos, passamos a conhecer um pouco melhor o gasto privado. Nos gastos das famílias temos como fonte de informação as pesquisas sobre orçamento familiar realizadas pelo IBGE. A questão é o desconhecimento do investimento das empresas com Saúde, principalmente nos planos privados empresariais com Saúde. Nós só vamos conseguir superar esse vazio no conhecimento, no momento que nós tivermos um sistema de contas nacionais de Saúde, porque um sistema de contas nacionais de Saúde não vai só pegar as informações de fluxos financeiros ou de gastos financeiros, mas vai cruzar questões de gastos com a produção e aí nos começaremos a ter dados mais confiáveis.

O Ipea trabalhou no ano passado com o Ministério da Saúde e com o IBGE nessa tentativa de alicerçar um processo para melhorar a qualidade da informação econômica e financeira para a área de Saúde. Para se ter maior confiabilidade temos que buscar as informações em diversos bancos de dados e, olhar não somente os dados financeiros, mas a produção real e conferir os dados encontrados. Só assim nos vamos ter uma informação mais precisa sobre gastos.

O gasto privado é concentrado nos segmentos de renda mais alta. Sobretudo com medicamentos são gastos, em termos proporcionais, grandes quantidades dos recursos. O gasto com medicamentos é o mais elevado. Depois vêm os gastos com os planos e os seguros de Saúde.

Em relação às tendências do financiamento público, a impressão é de que tudo deve ficar como está. Isto porque a situação atual acaba agradando a todos: União, estados e municípios. O que quero dizer é que a regulamentação da Emenda Constitucional 29 não vai sair tão cedo. A não regulamentação permite que as três instâncias de Governo possam continuar a utilizar os subterfúgios que têm utilizado para não cumprir a Emenda Constitucional. Isso em um cenário menos pessimista. Já em um cenário mais pessimista, existe a possibilidade, a partir do novo Governo, seja lá quem for eleito, de voltarem às propostas de eliminação das vinculações. Essas propostas estiveram muito ativas a mais ou menos uns dois anos atrás, com as discussões a respeito do déficit nominal zero. Uma das medidas que faziam parte desse pacote era diminuir, ou até mesmo extinguir, as vinculações para as áreas de Saúde e Educação.

Também não dá para prever grandes mudanças no curto prazo e penso que nem no longo prazo, para acabar com a dupla cobertura. Essa é uma questão que seguidamente é colocada quando se discute o financiamento, sobretudo com os sanitaristas, grupo ao qual eu pertenço com muita honra. Quando se começa a discutir a questão do financiamento surge a colocação de que as pessoas que possuem um plano privado têm subsídio público. Isto porque, quando uma empresa compra um plano para os seus funcionários e dependentes ou quando uma pessoa compra um plano, algum subsídio ela recebe. Tem a possibilidade de deduzir no imposto de renda parte do valor despendido. Podemos discutir se é suficiente ou não. Mas, seguramente, esses subsídios não favorecem a eqüidade no financiamento do sistema.

Mas o argumento é que uma parte da população, com algum subsídio público, tem uma dupla cobertura: do Plano e do SUS. Existem propostas de acabar com essa dupla cobertura. Separar quem fica com o SUS e quem tem condições de ficar exclusivamente no sistema privado. Em minha percepção, essa situação também não vai mudar, ou seja, quem possui plano continuará tendo direito também ao SUS. Acho, entretanto, que vai ser mais bem regulada a convivência entre os diferentes subsistemas.

Hoje existem, no mínimo, quatro segmentos, incluindo o SUS. Há o dos planos privados, o dos chamados *Planos Empresariais Públicos*, para servidores públicos, e existe aquele que as pessoas tem que pagar no ato, o atendimento privado sem convênio. E é um equívoco pensar que são só os mais ricos que pagam a atenção direta. Há proliferação no País de esquemas de pagamento facilitado para as pessoas de menor renda terem acesso ao atendimento privado.

O Banco Inter-Americano de Desenvolvimento vai fazer um estudo sobre essa tendência que tem surgido em diversos países. Em Brasília, na área de Odontologia isso funciona muito bem, no sentido que estão se desenvolvendo clínicas que realizam um atendimento de baixo custo para pessoas de menor renda. Isso é uma tendência que está vindo. É uma tendência que está surgindo em diversos países.

A questão "da cesta" de serviços do SUS. Não vou chamar da cesta básica, nem de cesta mínima. Mas vai chegar um momento em que o SUS vai ter que definir a sua cesta máxima de serviços. Penso que isto significa não somente ter uma listagem de procedimentos que podem ser feitos, mas ter alguns mecanismos de regulação do que deve ser incorporado, de procedimentos que são mais custo-efetivos. Definir bem seus serviços é a tendência de todo o sistema público que dá cobertura universal. Se não fizerem isso, não se sustentam. Isto não significa baixar a qualidade, é simplesmente prestar somente serviços que tenham efetividade comprovada. Ter alguns mecanismos de defesa contra essa invasão de novidades. E me parece que o SUS está começando a ser preocupar um pouco com isso.

Olho para a questão *macro*, mas a questão *micro* também é muito importante. As formas de se fazer os contratos de compra de serviços, coisa que está muito em moda, e sobretudo o papel do médico nessa questão de procurar a melhor alocação dos recursos da Saúde é fundamental. Mas essas são questões que possibilitam o início de toda uma outra discussão. Obrigado.

Para onde vai o financiamento da assistência médico-hospitalar

Antonio Penteado Mendonça

Advogado, com especialização na Alemanha; professor da FIA/FEA-USP e do GVpec da FGV-EAESP; Titular da Cadeira 32 da Academia Paulista de Letras.

Não sei muito bem por que, mas médico adora dizer que Saúde não é negócio. Se não é negócio, não há razão nenhuma para que o médico deseje ganhar mais do que o SUS paga, que são os três reais e pouco por consulta. Se não é negócio, se é sacerdócio, porque desejar ganhar seiscentos reais ou mil reais, como alguns médicos ganham, por consulta? Não há a menor razão para isso, Saúde é um negócio e é assim porque no Mundo Saúde é negócio. Se olharmos para onde existe Saúde à sério no Mundo – e o Brasil, lamentavelmente, não tem Saúde à sério no mundo –, Saúde é negócio em todos os sentidos.

É por essa razão que se diz *mercado de Saúde*. Existe um mercado para o Setor Público, um para o Setor Privado, há um mercado que interage entre o Público e o Privado e todo o mundo está ganhando dinheiro em cima disso, tanto que um dos principais alvos da malha fina do Imposto de Renda, todos os anos, são os médicos. Posto isso, não há razão nenhuma para a gente não falar em Saúde como negócio. A Bayer não investe o que investe por amor à arte, ela faz seus investimentos para ganhar dinheiro, como qualquer *Novartis*, como qualquer outra grande empresa, que é quem gera Saúde de verdade no Mundo.

Quando comecei a trabalhar a gente fazia a *abreugrafia*. Muita gente, hoje em dia, nem sabe o que é isso, porque não tinha nascido na época. Mas a abreugrafia era uma fotografia três por quatro do pulmão e que tínhamos que levar – porque alguém que possuía uma fábrica de abreugrafia era primo de deputado – ao Ministério do Trabalho. Lá aquele negócio, onde você não via absolutamente nada, era lido e, então vinha o diagnóstico: *Ah, ele não tem tuberculose*. Hoje em dia, temos tomografia computadorizada, temos ressonância magnética, temos radiografias de alta resolução e isso custa milhões e milhões de dólares que precisam ser investidos em equipamentos que, lamentavelmente, estarão superados em poucos anos por equipamentos de uma geração mais moderna.

Pertenço à Mesa Administrativa da Santa Casa e posso fornecer um exemplo disso: o Hospital Israelita Albert Einstein doou todo o seu antigo equipamento de Oftalmologia, que tinha cerca de dois anos de idade, para a Santa Casa, porque instalou um muito mais avançado; e o da Santa Casa já estava em patamar muito acima do padrão médio do atendimento oftalmológico no Brasil. Ou seja, Medicina moderna custa caro.

O desespero de qualquer Governo é a longevidade da população; o Governo quer que as pessoas morram e cedo. Por quê? Porque, morrendo cedo, estarão estamos pagando a Previdência, estarão pagando o Estado e ainda não estarão recebendo do Estado. Na ocasião em que a pessoa não morre, como acontece hoje um dia, ela começa a custar muito caro, tanto para a Previdência como aposentadoria, quanto para a Previdência como Saúde. Por quê? Porque o custo da pessoa viva é alto.

Em 1939, no começo da II Guerra Mundial, a expectativa de vida na Europa era de menos de 45 anos de idade. Hoje, esta estimativa já ultrapassou os 80 anos. O Brasil de hoje apresenta uma expectativa de vida acima de 70 anos e, se desconsiderarmos a mortalidade infantil até os dois anos de idade no Nordeste, ela se aproxima dos 80 anos. Contudo, todo o nosso processo de seguridade social está estruturado sobre uma expectativa de vida de 50 anos. Não é sem razão que a aposentadoria brasileira era com 50 anos, a pessoa morria com 46 e não aposentava. Hoje em dia ela se aposenta com 50 e vai morrer com 76. Pessoa absolutamente não patriota, não está preocupada com o futuro da nação, quer dar trabalho, quer custar caro.

Há alguns anos, eu fazia parte do Conselho da Fundação Faculdade de Medicina. Esta é a entidade mantenedora do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Desse Conselho faziam parte, entre outros, o professor Adib Jatene, o Dr. Antônio Ermírio de Moraes e o Deputado Delfim Neto. Em certa ocasião, eu disse brincando para Jatene: *Que belo presente o senhor deu ao país com a CPMF, nada como as boas intenções para custarem caro e depois não ter solução no Brasil*. Ao que ele respondeu: *Você não viu o resto, o problema é muito mais dramático*. A França gasta 100 bilhões de dólares por ano com Saúde. O Brasil, na melhor das hipóteses – naquela época era muito menos – gasta 100 bilhões de reais. Fazendo uma conta elas por elas são 50 bilhões de dólares. Acontece que a população da França é quatro vezes menor do que a população brasileira.

Não podemos nos esquecer que temos 180 milhões de habitantes. Desse modo, dividir o custo de Saúde por esse total, dos qual 50 milhões o próprio governo reconhece que não têm condições de participar da sociedade economicamente ativa, surge um enorme problema para se resolver. O nosso cobertor vai ser sempre menor do que o nosso frio e nós temos que descobrir um jeito – e aí eu faço um imenso elogio ao Brasil. O Brasil, com o cobertor muito menor, de um jeito ou de outro, vai indo.

Não há como se comparar a qualidade da Saúde prestada hoje, em todos os níveis da população brasileira, com o que acontecia há dez, quinze ou vinte anos atrás. Nós tivemos um *upgrade* muito importante. E isto é conseqüência da capacidade brasileira gerenciar crises permanentemente. E crises diabolicamente cruéis, pois não há solução possível para o problema da Saúde brasileira por uma questão simples: somos um país pobre. Podemos ser, em teoria, um país muito rico, podemos ter

riquezas monumentais embaixo da terra, podemos ter petróleo no meio do mar, mas o fato é que a Sociedade brasileira é, em termos financeiros e econômicos, uma sociedade pobre. Como exemplo disso, temos o fato de que menos de sete milhões de pessoas pagam Imposto de Renda. Em uma população de 180 milhões de pessoas, de acordo com a Receita Federal, sete milhões de pessoas físicas pagam Imposto de Renda. E começa a se pagar Imposto de Renda no Brasil, com menos do que o salário-desemprego da Europa. Um alemão, ao perder o emprego, recebe mil euros por mês. Este valor, no Brasil, representa 27,5% na caçapa do Imposto de Renda. Isso é o salário-desemprego deles. Aqui, a pessoa está no índice máximo de arrecadação de pagamento de Imposto de Renda.

Desse modo, vemos que estamos em um país muito pobre. Assim, para podermos discutir Saúde pública e para podermos falar em sinergia do sistema público com o sistema privado, pois todos fazem parte do sistema público, precisamos fazê-lo com muito cuidado.

No restante do Mundo, entretanto, a situação também não é uma imensa festa. Quando morei na Alemanha, a primeira vez em 1978, uma revista alemã publicou na capa uma matéria, cuja ilustração era um monte de dinheiro, na época era o marco, com a seguinte chamada: *Se a Alemanha emitisse um marco por segundo desde que Jesus Cristo nasceu até hoje não daria para cobrir o déficit da previdência social alemã.* E o déficit da previdência italiana é pior, o da francesa é pior e o dos EUA está ficando uma coisa absolutamente catastrófica. Onde está a diferença em relação ao Brasil? Eles têm credibilidade e emitem um título de governo, com juros de 2%, 3% ou 4%, ao ano, 99 anos pra pagar. O Brasil gira a dívida pública – e eu não sei exatamente qual é o período hoje em dia – a cada 45 dias. Foi possível alongar agora, principalmente com os títulos em dólar, mas, em geral, continuam tendo um giro abaixo de 90 dias. Ou seja, não é possível pretender pagar um déficit do tamanho do déficit brasileiro tendo que girar 90 dias com juro de 17 % ao ano, enquanto o outro tem 99 anos com juro de 2% ao ano. E o Japão passou muito tempo com o juro muito próximo a zero. Quer dizer, isto faz uma diferença imensa nesse ponto aqui porque estas verdades são absolutamente iguais, tanto faz Brasil ou para o resto do Mundo.

Temos o aumento da expectativa de vida extremamente acelerado no Mundo inteiro, e o aumento dos custos da Saúde, para poder possibilitar esse aumento da expectativa de vida. Isso não é matéria brasileira. E o aumento do custo da Medicina moderna gerou, há coisa de 10 anos, uma imensa crise no sistema de Saúde público americano.

No Brasil há gente que paga duas vezes pela cobertura de Saúde. Nos EUA, ou você paga o plano público, ou você não paga nada e também não tem nada. Cerca de 10% da população dos EUA não têm qualquer tipo de assistência à Saúde, exceto as dadas pelas igrejas. E daí o problema de ter que salvar a Igreja Católica naqueles escândalos de pedofilia porque a ela é a grande mantenedora dos hospitais de caridade norte-americanos que responde pelo atendimento gratuito de 10% da população, que corresponde a 30 milhões de norte-americanos, que é quase o universo dos detentores de planos de Saúde privados no Brasil.

Quando morei na Alemanha era convidado do governo alemão. Isso da primeira vez; e da segunda, não. Tinha um plano de Saúde dado pelo governo, mas em seguradora particular, era uma plano universal. Era possível escolher o plano. Quero um plano da *Alliance*, ou quero fazer parte da previdência social alemã Os benefícios são exatamente os mesmos, o atendimento é exatamente o mesmo, a rede é exatamente a mesma e é tão universal, que em qualquer farmácia, existe um selo de um ouro, a pessoa dá esse selo o médico entrega o selo e a pessoa sai com óculos. Cheguei a ter catorze óculos da Alemanha a um euro cada, a um marco, na época. Cada um com as lentes mais estapafúrdias do Mundo porque achava bacana aquele negócio do governo dar. Em resumo, por um marco a pessoa tem todos os medicamentos, o que é um problema aqui no Brasil, o do custo do medicamento na vida da família. Fala-se muito em custo de plano de Saúde, mas o medicamento custa mais caro que o plano e é muito mais perverso com o próprio, porque não há distinção entre pobres e ricos na hora que você precisa comprar o remédio. Esse é um dado muito ruim no Brasil.

Os norte-americanos tiveram uma imensa crise no seu sistema de Saúde, público e privado e precisaram arrumar uma solução para esse problema. A primeira coisa que fizeram está começando a acontecer com a parte privada da Saúde brasileira, mas não aconteceu ainda com a parte pública: prevenção. A base de tudo se chama prevenir. E isso não é impedir a pessoa de ir para o hospital, é fazer com que a pessoa não precise tomar remédio. Isso se chama qualidade de vida, aquilo que o americano chama de *social care,* ou seja, o cuidado social. Isso começa antes da mulher ficar grávida, começa em saneamento básico e fornecimento de água com qualidade para a população. Começa em um combate cerrado às possibilidade de epidemias que podem acontecer. A hora em que se faz isso já se consegue, de saída, um imenso *upgrade* social, que é a diferença do Brasil pra eles. Em nosso País, a preocupação com criança começa quando ela tem seis anos de idade. Nessa idade criança vai à escola, mas, até lá, ela passa fome, é subnutrida, tem todas as epidemias, todas as pragas e depois querem que essa criança seja saudável. Ela não será saudável, não vai ter sequer um desenvolvimento cerebral adequado para poder competir com um americanozinho, que desde pequenininho está tomando *grapefruit*, vitamina C e mamando na mãe – com leite de soja e não sei com que tal outra coisa – e que tem o cérebro absolutamente desenvolvido. E o nosso, lamentavelmente uma parte grande da população, não tem. Ela já começa *handicapiada* em relação às populações mais desenvolvidas no mundo. É lamentável ter que dizer isso. E por que é assim? Porque não temos prevenção, a política pública de Saúde brasileira ainda é a de tratamento. Adoramos dar remédio de graça, hospital de graça, tudo de graça e, depois, não se cura ninguém, porque o sujeito leva seis meses para voltar para o hospital porque não existe vaga para ele. Não é que ele não queira ir, ele quer, mas não existem vagas.

O terceiro ponto é que ficou claro que a maior conta, a maior despesa, para qualquer Sociedade e para qualquer sistema de Saúde é a conta do hospital.

Existe ainda um outro ponto, absolutamente genial das empresas privadas americanas, que é o descredenciamento dos hospitais mais caros. Dirigiram-se para os *Einstein,* os *Sírio-Libanês*, e os *Osvaldo Cruz* de lá, dizendo: *Olha aqui macacada, o negócio é o seguinte, nós não pagamos mais o preço de vocês.* E os hospitais responderam: *Eu quero ver a população aceitar isso.* Não há problema nenhum, chegaram pra população e disseram: *População, eles custam tanto. Isso desequilibra o plano em tanto, isso custa mais*

caro pra vocês em tanto. Nós estamos descredenciando. Em contrapartida estamos pegando todos os hospitais de um nível exatamente abaixo desses hospitais e estamos equipando eles com o que há de mais moderno de equipamento médico-hospitalar, sem, todavia, bancar o custo. A hotelaria hospitalar faz uma imensa diferença. O resultado é que ninguém saía dos planos de Saúde e estes conseguiram se rebelar e até dois anos atrás eram as empresas de seguro mais rentáveis dos EUA. Nesse ponto sugiro conceitos como *home care*, quer dizer, atendimento em casa etc. Isto, no Brasil, a única coisa que foi feita próxima disso foi a idéia do Médico da Família, que é uma antiga idéia de Adib Jatene – eu o ouvi falar nisso há mais de dez anos –, de quando ainda estava no InCor.

O que aconteceu? Tivemos a redução do custo e surgiram novas formas de custeio de planos. Quais são essas novas formas? A primeira coisa, ao contrário da lei brasileira que é sempre imperfeita e que não dá certo em lugar nenhum, a lei americana é pragmática, tem que funcionar. E lei funcionar quer dizer uma coisa muito simples: organizar a sociedade de forma que ela encontre os mecanismos necessários para poder andar. O que eles fizeram? Liberaram os planos de Saúde americanos para contratar planos de toda e qualquer forma, de acordo com o interesse da empresa do cidadão.

O primeiro exemplo disso aconteceu na *General Eletric.* Depois de anos sem greve, de décadas sem greve, aconteceu uma paralisação por causa do aumento dos planos de Saúde para os funcionários. E a *General Eletric* disse: *Eu sinto muito, eu não tenho condição de bancar essa conta. Ou nós vamos colocar limites nos planos ou nós vamos colocar franquia. Escolha.* Os funcionários fizeram quinze dias de greve, tiveram o bom senso de baixar a bola, deram uma pensada e disseram: *Nós preferimos franquias.* Por quê? Porque a franquia é o mínimo e se sabe que é possível pagar e que, evidentemente, não é linear, é de acordo com a remuneração de cada funcionário da empresa. Mas todo mundo tem franquias de sete, oito mil dólares antes do plano começar a atender. A alternativa era o plano dizer: *Eu pago até 100 mil dólares, o que passar de 100 mil dólares é seu.* Como uma série de procedimentos hoje chega perto de um milhão de dólares sem muito sacrifício, todo mundo preferiu ficar na franquia.

Neste ponto começa uma nova crise dos planos de Saúde norte-americanos. Isso é impacto na economia. Cada carro americano custa, em média, mil e quinhentos dólares a mais do que o seu equivalente japonês, por conta dos planos de Saúde. Como o americano quer economizar esse valor, ele está pouco se importando com o que acontece com os funcionários de Detroit. Mas o resultado é que a *GM* e a *Ford* ou renegociam seus planos de Saúde com os Sindicatos, ou vão quebrar. Não há o que fazer. Vão quebrar porque nos EUA quebra mesmo. Não vai ser a primeira vez que uma grande empresa norte-americana vai quebrar. Há vinte anos havia quatro grandes montadoras: *GM, Ford, Chrysler e American Motors.* Quem ainda se lembra da *American Motors*? Ninguém, ela desapareceu. Quem se lembra da *Panair*? Quem lembra da *Braniff*? Tantas outras companhias americanas que já sumiram do mapa sem deixar a menor saudade e foram imediatamente substituídas por uma economia extremamente dinâmica.

Isto mostra que o cenário mundial não é de festa, é um panorama altamente preocupante. Existe um outro problema muito sério: todo o sistema de previdência e de Medicina e de custeio em previdência social no Mundo está baseado na bicicleta. Ou seja, o de hoje pedala para pagar o de ontem. Isso não funciona mais porque em função da revolução tecnológica existem cada vez menos funcionários fazendo uma determinada atividade, porque existe cada vez menos gente contribuindo para aquele tipo de investimento. Portanto, ha cada vez menos gente lá na frente podendo receber o que os de trás estavam recebendo.

Essa história que aconteceu agora, na França é absolutamente emblemática porque mostra a imensa incompetência do poder público francês pra gerenciar uma crise artificial, e de outro lado mostra o imenso egoísmo da sociedade francesa que sabe que precisa ter as regras muito parecidas com a da Lei do Primeiro Emprego, por uma questão de sobrevivência, mas não está disposta a abrir mão de privilégios que seus pais tiveram nos anos 1970 por conta da época da expansão comercial da Comunidade Européia.

A realidade da Saúde pública no Brasil é muito simples, é que a Previdência Social brasileira está totalmente estourada devido a distorções baseadas na tal da *isonomia* e do *direito adquirido*, que inviabilizam qualquer possibilidade de mudança em curto prazo. Não interessa ao poder público mexer nisso. Quer dizer, não vamos nos iludir de que teremos grandes revoluções na Previdência Social, no custeio da Saúde pública porque isso não vai ocorrer.

Acontece que temos outros problemas, uma absoluta falta de políticas públicas de inserção e de valorização do cidadão. Adoramos dar bolsa-gás, bolsa-transporte, bolsa-bolsa... Bolsa de tudo o que é jeito mais a bolsa-família que é a soma de todas as outras bolsas que já tinham sido dadas antes, mas ninguém está interessado em ensinar o brasileiro a fazer absolutamente nada que o torne um cidadão, no sentido amplo da palavra: alguém que tem o direito de exigir e não de ter que ficar pedindo esmola porque tem competência pra fazer alguma coisa. Lula, no começo do governo, fez um discurso maravilhoso dizendo que primeiro ia dar o peixe, mas depois ia ensinar a pescar. Até agora o ensinar a pescar está todo mundo esperando porque ele não deu nem o anzol, muito menos a vara, a linha e o professor.

Temos um atendimento na infância absolutamente deficitário. Isso impacta o custo da Saúde pública de um país para resto da eternidade. Depois nós temos serviços médicos, alimentação, suporte à família, creches e escola, absolutamente deficitárias. Um dos dados mais apavorantes, que eu vi nos últimos tempos, é que 67% dos brasileiros não entendem o que lêem. Quer dizer, eles sabem ler, mas não sabem ler o que eles estão lendo. Isto faz o sujeito ser um analfabeto objetivo. Isto significa que ele lê, mas não sabe o que aquilo quer dizer e isto é a mesma coisa que você não estar lendo. Isto tem custo na Saúde. Por que isso tem custo na Saúde? Porque de saída aumenta o número de acidentes do trabalho. Ele lê toda aquela série de medidas preventivas pra ele e ele não sabe o que aquilo quer dizer.

E no Brasil nós temos um presidente com nove dedos. É apavorante, mas é isso mesmo, nós temos Presidente com nove dedos. Por quê? Porque o presidente teve um acidente de trabalho antes de chegar à Presidência. E para quem não sabe, o Brasil é o campeão mundial absoluto de acidentes do trabalho e um dos maiores engodos que existem no Brasil é o seguro do acidente do trabalho. O seguro do acidente do trabalho deixou, há muito tempo, de ser um seguro, pra se transformar num simples pedágio pra

aumentar a arrecadação previdenciária. O que a Previdência faz? Ela não dá o seguro, ela simplesmente joga o acidentado na conta do SUS, este banca a conta, não entra nem um centavo do dinheiro do seguro para isso e na aposentadoria ele joga na Previdência Social também e o seguro não paga. E o governo faz isso por absoluta necessidade, por falta de dinheiro.

É uma ilusão imaginar que governo gosta de ser mau, de ser bandido. Da mesma forma que metade do seguro obrigatório de automóvel, DPVAT vai para o SUS. É uma lei de 1974 que criou a ficção de que, como metade dos atendimentos dos acidentes de automóvel são feitos pela rede pública, o SUS tem o direito de receber metade do valor da indenização do seguro obrigatório de automóvel. A graça, e isso eu já perguntei pra mais de um ministro da Saúde, nenhum me respondeu, é que 80% dos atendimentos das indenizações de acidentes de automóvel são por morte e não me consta que a rede pública hospitalar atenda defuntos. Quer dizer, é porque que quer? Não, é porque não tem dinheiro e precisa. Só isso são 500 milhões de reais a mais no caixa do SUS. O acidente do trabalho é uma conta misteriosíssima, a Previdência Social nunca contou quanto ela arrecada com imposto de acidente de trabalho. O seguro de acidente de trabalho no Brasil poderia se chamar de imposto porque não tem contrapartida absolutamente nenhuma.

Mas essa falta vai além da nossa simples incompetência, não temos planejamento suficiente pra implantar uma política social de resultados. É lamentável, mas o planejamento público brasileiro é uma vergonha. E esse modelo assistencialista acaba batendo num outro ponto mais dramático ainda que é a falta de recursos puro e simples. Quer dizer, a hora que você não tem dinheiro e soma incompetência com bandalheira, com erros de planejamento, com tudo, você vai chegar numa conta que nunca vai fechar.

Aí surge uma outra figura, sem entrar no mérito de cada empresa, mas como sistema, mantendo apenas o conceito de sistema, a iniciativa privada na Saúde brasileira é o que tem salvado a Saúde brasileira.

Onde é que está regulamentada a história da Saúde no Brasil? A história da Saúde no Brasil é uma história constitucional, e a Constituição determina, *grosso modo*, que Saúde é um dever do Estado e é gratuita para a população inteira. Isso é uma perfeita tolice não existe possibilidade de você dar Saúde de graça para a população inteira. O Brasil escreve e ainda diz que tem que ser de primeiro Mundo. Logo embaixo diz: a iniciativa privada pode atuar complementarmente ao sistema público de Saúde.

Então já existe aqui uma distinção muito grande do sistema público para o sistema privado. O sistema público é um sistema universal amplo, geral e irrestrito. E o sistema privado é um sistema complementar. Esse sistema começou a ter uma forma na década de 1960, na região do ABC. Por quê? Por uma razão muito simples, as multinacionais estavam se instalando na região do ABC e descobriram que era mais eficiente montarem esquemas com os hospitais da região para atender os seus operários do que deixar o operário na fila da Previdência Social, na época era Previdência, que tinha corrupção, tinha bandalheira, tinha o médico desinteressado. A pessoa passava um mês em casa por conta de estar na fila. No momento em que ela passou a dar o hospital do lado, a pessoa vai ao hospital, recebe tratamento, volta, e no dia seguinte, está trabalhando. Não é porque elas foram boazinhas, é por uma questão de eficiência empresarial. Esse é o começo.

Surgem assim os primeiros planos de Saúde brasileiros: Samcil e *Golden Cross* que são os planos diretamente ligados a hospitais, e que são os chamados planos de assistência médica.

A Saúde, a partir de meados da década de 1970, começa a crescer muito. Esse é o momento da consolidação dos grandes hospitais privados brasileiros. Até 1980 e 1981 a pessoa entrava no Einstein e tinha quarto na hora em que quisesse, porque ele era muito caro e ninguém tinha dinheiro para pagar, exceto uma minoria. Por isso ele era um hospital de um pavilhão só. A partir desta época, os planos de Saúde de ponta começam a brigar por clientes, e a briga por clientes se dá na qualidade da rede, principalmente hospitalar disponibilizada na época. É quando Einstein, Osvaldo Cruz, Sírio-Libanês, Samaritano, no Rio de Janeiro, Clínica São Vicente, hospitais desse tipo começam a se destacar porque começam a fazer investimentos muito pesados e se tornam realmente referenciais de qualidade no atendimento à Saúde. E por que eles conseguem fazer isso? Porque é muito mais fácil ter garantido o hospital com um milhão de vidas de uma determinada operadora de plano de Saúde, do que imaginar que na pessoa física será possível conseguir o mesmo efeito.

E também é uma tolice imaginar que qualquer um de nós como pessoa física vai conseguir o mesmo preço que uma Bradesco, que uma grande operadora de plano de Saúde vai conseguir com um hospital de qualquer tipo. E isso levou a algumas das grandes empresas brasileiras que tinham autogestão a fazer uma coisa muito mais inteligente. *Puxa vida, eu tenho 40 ou 50 mil empregados, é uma massa muito pequena para eu conseguir reduções muito grandes de preço.* Então ela chamou uma grande operadora e disse: *Eu quero que você faça a minha autogestão.* E a operadora respondeu: *Perfeitamente, meu preço é 10% do seu faturamento.* E jogou os 40 mil da Volkswagen na sua massa de mais de um milhão e isso resultou em uma redução brutal de custo para a autogestão da Volkswagen. Tornou-se muito interessante para todas as empresas de Saúde porque elas pagam os prestadores e a Volkswagen paga 10% líquidos para a empresa. Seria interessante que as empresas públicas adotassem um pouco esse sistema, em vez de insistirem na autogestão pura que acaba custando muito caro, como custo e, principalmente, gerando um desperdício como você colocou muito bem.

Esses planos começam a crescer, a tomar vulto e até hoje cerca de 80% hoje em dia dos planos privados no Brasil são planos empresariais. Algo em torno de pouco mais de 20% são apenas planos individuais. E a distorção por conta da lei de 1998 é de tal ordem que o sistema está seriamente ameaçado de quebra.

A Lei dos planos de Saúde brasileira é provavelmente a lei mais eleiçoeira que já foi votada no Brasil. Fazia dez anos que havia um projeto de lei dormindo no Congresso Nacional, em berço mais esplêndido que o Brasil. Aí chegaram a conclusão que precisavam eleger um determinado candidato a Presidência da República. Em um mês a lei estava discutida, em 24 horas votada, e 24 horas depois dela ser votada foi baixada uma Medida Provisória que mudou 80% da lei. Só que a coisa não parou aí, a lei era tão ruim, tão ruim, tão ruim que mês a mês o governo editou uma Medida Provisória – que tinha que fazer para renovar a Medida Provisória, que vale trinta dias –, só que ele não fez Medida Provisória igual, mês a mês as Medidas Provisórias foram diferentes.

Se isso for ser levado a ferro e fogo pelo Judiciário nós

temos um drama muito maior de o que o drama que está armado. Porque vocês sabem que o ato jurídico adquire legalidade de acordo com a legislação vigente no momento que ele é concretizado. Ora, se existia uma Medida Provisória que dizia que o Plano de Saúde, em setembro era de um jeito, em outubro era de outro, em novembro era de outro, em janeiro era de outro, em fevereiro era de outro, em março era de outro jeito, qual a lei vale para o seu plano de Saúde? Se algum advogado quiser levantar isso, tocar isso a ferro e fogo nós temos um enrosco, que tudo o que aconteceu até agora com o plano de Saúde é conversa para criancinha. Porque nós estamos falando de um princípio constitucional básico, prevalece no contrato a legislação vigente à época da assinatura do contrato. Variava mês a mês, a tal ponto que o Artigo 35, se não me engano, da lei dos planos de Saúde, tem *M* versões. Tem 35 A, B, C, D, E, F... E assim vai, até *M*. É necessário ver no plano, qual é o 35 que vale, se o plano for depois de 1998.

Em um primeiro momento, esta lei teve uma vantagem imensa para as operadoras. Como ela é uma lei que tem princípios e coberturas extremamente rígidas, todas as operadoras aproveitaram para mudar o plano e já colocaram antes de saber de verdade a diferença, 20% a mais para depois começar a conversar com o governo. Então todos os planos, pela lei nova, de verdade começaram a custar ao redor de 50% mais caro do que os planos antes dela. O que proporcionou um grande alívio a um grupo que vinha financeiramente quebrado, principalmente as assistências médicas que, nessa época, estavam em uma situação muito ruim. E as seguradoras estavam numa situação boa porque era uma época de inflação, você tinha um giro de caixa absolutamente brutal. Uma massa de dinheiro muito grande. Você girava, mas as assistências médicas estavam no buraco. A hora que elas aumentaram esse preço elas acharam positivo. *Resolvi o meu problema.'* Elas esqueceram o que viria depois.

O custo do plano ficou muito mais caro também porque antes você, por exemplo, não era obrigado a cobrir quimioterapia. A lei nova manda cobrir quimioterapia. Você não era obrigado a fazer transplante de rim. A lei nova diz, eu não sei muito bem porque, transplante de rim e transplante de córnea. Não sei muito bem se no sertão do Quiprocó do Carambi, no interior do Maranhão, se alguém sabe o que é córnea. Mas pode ser que saiba. Mas de qualquer jeito não vai conseguir fazer o transplante porque aquele hospital não está preparado pra fazer aquele transplante.

E aí surge uma das primeiras crueldades desproporcionalmente grandes dessa lei. Ela inviabilizou todos os hospitais pequenos de cidades de interior e periferia de grandes cidades. Porque são hospitais que não têm condição de dar transplante de córnea nem transplante de rim, e que até aquela época atendiam 95% das necessidades dos consumidores daqueles planozinhos pequenininhos que eles tinham, como unha encravada, parto, catapora, gripe. Estava tudo pago. Quando chegava ao procedimento de média ou de alta complexidade, colocavam o paciente em uma ambulância e o encaminhavam para a Capital, para o Hospital das Clínicas, para a Santa Casa.

A ANS está desesperada para tentar salvar esses hospitais pequenos e esses planos pequenos. O problema é que a ANS não tem poder de fazer lei, e isto é lei, A ANS faz resolução. Desse modo, ela não pode, mesmo sabendo que existe o problema de você ter vinte milhões de brasileiros ameaçados de serem expulsos dos planos de Saúde privados, ela não tem o poder legal de alterar uma situação que uma lei mal feita não levou em conta no momento que a lei foi votada. E o resultado é esse: planos, que custavam 15, 16, 25 , ou 32 reais por mês, foram inviabilizados porque estão exigindo desses hospitais atendimentos que esses eles simplesmente não podem oferecer.

Chegamos, então, a um segundo ponto dramático, que é a crise atual dos planos de Saúde, eminentemente gerada pelos planos individuais e familiares. Por quê? Porque os reajustes destes planos são lineares. *Grosso modo* a conta da ANS é a seguinte: o custo do reajuste dos planos empresariais ficou em *X*, ela aplica este valor para o plano individual. Só que o plano empresarial tem outra estrutura de custo, completamente diferente porque está baseado na utilização pela massa. Então, se são cinco mil empregados, o custo é de *X* por mês. É feito o cálculo do preço para aquilo, noventa dias depois aquele negócio está dando prejuízo, cobre-se. O negócio está dando lucro, a concorrência vai chegar em cima, baixa-se o preço. A administração não é feita como um plano de Saúde puro, para cada um dos empregados, mas sim como um negócio com fluxo, que tem que ser positivo, calculado e está previsto no contrato. O resultado positivo tem que ser 8%, o resultado positivo tem que ser 10%. Tem lá um *XPTO* de quanto vai ser o resultado, não é possível transferir essa fórmula de conta para o plano individual. Aí chega a ANS, como aconteceu ano passado, e diz: *o reajuste é 11,69%.*

Existem diferentes tipos de planos e diferentes tipos de operadoras. São, essencialmente, quatro tipos de planos privado de Saúde no Brasil. Temos a autogestão, que, como o nome diz, é a administração direta do próprio negócio e o rateio dos custos de Saúde entre os funcionários de um determinado grupo empresarial; as cooperativas, que são as UNIMEDs – que até o advento da lei, curiosamente, eram administradas por um veterinário, as cooperativas, no Brasil, eram vinculadas ao Ministério da Agricultura –, que como o nome indica, é uma cooperativa onde os participantes entram no ônus e recebem as receitas. Quem conversar com médicos cooperados das UNIMEDs do Interior irá descobrir que existem meses em que a receita de uma consulta é de 15 reais, há meses em que é de quatrocentos reais. É só uma questão de utilização da UTI, que é o que desequilibra esses pequenos planos. Existem também as assistências médicas, que em teoria, são os planos diretamente vinculados a hospitais ou com rede de hospitais próprios e existem as seguradoras, que são planos de reembolso. Pretender-se que 11,69%, linearmente, vai resolver o problema de todo mundo é uma ilusão, porque dentro desses quatro tipos de operadoras existem planos de topo, que atendem em hospitais de primeira linha, nos quais esse percentual, invariavelmente, é insuficiente.

Existem os planos, chamados *chão de fábrica*, nos quais o percentual é lucro puro, é dinheiro no bolso do dono daquela operadora. Porque ele possui um hospital pequeno, de atendimento relativamente simples. Ele sabe qual é a despesa, porque todo mundo é empregado dele e não há nenhum custo terceirizado, ele tem a folha inteira nas mãos. Chegou ao fim do mês, está 110 e a despesa dele pode chegar a 120, ele simplesmente empurra todas as consultas, os procedimentos que não são de urgência para 60 dias depois. Refez o caixa dele. Não tem jeito desse camarada perder dinheiro. Isso muda completamente a hora que uma seguradora não

tem intervenção direta no controle do custo. O máximo que ela pode é negociar, mas não pode controlar o uso porque ela paga para o reembolso.

Assim, enquanto não se levar em conta as diferenças entre as operadoras e as características dos planos dados por cada operadora, é uma tolice imaginar que esse negócio vai ter qualquer tipo de solução. Como não estou vendo ninguém querer mexer na lei, porque não interessa pra governo nenhum mexer nela, até porque se trata de uma lei absolutamente demagógica, que afirma coisas lindas.

E as empresas também não estão contratando porque existe a revolução tecnológica que mudou completamente a forma de produção, onde o ser humano está cada vez menos essencial para o sistema funcionar. Há dez anos, Bradesco e Itaú, um tinha quase 100 mil empregados, outro tinha quase 90 mil e hoje, nenhum dos dois hoje tem 40 mil empregados. A Volkswagen, só na fábrica de São Bernardo do Campo, chegou a ter perto de 40 mil empregados. A Volkswagen inteira hoje não tem 20 mil. E isso se aplica a toda a cadeia produtiva nacional. A indústria, que era quem dava o grosso dos planos de Saúde diminuiu muito o número de funcionários.

O que está crescendo é o setor de serviços, que por ser basicamente constituído de empresas médias e pequenas, não dá planos de Saúde porque o benefício fiscal não se justifica, não dá para empresa poder girar, logo ela não tem como oferecer esse plano. Não há como imaginar que esse plano vai crescer. E a dificuldade dos planos individuais e familiares chegou a tal ponto que hoje praticamente nenhuma seguradora comercializa este tipo de produto e eles estão altamente complicados de serem contratos. Inclusive nas empresas de assistência médica e nas cooperativas, que também quando vende plano de padrão um pouco mais alto vendem muito caro com medo do próximo reajuste.

Há dois tivemos uma decisão do Supremo Tribunal Federal a respeito dos reajustes dos planos de Saúde anteriores a lei de 1998. Esse reajuste era brutal e as empresas foram extremamente inábeis no trato da matéria e deram aumentos de 70% porque o Supremo disse que podia. Só um tolo dá um aumento de 70% porque o Supremo diz que pode, porque a população brasileira não tem como pagar. Foi uma tolice mercadológica. Em seguida, sentaram e negociaram com a ANS e esse aumento foi parcelado em alguns anos. A primeira providência que aconteceu foi alguém em Pernambuco entrar com uma ação num Tribunal de Pernambuco que simplesmente proibiu o reajuste de todos os planos, de acordo com o combinado com a ANS, com base na decisão do Supremo.

O Brasil é um país tão surrealista que um juiz de primeira instância de Pernambuco modifica uma decisão do Supremo e ela vale para o país inteiro. Aí foi para o STJ, o STJ disse que sim, aí o STJ disse que não, aí o STJ diz que sim em cima do não e fez o samba ficar mais maluco ainda. E no fim o STJ voltou e disse: *Vale o que o Supremo falou há dois anos, desde que não tenham liminares estaduais*. Assim, onde existe liminar estadual não vale nada. Mas onde não há liminar estadual, vale aquilo que não vale. Por conta disso que as empresas não estão repassando os reajustes.

E uma das maiores seguradoras envolvidas em planos de Saúde no Brasil, no ano passado perdeu a bagatela de 400 milhões de reais. Esta operadora por acaso tem retaguarda. Eu quero saber quantas operadoras tem nos seus ativos 400 milhões de reais. Não há. O quadro é dramático e a tendência que fique mais dramático ainda porque até pouco tempo, se fosse dizer aqui em defesa da ANS, que nos últimos tempos ela percebeu o tamanho do buraco e está desesperada querendo corrigir o erro e tem feito isso até com uma competência relativamente boa. Seu problema é que ela não legisla, mas faz decisões administrativas que não modificam a lei. Como a lei é muito ruim a ação da ANS acaba sistematicamente contestada no Judiciário.

Se nós conseguíssemos mexer um pouquinho que fosse na lei de Saúde para permitir que o sistema aprovado de Saúde brasileiro atuasse realmente de forma complementar ao sistema público de Saúde brasileiro, haveria o primeiro milagre, que seria a possibilidade de mais gente, que precisa dos tratamentos mais sofisticados, ter acesso aos hospitais como a Santa Casa de São Paulo e o Hospital das Clínicas, que estão preparados para dar esse tipo de atendimento e não podem fazê-lo, porque são permanentemente superlotados por uma população que não tem outro lugar para correr. As pessoas não imaginam o que é atender dois milhões e setecentas mil pessoas por ano, isso é o que a Santa Casa de São Paulo atende.

O déficit mensal da Santa Casa ao longo de 2005 foi de 3,5 milhões de reais, usando todas as receitas de um dos maiores patrimônios imobiliários do Brasil, mais a receita gerada pelos hospitais particulares administrados pela Santa Casa, mais doações do Estado e da Prefeitura pra minimizarem o estrago. E com isso tudo a Santa Casa tinha um déficit de 3,5 milhões de reais por mês por uma razão muito simples, ela atende uma vez e meia o número de atendimentos que ela tem previsto com o SUS, mas este não paga o *meia*, paga só o um. Então vocês vêem o contra-senso da coisa, quem atende não recebe porque está acima do seu número de atendimento. E o que se pode fazer? Dizer à pessoa: *Olha, você vai embora porque o SUS não paga?* Esse é o desenho do sistema. Há quem indague: *Porque o Hospital das Clínicas é exceção?* Porque o Hospital das Clínicas tem no orçamento do Governo do Estado de São Paulo 400 milhões de reais para si. Com 400 milhões é possível tocar a Santa Casa também sem precisar do dinheiro do SUS. Mas o Hospital das Clínicas tem isso e por isso o Hospital das Clínicas consegue girar. E em segundo lugar, o Hospital das Clínicas foi mais inteligente que a Santa Casa e jogou para a Santa Casa os procedimentos mal pagos pelo SUS, que são os atendimentos de baixa complexidade e, muito espertamente, muito sensatamente, numa prova de gestão eficiente do negócio, ficou com os procedimentos que o SUS paga bem, que são os atendimentos de alta e média complexidade.

Se conseguíssemos, e isso não é ilusão, isso não é poesia, isso é boa vontade e principalmente vontade política, fazer com que os hospitais públicos funcionassem em complemento da rede de hospitais privados, que sua imensa maioria de hospitais é de atendimento de nível muito baixo, já conseguiríamos um ganho de escala brutal e desafogaríamos o SUS com certeza, sem precisar de mais dinheiro. Seria uma questão de negócio, de simples gestão operacional do negócio.

Plano de Saúde, no Mundo inteiro, é brinquedo de gente rica, não existe plano de Saúde privado para pobre, ele não é feito para o pobre, mas para o rico. Você tem serviços de Saúde prestados por redes privadas ou por entidades privadas dentro dos sistemas de Saúde universal da Alemanha, por exemplo, é absolutamente

normal. É possível escolher quem vai dar o serviço, mas é um serviço universal. O plano de Saúde privado na Alemanha custa em média, para começar a conversa, três mil euros por mês. Por quê? Porque lá não existe o conceito, que adoramos no Brasil, de *eu quero um apartamento com banheiro*. Na Europa não existe apartamento com banheiro. A pessoa fica numa enfermaria com mais três, quatro, cinco, ou oito pessoas, dependendo do tipo de atendimento que vai ter. E banheiro no corredor. Só isso representa enorme redução de custo no atendimento. Porque colocar banheiro para todo mundo não é atendimento médico-hospitalar, é hotelaria. Contar com cobertor de veludo ou *edredon* de ganso não é atendimento hospitalar, é hotelaria.

É necessário focar no atendimento hospitalar básico, no tratamento da Saúde. Se fosse possível, finalmente, jogar a prevenção para as unidades de ponta, para esses hospitais de periferia e de pequenas cidades, aí seria possível chegar a um ponto, não diria de equilíbrio porque falta muito dinheiro no Brasil, mas a uma situação muito menos dramática do que a atual, na qual os planos de Saúde privados poderiam entrar com mais do que eles estão entrando.

Estas perspectivas para o futuro estão todas no condicional, extremamente condicionado e que não penso que vá se alterar independentemente de quem ganha a eleição deste ano. Penso que a questão é muito mais estrutural do que uma perspectiva simplesmente partidária ou de vontade de acertar. Ou de candidato *A*, ou de candidato *B*. A coisa é mais complicada, precisamos modificar a forma de ver todo o sistema de seguridade social do Brasil. Sem isso não vamos avançar.

Tendências da avaliação em Saúde

Gilberto Luiz Scarazatti

Médico sanitarista; Diretor do Hospital Municipal de São José dos Campos, pela SPDM/UNIFESP; e Consultor do Ministério da Saúde na área de Atenção Hospitalar.

Esta exposição sobre avaliação no sistema hospitalar está organizada em três segmentos. O primeiro aborda o contexto da avaliação, suas implicações com os modelos de atenção e de gestão hospitalares. A seguir apresentamos uma discussão sobre o que avaliar na área hospitalar e, por fim, debateremos algumas tendências da avaliação.

A análise do contexto da avaliação mostra diferentes perspectivas de gestão e de assistência onde a avaliação se insere, fato que a afasta de ser um processo neutro, tornando-a um processo interessado. Normalmente a avaliação é um dispositivo da gestão para a mudança organizacional, portanto o uso da técnica avaliativa demanda um posicionamento político e ideológico no campo da atenção e da gestão.

Gastão Campos tem pensado os objetivos da gestão e do trabalho em Saúde de um modo que vale a pena comentar antes de entrar nas práticas de avaliação. Primeiro, trabalha-se para os outros, para produzir valor de uso para terceiros. Este é um primeiro foco do trabalho em Saúde, é a visão de resultado. Um segundo objetivo é trabalhar para si mesmo, para assegurar a existência social própria e dos dependentes, para a construção de significados, ou seja, a idéia de que as organizações têm a finalidade de gerar produtos e resultados, mas também de atender às necessidades e interesses dos trabalhadores. E um terceiro ponto, é a idéia da legitimação e da reprodução da própria organização. E a avaliação vai estar implicada com esse conjunto de objetivos.

São vários os temas de que a gestão se encarrega, fazendo deles seu objeto de trabalho.

Estando a gestão vinculada à administração financeira e de insumos, aos modelos de atenção, ao gerenciamento da clínica e da saúde pública, com a distribuição de poder, com os valores e a cultura organizacional, a avaliação deverá incluir todos estes aspectos.

Grande parte das organizações hospitalares ainda trabalha com as avaliações de estruturas, processos e resultados, uma vez que não surgiram novas metodologias após a discussão da qualidade. Estamos ainda em cima desse debate, tentando enquadrar a avaliação dos serviços nesta tríade. No entanto, existem alguns movimentos interessantes, na Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, de ampliar a avaliação para o campo da clínica, ou seja, na busca de eficiência para a resolução de problemas de saúde. Este movimento da avaliação focada na clínica é recente e ainda não construiu metodologia suficiente, nem tem abrangência no sentido da disseminação da base conceitual.

A OMS tem promovido discussões acerca da avaliação hospitalar (Veillard e Champagne) e alguns resultados trazem dimensões que ampliam o olhar tradicional para uma nova configuração. Estas dimensões, articuladas com as concepções de gestão e modelo de atenção, poderiam configurar um novo arranjo, a saber:

- a efetividade clínica, que é a idéia de constituir conformidade no processo de cuidado e na situação de alta de pacientes, e principalmente de implementar controles que ampliem o gerenciamento do risco e aumentem a segurança dos pacientes. Existem algumas experiências nessa linha, particularmente no setor privado que tem procurado diminuir a desconformidade e ampliar as garantias dos seus usuários.

- a eficiência na utilização de recursos;

- a eficácia clínica, aportando a melhor tecnologia no melhor tempo para a resolução dos problemas de Saúde. Gastão Campos tem proposto a construção de projetos terapêuticos singulares, onde o sujeito doente deve ser incluído na construção de sua terapêutica e as diversas profissões da saúde atuem de forma integrada nesta co-construção, de modo a ampliar a clínica para uma abordagem bio-psico-social do processo saúde/doença. Essa é uma dimensão de fim, ou seja, de resultados da avaliação, mas do ponto de vista de mercado ainda é nova e incipiente.

- a humanização, que começa a ser incluída, propondo serviços paciente - centrados, tanto no campo público como no campo privado. Este é um eixo também novo do âmbito da avaliação que está cada vez mais presente na discussão do tema;

- conhecimento e a capacidade de ação dos profissionais frente aos objetivos da organização e uma política de pessoal que considere necessidades individuais e coletivas. Este é um âmbito ainda ligado aquele segundo objetivo, que as Organizações Hospitalares existem também para a satisfação dos interesses dos profissionais;

- governança responsiva às necessidades da sociedade, sendo que hoje nos credenciamentos da rede hospitalar do sistema privado e mesmo do sistema público, esse tema aparece como componente. Começa com a base legal, da documentação, das certidões e caminha para o âmbito da presença e importância do papel social, da relação de compromissos, missão, visão e valores institucionais;

- segurança dos pacientes, dos profissionais de Saúde e do ambiente. Esse tema está muito ligado às normas físicas e funcionais dos ambientes e às normas técnicas da Vigilância Sanitária. Considero incipiente a preocupação com a segurança do paciente, dos profissionais de Saúde e do meio ambiente. Este debate na área da Saúde provoca interfaces com outros campos de conhecimento, como o da Bioética e do Direito.

O que fazer com os resultados da avaliação? Uma de suas finalidades é apoiar a tomada de decisão dentro da organização. Essa é a avaliação mais estruturada do cálculo estratégico e também do cálculo da eficiência e eficácia na área financeira e de gestão de recursos, cálculo de mercado, sendo um âmbito importante da avaliação. Talvez seja a que predomina no mercado do ponto de vista das relações de interesse das consultorias e dos contratos.

O uso da avaliação no cotidiano, para mobilizar os agentes envolvidos na produção de Saúde, voltada para a produção da consciência crítica, do profissionalismo, da revisão de processos, também é um objetivo. O fomento à construção de sujeitos trabalhadores e usuários, combatendo a alienação no trabalho possibilita inserir a avaliação num processo de crescimento institucional

permanente. Semelhante ao PDCA da qualidade, mas ampliado em seu conteúdo.

Quem deve avaliar a atenção hospitalar são os vários atores envolvidos.

Sem dúvida nenhuma, os serviços – as unidades de produção – devem participar do processo de avaliação e, preferencialmente, como base para a contratação interna. Além deles, tanto os gestores como os financiadores do sistema de Saúde e os usuários em todos esses âmbitos. É bastante diferente a participação desses atores na avaliação do sistema hospitalar, nos setores público e privado. A cultura de ambos os sistemas não é de considerar a avaliação como um instrumento pró-ativo, por isso esses atores participam de forma diferenciada. Quando se fala em gestores e em financiadores a avaliação é muito objetiva, na busca da racionalidade e a busca pela responsabilidade civil, política. E o usuário, participa da avaliação na busca do estado de direito, visto do singular para o geral.

No âmbito do SUS, a avaliação é fragmentada. Como o sistema é organizado em Programas e Projetos, a avaliação segue este padrão. O foco para os hospitais é o do sistema financiador e o resultado é insuficiente. O processo de contratação é incipiente. Prova disto é que num debate recente sobre contratação, com cerca de 70 Secretários Municipais de Saúde, me surpreendeu o fato que a maioria ainda tinha uma visão de contrato hospitalar baseado na modalidade do INAMPS, instrumento vigente de 1976 até 1986. As UAC's, Unidades de Avaliação e Controle, ainda têm um desenho de contrato baseado na capacidade instalada e na produção. Além da fragmentação em Programas, os aspectos mais valorizados no hospital são as normas da Vigilância Sanitária e o quantitativo de produtos autorizados e produzidos conforme uma seqüência burocrática que os contratos determinam. Isto adquire características de um processo mecânico e direcionado para a produção.

Existe uma falta de cultura de avaliar. As UAC's ainda são ferramentas com capacitação técnica para o velho modelo, quando avaliam alguma coisa no município. A descentralização promoveu uma diluição da responsabilidade, não sendo acompanhada do devido desenvolvimento de equipes técnicas e o conhecimento sobre avaliação.

Nos processos de contratação da atenção hospitalar, as responsabilidades dos serviços têm sido consideradas de modo normativo, não articuladas ao modelo assistencial. O que isto significa? Que as responsabilidades a serem assumidas pelos hospitais ainda são calculadas de uma maneira segmentada, por projetos ou por produtos, sem a clareza do modo com que se vai produzir Saúde e com que perfil de gestão se pretende atuar. O olhar é ainda um olhar quantitativo, pouco qualitativo. Outra questão relacionada aos processos de avaliação é que estes têm maturação lenta com resultados de médio prazo. As mudanças freqüentes da direção do setor público, e até mesmo no privado, fazem com que se inicie um processo e não se conclua. Como consultor, conheci instituições que formularam missão, visão e valores dentro da teoria da qualidade, passaram pelos cinco "S", e depois recomeçaram novamente. Redefiniram missão, valores... Os cinco "S". E não foram muito além, porque troca o sistema, troca o gerente... Não há maturação.

Ainda dentro do SUS, existem algumas iniciativas em avaliação que buscam reduzir a fragmentação da análise. Uma delas é o PNASS, Programa de Avaliação de Sistemas e Serviços de Saúde. Trabalha com três eixos: gestão, áreas finalísticas e área de apoio técnico-administrativo. Não é só para hospital, mas para todos os serviços. Foi aplicado em mais de 6 000 serviços de saúde e realizada por equipes capacitadas para tal. Os gestores estaduais, municipais, as UAC's, as Vigilâncias Sanitárias, participaram do processo. O resultado não está disponível ainda.

Trata-se de um sistema de aplicação em grande escala e vai dar uma dimensão dos serviços hospitalares brasileiros, avaliados pelos eixos acima. O PNASS talvez venha a ser uma plataforma para se criar um sistema de avaliação que transcenda o limite da estrutura e processo e possa agregar resultado ao contrato de serviços. Esta é uma nova esperança.

Outra iniciativa dentro do SUS que se articula com a avaliação, é a contratação dos hospitais filantrópicos, dos hospitais de ensino e dos hospitais de pequeno porte. Pela primeira vez o Governo Federal, depois seguido por alguns estados, se propõe a estabelecer compromissos e metas para o conjunto das atividades hospitalares. Esses contratos têm conseguido entrar no mundo hospitalar do SUS de uma maneira diferente da que vinha acontecendo até então, que era o modelo do INAMPS. Eles introduzem a discussão sobre a integração e o papel do hospital no sistema de Saúde, olham a produção combinada com o resultado das demais ações do sistema, impõe obrigações quanto a políticas como a de humanização, estipulam metas e formas de prestação de contas e controles sociais sobre os resultados etc. É interessante olhar essas iniciativas como uma grande inovação que poderá vir a induzir mudanças no sistema suplementar.

Gostaria de introduzir a visão do usuário neste debate. Existe um fortalecimento da cidadania e do protagonismo dos usuários, que são mais sujeitos hoje, seja no campo da exigência do direito absoluto, da singularidade e da particularidade, com ações e sentenças sumárias para medicações e novos tratamentos, ou seja, na participação no processo de decisões sobre o funcionamento dos serviços.

Esta tendência do crescimento do papel protagonista dos usuários influencia a avaliação e merece nossa atenção pois pode trazer uma base para a mudança da clínica. A incorporação do usuário na avaliação é uma tendência crescente, e talvez seja o caminho mais curto para diminuir a falta de controle sobre os processos geradores de riscos não controlados.

Da mesma maneira, é preciso encarar a participação dos profissionais de saúde na gestão e na avaliação. O que foi dito sobre humanização da gestão significa produzir autonomia e sujeitos trabalhadores ativos e protagonistas, com controles sobre os processos de trabalho nos quais se inserem. O quadro gerencial hospitalar tem que incorporar saberes da pedagogia, da psicanálise. É preciso construir algum grau de autonomia para poder trabalhar coletivos, porque é impossível dirigir essas máquinas complexas chamadas de hospitais, sem articular os vários saberes profissionais.

A ANS tem avançado significativamente na construção de novas metodologias para avaliação e classificação dos agentes privados que atuam na saúde suplementar. Introduziram mecanismos que ampliam as garantias dos usuários como: indicadores de saúde financeira das empresas, indicadores de resultados assistenciais, modelagem de contratos de serviços, sistemas de registros de dados e de cadastros de produtos e de usuários etc.

Ainda não foi abordado o tema de gestão de riscos e da gestão da clinica, mas esta introduzida a era da avaliação permanente, da prestação de contas e dos contratos com metas. É um excelente início!

Aspectos jurídicos da avaliação em Saúde

Sérgio Coelho

Advogado, sócio de Coelho, Ancelmo & Dourado Advogados; Pós-graduado em Direito da Economia e da Empresa pela FGV-RJ; Professor da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro.

Este texto tem por foco o tema da *avaliação*. Minha experiência nesta matéria é relativa a um elemento muito rigoroso desse processo: o *juiz*. Seus critérios de avaliação são muito rigorosos e complicados. Na maior parte do tempo, não sabemos muito bem como essa avaliação será feita, até que ele chegue à sua conclusão final, que é a *sentença*. Trata-se de um avaliador peculiar. Ele atua em um campo muito complexo, pois as normas que regem a avaliação no setor de Saúde, em nosso País, não são normas tão claras e coerentes quanto deveriam ser. Além disso, são exageradas em volume e na quantidade de áreas que pretendem atingir.

Em uma avaliação referente ao sistema de regulamentação da Saúde, a primeira pergunta é: *Para onde vamos?* E para chegar lá, temos que começar do início. Essa temática interessa diretamente a quem elabora as leis e também a quem avalia essas leis. Existe um processo legislativo que começa com o projeto de lei, segue com a sua promulgação e, por fim, à aplicação da lei ao caso concreto, através do julgamento pelo Poder Judiciário. Esse é um processo uno, e se nós desconsiderarmos o processo como um todo, teremos muita dificuldade para fazer essa avaliação.

Passamos, historicamente, por uma situação em que a relação médica era praticamente só entre médico e paciente, na qual o hospital tinha uma relevância muito pequena. As pessoas iam para o hospital praticamente para morrer ou para ficar longe das outras, para não contaminar as outras pessoas. Isso não tem tanto tempo assim. Da II Guerra Mundial até hoje a evolução foi brutal e a posição do hospital atingiu uma importância e uma relevância absolutamente impensável antes disso. E surgiu o grande problema da escassez de recursos. Não fosse por esse detalhe, não teríamos absolutamente nenhum problema.

A grande dificuldade é que, como os recursos não são inesgotáveis, é preciso gerenciá-los e isso está diretamente relacionado às questões jurídicas, às questões de regulamentação e às conseqüências dessa regulamentação.

Além da natural escassez de recursos, que é um problema no mundo inteiro, o Brasil passou por uma era de inflação gravíssima, que ajudou a deturpar todo esse sistema jurídico, especialmente em relação à Saúde. Em 1992, algumas dessas distorções ainda existiam, a inflação ainda era alta naquele período. Comecei a minha carreira como advogado, curiosamente, em um hospital. Eu tinha acabado de me formar e fui contratado por um hospital para ser gerente jurídico, no Rio de Janeiro e foi aí que eu me interessei por essa matéria. E tinha algumas taxas no hospital que eram absolutamente impressionantes, porque havia um congelamento de preços na década de 1980 e os hospitais para sobreviverem naquele ambiente, criaram duas taxas fantásticas: uma delas era a taxa de deambulação do paciente, na qual a enfermeira pegava o paciente e levava para circular e cobrava uma taxa; e taxa de resfriamento de termômetro, também era outra taxa que eu achava sensacional. Isso é engraçado, sem dúvida nenhuma, mas é uma demonstração de que é um sistema absolutamente deturpado sob todos os pontos. Avaliar esse sistema dentro desse contexto é sempre muito complicado e regular e regulamentar esse sistema é extremamente difícil. E como acontece normalmente no Brasil, ele foi sendo regulamentado aos poucos. Algumas leis que interessavam aos consumidores, mas não interessavam muito às operadoras, ficavam paradas. Enfim, a complexidade do sistema é muito grande.

Dentro desse sistema existem diversas relações jurídicas distintas: paciente x médico; paciente x hospital; médico x hospital; operadora x paciente; operadora x médico; operadora x hospital. Tudo isso sem considerar, evidentemente, fornecedor de materiais médicos e a indústria farmacêutica, dentre outros. E cada uma destas relações tem as suas peculiaridades. É claro que não podemos entrar aqui em todo o seu detalhamento, mas talvez a principal tarefa que surge ao avaliarmos uma situação complicada é exatamente a dificuldade de identificar onde está o problema. Às vezes, o problema parece estar relacionado à operadora de plano de Saúde e, na verdade, está diretamente relacionado à relação entre o paciente e o médico ou à relação entre o paciente e o hospital. Às vezes dá a impressão que o problema é entre o médico e o paciente e não é, é um problema paciente relacionado à operadora. Assim, o fechamento desse ciclo, ou seja, a identificação de onde está o problema é a primeira e mais difícil tarefa, considerando a complexidade dessa teia de relações jurídicas que existe na prestação de serviços de Saúde.

O sistema jurídico atual, no meu entendimento, engessou algumas das distorções que vinham desse passado em que se resfriava termômetro e se cobrava por isso. A Constituição de 1988, considerada a *Constituição Cidadã*, trouxe muitos direitos aos usuários dos serviços de Saúde. O Código de Defesa do Consumidor apertou ainda mais essa situação, trazendo novas e mais severas normas e controles adicionais sobre o prestador de serviços, em qualquer área. Especialmente na área de Saúde, a Lei 9656, as Resoluções da ANS e, por fim, a definitiva relativização da força dos contratos estabelecida pelo Novo Código Civil, de 2002 consolidaram um ambiente absolutamente hostil a quem se dedica a prestar assistência à saúde. Sobre a questão dos contratos, o fato é que, hoje em dia, eles não têm a força que tinham antes do Código Consumidor e antes do Código Civil. Isso atribui aos juizes a possibilidade de simplesmente desconsiderar cláusulas contratuais, por considerá-las abusivas, ou exageradamente lesivas a uma das partes. Até 2003 isso era restrito à relação de consumo. Hoje não, o juiz pode aplicar esse mesmo critério aos contratos comerciais.

Enfim, trata-se de um complexo legislativo – e aqui estamos falando somente das leis mais importantes, somente da regulamentação mais importante –, pois o número de pessoas, de entidades, de entes públicos que legislam sobre Saúde é uma enormidade. Temos o que se chama competência concorrente na legislação. Desse modo, estados, municípios e União legislam sobre Saúde. Existe o Ministérios da Saúde as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, as leis federais, estaduais e municipais, os Conselhos Regionais, a ANS, a Vigilância Sanitária, quer dizer, é um

complexo de leis e normas inferiores que, muitas vezes, não são compatíveis entre si, gerando sérias complicações para a interpretação e aplicação das normas.

Selecionei algumas perguntas sobre o sistema, para compreendê-lo, pois as respostas que se atribuir a elas são absolutamente indispensáveis, para podermos começar a pensar em entender o sistema jurídico, especificamente da Saúde.

O Artigo 196 da Constituição é a norma jurídica mais importante sobre Saúde em vigência no Brasil. É o famoso artigo que diz que Saúde é *"direito de todos e dever do Estado"*. O alcance dessa norma é extremamente complexo. Os juristas brasileiros não chegaram a uma conclusão sobre isso. Uma parte dos estudiosos do Direito Constitucional – que não é pequena – entende que todo o dispositivo constitucional tem aplicação imediata, é auto-aplicável. Desse modo, quando se diz no Artigo 196 que a Saúde é direito de todos e dever do Estado, isso quer dizer que para qualquer pessoa – tenha a doença que tiver, precise do que precisar – o Estado terá que garantir a ela o tratamento adequado. Isso significa inclusive que eventualmente terá que enviá-la para o exterior e custear esse tratamento em outros países. Esta é uma possibilidade e isso acontece de vez em quando. Em relação a esse entendimento da norma, situo-me em posição diametralmente oposta. Penso ser esta uma norma do tipo que se chama *norma programática*. Ela cria um objetivo, mas ela não pode ser auto-aplicável simplesmente pelo fato que ela é absolutamente incompatível com a escassez de recursos. É impossível dar toda a Saúde a todos, não porque não se queira, mas porque não há recursos disponíveis para isso. Fechar os olhos para o fato de que precisamos gerenciar recursos em Saúde parece-me não ser razoável. E, não sendo razoável, não pode ser aplicável à interpretação da lei. A interpretação da lei não pode levar ao absurdo. Há um brocado latino que diz que não se pode obrigar uma pessoa a capturar uma estrela do céu. Por quê? Porque é impossível e me parece que é exatamente esse o caso que nós temos aqui.

Por outro lado, é fundamental compreender qual o espaço da Saúde privada na Constituição. A Constituição diz expressamente que é livre à iniciativa privada a prestação de serviços de Saúde.

Como é que os hospitais privados se relacionam com o SUS? Está na moda agora, em alguns estados, os juizes concederem medidas liminares para que as pessoas que não têm planos de Saúde e que precisam ser atendidas, que têm realmente uma necessidade de assistência imediata, sejam atendidas pela rede privada, cobrando-se do SUS. Existe um projeto de lei dizendo isso, inclusive em tramitação no Congresso Nacional, nesse sentido, de que as pessoas independentemente de credenciamento, os hospitais privados terão que atender a população pelo SUS, remunerados pelo SUS, pela tabela do SUS. Isso é uma maluquice. Evidentemente esse projeto de lei não vai ser aprovado – espero que não – mas os juizes, antecipando-se a qualquer coisa, já estão deferindo esse tipo de medida liminar, em prejuízo de todo o sistema. O Judiciário tem muita dificuldade para lidar com a questão da escassez de recursos e com uma visão macroscópica do problema. O Judiciário olha – e a nossa estrutura jurídica leva a isso – exclusivamente o problema subjetivo que lhe é apresentado naquele momento.

O quê a Constituição diz? Que as empresas privadas, os hospitais privados poderão – pessoas físicas e jurídicas – participar do SUS mediante convênio ou contrato administrativo. Quer dizer, ninguém pode ser obrigado a atender um paciente SUS a não ser via contrato ou convênio administrativo. Isso não quer dizer que se chegar um paciente na porta do hospital sem plano de Saúde que ele não tenha que ser atendido, claro que tem, mas o devedor é ele. Não há um sistema que leve ao SUS a responsabilidade de remunerar essas despesas. Mas ainda assim as liminares estão crescendo.

A expressão *saúde suplementar* é outra coisa que me incomoda bastante. Suplementar é aquilo que supre, é aquilo que integra um todo maior para esclarecer ou melhorar. Eu não consigo ver a Saúde privada como suplementar. Para mim a Saúde privada não tem absolutamente nada a ver com a Saúde pública, a Saúde pública é dever do Estado e ele tem que fazer o melhor possível. E a Saúde privada existe, se a Saúde pública for perfeita ela deixará de existir e ponto final, ou existirá simplesmente para garantir conforto para quem puder comprar conforto, mas não será uma necessidade. Eu não consigo vê-la como parte de um todo integrado ao SUS. Essa visão de *suplementaridade*, no meu entendimento, é exatamente o que permite essa lógica de concessão de limiares para que se cobre do SUS posteriormente e outras deturpações da mesma natureza.

Outro ponto relevante é identificar quais são os limites de atuação da ANS? Os limites são estritamente os contidos na lei que a criou. A ANS não pode sair desses limites e, portanto, o que ela faz é regulamentar a atividade e fiscalizar as operadoras de plano de Saúde, e nada além disso.

Chega-se à última questão: quais são os limites desse avaliador permanente, o Poder Judiciário? Ele não tem limite nenhum. No Judiciário vale a regra de que manda quem pode e obedece quem tem juízo. Qualquer determinação judicial tem que ser cumprida, o único jeito de não cumpri-la é revogá-la através do próprio poder Judiciário. Ou o Judiciário reforma a decisão, ou o seu cumprimento será obrigatório, por mais absurdo que possa ser ou parecer. O Judiciário é o último Poder. Vivemos hoje – como foi na ditadura militar, durante muito tempo – algo muito próximo de uma ditadura do Poder Judiciário. Só que, em vez de termos um ditador que pelo menos conhecemos, sabemos mais ou menos como funciona, temos milhares de ditadores, de pequenos ditadores, que decidem de acordo com a sua própria vontade, com o respaldo da lei. Essa situação vai ter que mudar em algum momento, mas é isso o que vemos hoje em dia e é a isso que conduz a lógica do nosso sistema legal.

A Lei Orgânica da Saúde também integra esse sistema de forma muito importante. É uma lei muito boa, de 1990, logo depois da Constituição Federal, que regulamentou o conteúdo constitucional. Ela organiza a prestação de serviços públicos de Saúde, com normas relativamente realistas e tem uma motivação coerente da oferta privada, de acordo com o que determina a Constituição Federal. Não é uma lei perfeita, mas é uma lei que, pelo o que ela se propõe, é muito mais adequada do que a imensa maioria das normas que regulamentam a Saúde.

A Lei 9656 é outro tema que não podemos deixar de abordar, pois é a lei dos planos de Saúde. Qual era o grande problema que vivíamos na época em que se editou essa norma? Tínhamos dois problemas fundamentais. O primeiro dizia respeito àquelas pequenas operadoras de plano de Saúde, sem lastro, sem respaldo financeiro que eram criadas, vendiam planos e que quando a clientela precisava de atendimento, elas simplesmente não tinha condições financeiras de suprir os custos correspondentes, e logo deixavam de existir. Ou seja, tinham fechado, tinham acabado. Esse era um problema a precisava, de fato, de uma solução legal. Não havia possibilidade de se deixar esse mercado desregulado da forma como ele era por conta disso. Era necessário criar um sistema equivalente à tarefa desempenhada pela SUSEP no âmbito das seguradoras em geral: garantir que podem entregar o que você vendem. Isso – e nunca ouvi uma opinião diferente – precisava ter um freio naquele momento. Além disso, era necessário

garantir que os produtos fossem vendidos com o necessário esclarecimento. Garantir que quem comprasse soubesse exatamente o que estava levando. Isso era o necessário naquele momento, e esses eram, no meu entendimento, os únicos defeitos do sistema.

A primeira é uma versão muito mais razoável. A SUSEP integrava aquele sistema – não havia ANS, nem nada disso – e havia mais liberdade. A lei mudou logo depois e o que temos hoje é uma legislação complexa, extremamente intervencionista que controla preços e produtos. Traz burocracia e custos. Talvez estivéssemos melhor sem ela. Mas essa é uma impressão muito pessoal. Eu sei que ela teve alguns benefícios, mas os malefícios me parecem maiores.

Aqui, na Fundação Getulio Vargas, afirmo com muita tranqüilidade, que tendo a achar sempre que a intervenção do estado é ruim, *a priori.* Depois, podemos até perceber que ela teve algum benefício. Mas o princípio da subsidiariedade, quer dizer, o Estado deve intervir apenas no que as pessoas não conseguem resolver entre elas, tem que ser o que vigora nesse tipo de caso.

Existe uma expressão de um autor americano, num livro chamado *The cost of rights*, que é a seguinte: levar os direitos a sério significa levar a escassez de recursos a sério.

De fato, ainda não se compreendeu, no Brasil, que alguns direitos depende recursos, dependem de dinheiro.

Temos diversos *"tipos"* de direitos. O direito que a Constituição estabelece de ir e vir, por exemplo, é um direito que não custa nada. O seu exercício depende apenas de uma abstenção do Estado. Se desejo viajar para a Bahia ninguém vai me impedir ir para a Bahia e pronto. Há certos direitos, por outro lado, que dependem de recursos financeiros. Sem isso eles não são passíveis de concretização. É inviável tratar esses dois direitos como se fossem uma coisa só, eles são diferentes, têm fundamentos diferentes e devem ter interpretações diferentes. Por isso é que levar os direitos a sério significa levar a escassez de recursos a sério.

Entrando agora na parte mais divertida, o que gera conflitos entre médico, paciente e hospitais. Seria possível listar 200 perguntas e elegi estas porque que são bastante interessantes e têm uma relação bastante direta com a matéria da avaliação.

A primeira delas é quem é o responsável pela condução do tratamento do paciente? Não tenho a menor dúvida de que é o médico assistente. Em qualquer situação ele é o responsável pela condução do tratamento. Quem não tem médico assistente, quando é um paciente institucional, o responsável pelo tratamento é a instituição. Agora, o médico assistente não é o dono do paciente, é o médico assistente. São coisas bastante diferentes. O médico deve usar a sua autonomia o máximo possível, mas o hospital tem o direito e tem o dever de supervisionar essa conduta e não deixar de modo algum que ela violente a boa prática médica dentro da sua instituição de Saúde. Esses são conflitos que nascem entre hospitais e médicos com alguma freqüência.

Em uma ação indenizatória, uma ação por erro médico, quando é que o médico responde e quando o hospital responde? Vamos dizer que haja alguma não conformidade e o paciente venha a sofrer um dano. Quando é que se descobre quem paga a indenização a esse paciente, se é o médico ou se é o hospital? Essa é uma questão mais ou menos superada. Quando a suposta vítima for paciente do médico e a ele diretamente vinculada, ou seja, quando o paciente procurou o médico no seu consultório e resolveu então ser internado naquela instituição de Saúde – poderia ter sido em qualquer outra – porque o médico ali costuma internar os seus pacientes e a falta foi do médico, exclusivamente do médico, quem responde é ele e não a instituição.

A instituição responderá, por outro lado, quando houver uma falha do serviço hospitalar, ou seja, quando o dano for causado pela própria estrutura hospitalar, que é integrada pelas equipes de apoio, como enfermagem, médicos plantonistas, insumos e outros. Ou então quando o médico assistente agiu como seu preposto, ou seja, quando o médico atua em nome do hospital.

E quando é a operadora quem deve responder? Sempre que ela tiver alguma relação com a escolha daquele médico ou daquele hospital, ou seja, sempre que contribuir para que o paciente eleja o médico ou instituição de saúde causador do dano. Em sentido prático, portanto, responde a operadora sempre que o médico ou hospital que ágil culposamente for credenciado. Essa é a lógica.

As seguradoras, que, como se sabe, são uma das espécies de operadoras de planos de saúde, não gostam disso. De um modo geral dizem que não pode ser dessa forma porque elas pagam mediante reembolso.

Meu entendimento é no sentido de que sempre que há alguma forma de direcionamento, alguma participação da operadora na escolha daquele médico ou daquele hospital ela também responde por uma eventual indenização.

Esse tipo de ação judicial, que envolve a conduta médica, é resolvido por meio de uma decisão do perito. Num determinado momento do processo, o juiz se substitui por um perito e os advogados por assistentes técnicos. Em 99% dos casos o que o perito diz é acolhido pelo juiz, por mais absurdo que isso possa parecer para outros médicos. O juiz, de um modo geral, a não ser que seja também formado em Medicina – e eu não conheço nenhum – não entende absolutamente nada daquilo. O que o perito médico concluir será acolhido pelo o juiz. Desse modo, a perícia médica é o momento que deve ser acompanhado muito de perto pela administração, pela gestão e por quem realmente vai pagar a conta. É um momento crucial e por melhor que seja a defesa, por melhor que sejam os advogados, se na perícia acontecer algum problema, o advogado não consegue reverter na maior parte das vezes.

Quanto tempo demora um processo de responsabilidade civil, uma ação indenizatória como essa? Também é uma pergunta muito freqüente. Depende. Em São Paulo demora uma eternidade, no Rio de Janeiro demora um pouco menos. Em São Paulo, um recurso demora três a quatro anos para ser julgado. No Rio, o julgamento sai em três a seis meses. Para os meus clientes isso é muito ruim. Se fosse advogado em São Paulo, com certeza estaria mais feliz porque sou sempre advogado do réu. Mas enfim, é uma situação muito variável, porque um processo judicial demora... Sendo um processo que depende de perícia, vai ser sempre um processo longo.

Como é que se calcula a indenização? No Brasil, ela está diretamente ligada aos rendimentos do ofendido. O dano material é contabilizado assim, quanto se perde, porque seus parâmetros são os lucros cessantes e os danos emergentes.

Assim, por exemplo, se o problema envolve uma lesão permanente e incapacitante de uma pessoa que recebe um salário mínimo, será uma indenização reduzida. Agora, se for uma pessoa de 30 ou 40 anos de idade, bem sucedida, ganhe vinte mil reais por mês, a indenização passará de alguns milhões, com certeza.

Como é que se evita ou se diminui as condenações? É necessário possuir técnica adequada. Isso não existe advogado que substitua. Se houve, de fato, o erro, é uma questão técnica, logo não há espaço para a não conformidade.

Outro ponto relevante é a existência de relação de parceria com o corpo clínico: os hospitais têm que estar próximos do corpo clínico e vice-versa. Quanto mais próximos eles estão, menores serão os riscos

de acontecer algum problema.

Prontuário completo, por outro lado, é condição essencial para defender o hospital ou médico. É impossível defender um hospital ou um médico quando falta alguma coisa no prontuário, porque ao hospital e ao médico cumpre ter registros. Se não houver registro, não se poderá fazer uma prova que ele tem que fazer. Portanto, os prontuários têm que ser completos sempre.

Todas as informações internas devem ser documentadas tanto o quanto possível. Em uma palestra recente, uma pessoa me perguntou: *Isso quer dizer que a cada Novalgina que eu for dar para o paciente devo pedir um termo de autorização?* Não, é evidente que não. Existem certas coisas, certos procedimentos, que são autorizados pela razoabilidade dos fatos. A conduta normal do hospital é autorizada, tacitamente, a partir do momento em que a pessoa se interna no estabelecimento.

Existem, porém, certos exames, certos procedimentos mais invasivos, de maior risco, em que o consentimento informado ou, no mínimo, a informação sobre os riscos e as alternativas terapêuticas são absolutamente essenciais.

Isto talvez seja o ponto principal do que é possível fazer preventivamente com relação a essas ações. Tenho, em meu escritório, vinte e dois hospitais como clientes e algumas estatísticas. A partir de um determinado momento, percebemos que, em um determinado hospital, as ações eram poucas e, de repente, apresentam uma subida, ou uma acentuada redução.

Então, vemos o que aconteceu no hospital. Mudança de diretoria, mudança de forma da conduta das questões internas. Se vocês pudessem imaginar a quantidade de ações judiciais que um recepcionista, que um auxiliar de enfermagem evita vocês ficariam absolutamente impressionados. Talvez vocês tenham essa consciência, mas é absolutamente impressionante o que faz a boa relação médico, hospital e paciente.

Em quase todas as ações indenizatórias das quais eu já participei a gente chega na audiência e a pessoa diz o seguinte: *Eu vou doar esse dinheiro se eu receber, mas o hospital não valorizou a minha dor naquele momento.* Normalmente, trata-se de um familiar. Muitas vezes o hospital está certo, está absolutamente correto, mas gerou naquele paciente um desconforto tão grande e ele se sentiu tão mal recebido na sua dor, em seu sofrimento, tão pouco acolhido – porque o paciente espera isso do hospital e do médico –, que ele entra com uma ação judicial como um retorno, como um revide por aquela conduta especificamente. Então tudo, quase tudo pode ser evitado aqui.

As certificações formais são relevantes? São. No Brasil existe o princípio da livre apreciação da prova pelo juiz. Este não está vinculado a prova nenhuma, desse modo, o que deve ser feito? Quando eu comecei meu curso jurídico, um amigo do meu avô era Desembargador, ele me chamou e disse: *Eu vou te dizer como juiz julga porque eu sou juiz há 40 anos. A gente faz a nossa impressão pessoal e vai na lei buscar uma desculpa para julgar do jeito que a gente quer.* E isso é absolutamente verdadeiro. Existem advogados que chegam ao final da carreira e não perceberam isso, ainda, mas essa talvez tenha sido a maior lição que eu recebi antes mesmo de completar a faculdade.

O papel do advogado é o de convencer quem vai julgar. e o fato de da instituição ser preocupada com qualidade, investir em qualidade, investir em certificação, ter alguém que carimbe, ter alguém que supervisione, ter comissões de controle, enfim, ter uma estrutura que demonstre a preocupação com a qualidade muda completamente a visão pessoal do juiz e, conseqüentemente, muda completamente o resultado do julgamento, a forma como ele vai julgar.

Assim, apesar de não ter nenhuma relevância formal, não ter nenhuma relevância legal, tem uma relevância muito grande as certificações ou qualquer outra forma de demonstração de qualidade.

Passaremos agora às questões contratuais, ou seja, as questões financeiras que estão mais relacionadas à relação entre operadoras e prestadoras de serviços. Quem é o responsável primeiro pelo pagamento da conta hospital?.Há uma discussão sobre isso muito grande, sobre se o paciente contrata o hospital e indica um terceiro para fazer o pagamento ou se é o plano, a operadora de plano de Saúde, que contrata o hospital para atender o seu beneficiário. Isso muda tudo. E vai depender da forma como aquela relação jurídica se estabeleceu no caso concreto. Não vejo como dizer que, na verdade, quando existe a situação tradicional em que a operadora contrata o hospital e o remunera, há um contrato de fato com o hospital estabelecendo valor, prazo de pagamento e tudo o mais, a contratante do serviço é ela, operadora, e pagará a conta. É a primeira responsável pelo pagamento da conta e responderá judicialmente pelo descumprimento da sua obrigação, quando isso ocorrer.

Quem entende o oposto, que quem contrata é o hospital, é o paciente, dirá, por conseqüência, que se a operadora não pagar a conta, o paciente responderá diretamente pela obrigação. São duas visões que mudam completamente o resultado da situação.

Pesoalmente, entendo que ambas podem ocorrer, dependendo da estrutura contratual existente.

Outro ponto polêmico diz respeito à legitimidade da glosa.

Aqui, a resposta é simples: depende da glosa.

Todo contratante de serviços alheios, evidentemente, tem o direito de verificar o que está pagando, de confirmar a prestação de serviço. Isso é legítimo. E o que não é legítimo? O que não é legítimo é criar parâmetros que não são pautados pela boa técnica e deixar de pagar o que for utilizado fora desses parâmetros. Isso é uma violação da autonomia do médico. Aí as Operadoras dizem: *Ah, mas como em relação à autonomia do médico se o médico já prestou serviço?* É violação da autonomia porque as operadoras com isso criam um novo sistema e pautam as atuações futuras daqueles profissionais e daquele hospital. Então, esse é o limite da auditoria de contas.

E o direcionamento de pacientes é legal? É uma outra pergunta interessante. A operadora do plano de Saúde tem o direito de levar o seu paciente para outra instituição? Tem, se convencer o paciente. Agora não tem se for criar obstáculos sem esse convencimento efetivo do paciente para que vá a outra instituição. Há quem diga que isso é uma violação do contrato também porque falta boa fé objetiva. De fato, o novo Código Civil trouxe essa figura da boa fé objetiva, que é uma contradição em termos, porque a boa fé não é objetiva, ela é sempre um critério subjetivo. Enfim, a boa fé objetiva quer dizer isso: existem certos atos que violam a lógica da boa fé. Então, se a operadora tem um contrato com o hospital e o paciente procurou aquela instituição, a operadora não pode tirá-lo ele de lá. É um argumento bastante razoável, eu não tive a oportunidade de vê-lo aplicado judicialmente, mas é um argumento interessante.

Cobrança de taxa de comercialização é legal? Tudo o que é estabelecido entre partes é legal. Tudo o que a operadora e o hospital combinarem entre si e contratualmente estabelecerem é legal.

Mas a existência de taxa de comercialização é razoável? Não. Apesar de ser legal, não é razoável. O hospital deveria ser remunerado pelo serviço que ele efetivamente presta e pelo resultado desse serviço, e não ser remunerado como um revendedor de material médico e de medicamento. Mas é uma deturpação que incomoda a todos, na

verdade incomoda os hospitais e incomoda as operadoras. Mas não tem nada de ilegal.

Colocação de material médico nos hospitais pelas operadoras é legal? Trata-se do mesmo caso: se for acordado não tem nada de ilegal. Contudo, aos hospitais, é bom lembrar que eles respondem por aquele material. É um pouco chato receber um material externo e responder se alguma coisa acontecer com o paciente por conta de defeito daquele material. Mas é negocial, não há absolutamente nada de ilegal, em meu entendimento.

A Operadora pode alterar contratos com prestadores unilateralmente? Chegamos em qualquer relação de Operadora com hospital e pergunta: V*ocê tem contrato com essa Operadora? Tenho. Então me traz o contrato.* Aí, vemos que nos contratos de 1989 existem duas folhas e uma pasta com 60 cartas alterando os diversos pontos do contrato. É legal isso? É legal se o hospital – ou o médico –, se o prestador de serviço aceita.

A partir do momento em que ele recebeu a carta e passou a se conduzir daquela forma, é legal, alterou o contrato. Ele pode perfeitamente dizer: *Meu amigo, sinto muito, mas não vou fazer, nós temos um contrato, está em vigor, eu não vou mudar a minha tabela, não vou mudar a minha data de pagamento, minha data de faturamento, nada disso. Se você quiser a gente pode combinar isso.* Mas a partir do momento que ela recebe a carta, aceita e passa a se conduzir de outra forma está tudo certo, é legal e passa a valer totalmente, pois as relações comerciais alteram o contrato. A prática comercial altera o contrato. Não pode alegar depois que sofreu algum tipo de violência contratual.

Qual o alcance do Artigo 17 da Lei 9656? Esse dispositivo é aquele que diz que as operadoras não podem descredenciar os hospitais sem contratar um outro equivalente. Esse artigo foi fantástico para os hospitais, porque os colocou numa situação extremamente confortável, até porque ninguém sabe o que é outro equivalente. Desse modo, se tenho um hospital no Morumbi, a operadora descredencia, contrata um em outro bairro, no Itaim. Ele é equivalente? Ele pode ter o mesmo número de leitos, pode ter a mesma condição técnica, só a localização ser outra isso não parece que é tão equivalente assim.

A grande discussão é se isso é um direito dos hospitais ou se é um direito dos pacientes, dos beneficiários do Plano de Saúde. Parece-me que é um direito do consumidor, o direito não é dos hospitais, os hospitais não podem ir a juízo para exigir o complemento desta norma jurídica. Quem pode fazer isso é o Ministério Público, as associações dos consumidores e os próprios consumidores.

Como proceder nos casos de liminares por atendimento? Hoje isso é uma moda, todo mundo recebe um monte de liminares para atender paciente sob a responsabilidade do SUS, das operadoras e tudo mais. É obrigatório cumprir as liminares, não há outra saída e normalmente essas liminares suprem as senhas que as operadoras normalmente concedem aos hospitais. Após isso, aquela conta deve ser cobrada normalmente, e a operadora está naturalmente obrigada a pagar.

Qual é a real importância do contrato? Existe hoje um sistema de contratualização proposto pela ANS. Os hospitais colocam muita fé nisso. Esse sistema de contratualização não é só para os hospitais, é para hospitais e prestadores de serviço em geral, são duas resoluções normativas, podem realmente mudar a relação deles com as operadoras. Pode ser, mas eu não acredito. Acredito que as relações contratuais devem respeitar os limites de força de cada um. Os contratos entre duas empresas eu sinceramente não acredito que possam ser moldados dessa forma por uma agência reguladora.

Isso faz uma confusão entre objetivos com imposições, aquilo o que foi abordado sobre a lei, sobre o Artigo 196. O que é objetivo? Saúde é direito de todos? É um objetivo que o Estado deve perseguir, mas não pode de jeito nenhum ser uma imposição.

O problema me parece estar relacionado à nossa crença desmedida no poder transformador da lei. Acreditamos muito que, com a feitura de novas leis, os problemas serão resolvidos. Mas, na realidade, temos o oposto. Vamos resolver o problema quando reduzirmos as leis, o número de pessoas que podem legislar e essa intervenção tão grande que existe.

Os juizes têm poder em excesso, os julgamentos são pela aplicação de princípios e não por normas específicas. Raras são as decisões em saúde que não apelam para argumentos ligados à importância social da saúde e à dignidade, da pessoa humana. O princípio da dignidade da pessoa humana resolve qualquer problema, atualmente. Qualquer problema que apareça você vai ao juiz e diz que é o princípio da dignidade e da pessoa humana que está tudo resolvido, passa por cima de qualquer lei, de qualquer jurisprudência, e está tudo certo.

Há um desprezo muito grande pela autonomia da vontade. Os contratos simplesmente não são considerados mais. Os juizes utilizam esse excesso de poder que a lei lhes deu de modo muito além do razoável. Uma defesa do micro direito, quer dizer, do direito do paciente individual, do consumidor individual, e muito desprezo pelo macro direito, pelo direito que todos nós temos, de manutenção de um sistema sadio de Saúde. Essa distinção de micro direito e macro direito é uma distinção absolutamente essencial. Até no Direito do Consumidor não se fala nele.

Toda essa lógica gera uma sobrecarga terrível das operadoras e dos hospitais porque realmente prestam um serviço que é essencial. E tudo isso traz uma insegurança jurídica muito grande. Estamos falando aqui de uma avaliação, sem querer ser pessimista ao extremo, mas de um avaliador que tem poderes excessivos e que não se entendem nem entre eles sobre o que diz a lei. É como se os protocolos fossem todos interpretáveis e de dificílima aplicação. Isso tudo traz uma insegurança jurídica muito grande.

No meu entendimento, não existe nada mais parecido com a falta de lei do que o excesso. Os dois trazem exatamente a mesma insegurança jurídica. No Brasil o que acontece é exatamente isso. Esse sistema é um sistema completamente insano por conta disso tudo, quer dizer, ele subverte os papéis, ele transforma, como eu disse antes, hospitais vendedores de material médico, cerceia a liberdade de contratar, estimula a gastança. Onde é que já se viu um sistema em que hospital ganha um percentual sobre o que ele gasta? Isso é uma inversão. Em qualquer mercado você ganha em percentual pelo o que você não gasta. O hospital ganha um percentual sob o que ele gasta. É um estímulo louco à gastança. Desconsidera os limites financeiros, despreza resultados, desestimula investimentos, estimula a Medicina defensiva, representa oportunismo jurídico, judicialização e tudo o mais. Há uma expressão do professor Roberto Campos que diz: *Tornou-se prática, parte da nossa técnica legislativa, gravada pela Constituição de 1988, confundir objetivos desejáveis com realidades alcançáveis num contexto de recursos miseráveis.* Eu acho que esse talvez seja o resumo da Constituição e da interpretação que nós damos a Constituição.

E assim chegamos à pergunta final, apresentada no início deste texto: *Para onde vamos?* Penso que continuaremos continuar patinando durante muito tempo nessa questão da regulamentação da Saúde. É um sistema em que as medidas adotadas para melhorá-lo e para resolvê-lo – não que sejam erradas – ou não compreendem o problema, ou pretendem simplificá-lo demais.

Para onde vai o cuidado na assistência médico-hospitalar

Maria Luiza Monteiro Costa

Enfermeira master da Divisão de Prática Assistencial do Hospital Israelita Albert Einstein; e mestre em Ciências Básicas em Gastroenterologia pela UNIFESP.

Para dar início à discussão do tema, é importante saber que a definição de *cuidado em saúde* baseia-se em princípios científicos, nas expectativas individuais e nos valores sociais. Ou seja, como é que a pessoa que está sendo assistida e recebendo esse cuidado, "vê" essa assistência, relacionando a sua vivência na comunidade. Também é relevante saber *qual qualidade* de cuidado está associada aos fatores mencionados sendo capaz de agregar, no que se refere aos seus componentes, a acessibilidade, a eficácia, a eficiência e a oportunidade dessa atenção.

O gerenciamento do cuidado transcende a simples aplicação de técnicas administrativas e a administração de recursos, alcançando a atenção global e a busca das respostas concretas para os problemas identificados.

O que dizer do hospital dentro sistema de saúde? O caráter normativo atual não se sustenta na prática. Observamos que, para cada hospital há uma lógica de funcionamento e cada um apresenta uma realidade particular. Múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, são interrompidos e, às vezes, truncados, sem uma seqüência horizontal de assistência. O atendimento de urgência e emergência aponta para uma clínica reducionista e ineficaz e não para a integralidade do cuidado.

A integralidade do cuidado, tanto no hospital quanto após a alta hospitalar, está necessariamente ligada a multidisciplinaridade e aos melhores resultados na prática. O hospital de hoje funciona como referência para a Saúde e para a sua alta complexidade, além da maior ou menor integralidade de atenção recebida, que resultam, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos profissionais.

A palestra do Dr. Guilherme *Schettino* nos traduz toda a complexidade da assistência de hoje e a sua projeção para o futuro. O paciente é internado no hospital pela necessidade de um atendimento a um estado agudo e complexo. Contudo, no momento da alta, a sua atenção está voltada para a reconstrução do modo de vida e da continuidade do seu tratamento na comunidade. A partir desta visão, vemos a importância da inclusão da equipe assistencial na horizontalidade do cuidado.

A preocupação do governo Canadense com relação ao tema é perceptível na palestra proferida pela Diretora do seu Ministério da Saúde, *Home Care and Community Support Branch - Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*, em novembro de 2005. Ela faz uma comparação entre *status* atual e o futuro nas diretrizes do seu Programa, naquele país. A preocupação é direcionada para a grande demanda de hospitalizações e seu planejamento, para que no futuro estes leitos possam ser traduzidos em termos de uma alta precoce e de um aumento do atendimento residencial (*home care*). Além disso, o trabalho enfoca o atendimento de casos agudos, passíveis de atendimento domiciliar, reduzindo esse alto índice de hospitalização.

Atualmente, em nossa realidade, vemos muitos pacientes crônicos permanecerem internados por longos períodos, às vezes meses, podendo ter uma atenção e assistência global e mais humanizada em seu próprio lar. A implementação de reabilitação multidisciplinar e em alguns casos em cuidados paliativos é fundamental para suprir esta grande lacuna. Os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar são: médico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Pacientes com condições crônicas geralmente não são orientados como cuidar de sua própria doença. As visitas médicas são curtas e sem planejamento, incompatíveis com o total atendimento de suas necessidades crônicas. Tratar de doenças crônicas muitas vezes significa uma interação passiva com aspectos não uniformes com equipe despreparada.

Conforme o *Medical Expenditure Panel Survey* (1998), mais da metade dos gastos com cuidados de Saúde corresponde a pessoas portadoras de condições de múltiplas doenças. Constatou-se 21% de pessoas sem doenças crônicas; 22% com uma doença crônica; 18% com duas; 15% com três; 12% com quatro e 14% com cinco ou mais. Isto significa que o nível de assistência dobra quando uma pessoa apresenta uma condição crônica. Normalmente um portador de diabetes, por exemplo, terá necessidade de consultar médicos das seguintes especialidades: Endocrinologia, Vascular e Cardiologia. Esta condição aumenta o custo e a complexidade da assistência. Chega-se a um momento em que, no caso de uma pessoa com mais de cinco doenças, o custo pode aumentar até mais do que catorze vezes, com conseqüente o aumento da chance de hospitalização no tratamento de situações agudas. O número de profissionais pode aumentar cada vez mais. A grande preocupação dos pacientes está relacionada aos custos e à sua relação com os convênios. Isso evidencia a importância da revisão do sistema de tratamento de situações agudas prevendo e promovendo a continuidade, com a administração contínua e coordenação.

O custo apresentado pela doença crônica na população americana com múltiplas afecções, segundo a *Kaiser Permanente Northem Califórnia Commercial Membership* (2001), é de 6% e está relacionada a 33% dos custos associados a cada segmento. Sendo que o segmento da população sem condição crônica tem 36% dos custos. Logo, temos uma demanda financeira grande para uma população pequena.

A prevenção é a medida mais importante e faz parte de todas as etapas dos cuidados, desde uma rotina como a educação para a

autogestão da condição crônica até um nível em que há a necessidade de supervisão de um profissional e até aos cuidados intensivos ou de gerenciamento de caso.

Abordando a questão pelo aspecto da estratégia, é necessário ter em foco a seguinte assertiva: *"Promover o cuidado certo, no momento certo, para a pessoa certa, no local certo".* O que podemos visualizar, na atualidade, é o investimento de Programas que auxiliem esta população a evitar uma hospitalização desnecessária. E no caso desta ocorrer, voltar o mais cedo para casa com um planejamento de continuidade da assistência.

Algumas iniciativas do governo em relação a esta discussão relacionam-se ao oferecimento de algumas opções de continuidade do tratamento no próprio domicilio. O trabalho da equipe multidisciplinar é valorizado nesta estratégia. O Programa de Internação Domiciliar (PID) é um modelo assistencial, fundamentado na Lei nº 10 424, de 2002, do Ministério da Saúde, que visa o cuidado integral dos usuários, em relação aos procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapia, psicologia e assistência social, necessários ao cuidado. Este modelo está centrado em uma visão holística com estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais, construção de uma nova lógica de atenção e enfoque na promoção e prevenção à Saúde e na humanização da assistência. Requer profissionais de Saúde que superem o modelo hegemônico centrado na doença para outro que construa um pensar e um fazer sustentado na produção social do processo saúde-doença.

A Assistência Domiciliar (AD) na Atenção Básica no SUS vincula a AD à área hospitalar no atendimento de pacientes portadores de doença crônica, que apresentem dependência física, em fase terminal e pacientes idosos, com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos.

A implantação da Assistência Domiciliar privada emergiu do questionamento da possibilidade de reduzir custo mantendo satisfação aos usuários e o desenvolvimento e sua autonomia e aos profissionais. O início deste processo ocorreu no início da década de 1990 com o objetivo de aumentar o número de vagas hospitalares, reduzir o risco de infecção hospitalar, incrementar a humanização no atendimento e a proporcionar a redução de custos. Em 1999, constatou-se que o número de empresas em relação ao *home care* ultrapassou 180. Manteve-se a idéia de que a assistência domiciliar deva ser capaz de potencializar a continuação do atendimento e evitar *agudização* da doença e a conseqüente hospitalização. Esse é um caráter facilitador para o trabalho compartilhado, é um integrador de diferentes níveis de atenção e se procura também a redução de custos. A relação da equipe assistencial de *home care*, por vezes, mostra-se bastante complicada, tanto em relação ao cuidador-usuário, a equipe-usuário, família-usuário e cuidador-família. Com o tempo, estabelece-se um vínculo importante, com a equipe, família e paciente É fundamental a existência de um profissional de referência para a coordenação desses cuidados e o enfermeiro tem esta competência profissional.

É fundamental o emprego de tecnologia atualizada quando se fala em Assistência Domiciliar. Existe, por vezes, a improvisação na instalação e na realização do cuidado domiciliar. Portanto isso leva a uma necessidade de revisão desta organização no processo de trabalho. A elaboração de protocolos, que possam valer não só dentro do hospital, mas que eles tenham essa continuidade durante o atendimento em casa ou mesmo em ambulatórios.

Outra instância da assistência multidisciplinar ao paciente após a alta hospitalar, é a instituição de longa permanência. Hoje, alguns hospitais possuem instituições de longa permanência e oferecem atendimento principalmente para a população idosa, uma vez que já vivemos dentro dos hospitais com uma população que, às vezes, alcança 25% das saídas hospitalares com idade superior a 60 anos.

E por que o idoso é encaminhado para uma instituição de longa permanência? Muitas vezes pelo estresse, a família não tem mais estrutura psicológica e emocional para manter o idoso em casa. A dependência funcional do idoso aumenta a necessidade de cuidados de uma equipe multiprofissional. Os cuidados necessários prestados por profissionais tecnicamente habilitados aumentam, por exemplo, na prevenção de quedas, ulcera por decúbito, incontinência urinária, conforto respiratório, apoio psicológico e nutricional. A necessidade de cuidados paliativos é outra abordagem necessária para pacientes terminais que teriam uma qualidade de assistência no final de vida em casa ou em os *hospices*. Este último apresenta estrutura adequada para assistência médica e multiprofissional e de serviços de suporte promovidos aos pacientes terminais. Sabemos que na Europa e nos EUA. estes serviços são comuns para atendimento destes pacientes.

Atualmente as pessoas vivem mais tempo, apesar da presença de doenças crônicas. O *disease management* se torna importante para o planejamento, encaminhamento e monitoramento da assistência ao paciente. Ocorrem neste processo uma reorientação no sistema de saúde, a promoção da continuidade e a prevenção de episódios agudos da doença.

Todo trabalho do *disease management* está muito voltado para o autocuidado, o que fortalece a relação médico-paciente, com o plano de cuidado direcionado enfatizando a avalia resultados clínicos e sua prevenção.

O papel de gerenciador destes casos é, freqüentemente, desempenhado pelo enfermeiro, que coordena o cuidado ao paciente e também a relação da família com a equipe multiprofissional, tanto nos casos hospitalares como em domicílio.

Um trabalho, publicado pelo Conselho Federal de Medicina, mostrou o resultado de pesquisa que monitorou 200 pacientes que haviam sido internados com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e que, após a alta hospitalar, foram divididos em dois grupos e observados por seis meses. Um, com seguimento habitual, sem sistematização e o outro com assistência domiciliar realizada pelo profissional enfermeiro. No grupo que recebeu cuidados habituais houve 129 readmissões não planejadas e mortes fora do hospital. No grupo com intervenção constatou-se apenas 77 ocorrências, sendo possível a consideração de menores custos. A intervenção domiciliar possui um potencial para a redução das taxas de readmissões não planejadas e dos custos associados com os cuidados de Saúde para prolongar a sobrevida total sem intercorrências e para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com ICC crônica. E os profissionais envolvidos, em relação à equipe multidisciplinar, a atuação em todos esses níveis, tanto no *disease management,* na assistência domiciliar, como nas instituições de longa permanência.

Isso evidencia a importância da atuação da equipe multidisciplinar no *disease management*; Assistência Domiciliar e Instituições de Longa Permanência.

Tendências na assistência hospitalar

Guilherme Schettino

Medico, especialista em Terapia Intensiva e Pneumologia; Doutor em Medicina pela FMUSP; Pós-doutorado na Harvard Medical School: coordenador da Unidade de Terapia Intensiva e Semi-intensiva do Hospital Sírio-Libanês.

Este trabalho tem por objetivo discutir, na visão de um médico que trabalha realmente na assistência, o que se espera que os hospitais ofereçam para permitir a assistência aos pacientes nos próximos dez anos.

Existe dúvida em relação a como estarão a Saúde, a assistência e o modelo dos hospitais nos próximos dez anos. Contudo, não me parece existir, de fato, uma grande interrogação em relação a isso. Dez anos é um período relativamente pequeno para que se promovam mudanças substantivas na assistência. Esse é um período grande, por exemplo, para a pesquisa, mas para a assistência prestada ao paciente é um tempo relativamente pequeno. Antes de tudo, é preciso estar atento para o questionamento que indaga se instituição em que trabalhamos vai sobreviver aos próximos dez anos para que possamos continuar prestando cuidados aos seus pacientes.

Se pensarmos como médicos do Hospital Sírio-Libanês, veremos que existe uma grande quantidade de concorrentes, competindo ferozmente pelos nossos clientes. Desse modo, para os próximos dez anos, penso que os hospitais devem estar preparados para realizar diagnósticos de forma mais precisa, rápida e sofisticada. Devem preparar-se também para cuidar de pacientes de alta complexidade; apresentar, pelo menos, algumas áreas com alto grau de especialização em algum tipo de cuidado; serem capazes de incorporar tratamentos inovadores que, com certeza, irão para a beira do leito; competir com outras instituições e outros serviços pelo tratamento de pacientes externos; valorizar o tratamento humanizado; e, também, investir em ensino e pesquisa. Cada um desses tópicos será desenvolvido aqui maneira mais detalhada.

Espera-se que o serviço de diagnóstico do hospital ofereça, na próxima década, diagnóstico de imagem de uma forma minimamente invasiva, poupando o paciente de riscos e dos efeitos colaterais dos métodos diagnósticos, com o resultado do exame oferecido ao médico em tempo quase real. Como exemplo, é possível mencionar a tomografia do coração, em que é possível avaliar claramente a anatomia das coronárias de uma forma minimamente invasiva, sem a necessidade de um cateterismo cardíaco. Esse exame é feito com a injeção de uma quantidade muito menor de contraste iodado e por uma veia periférica, o que é particularmente importante para pacientes com diabetes ou insuficiência renal. A desvantagem da tomografia coronária em relação a um cateterismo cardíaco é que aquela é simplesmente um exame diagnóstico, não sendo possível realizar uma intervenção terapêutica no mesmo momento do exame, mas poupa o paciente de um procedimento mais invasivo em um grande número de casos.

O médico de hoje não espera e não tem paciência – e nem o paciente aceita – que o diagnóstico e que o laudo do exame sejam editado, digamos, depois de 24 ou 48 horas de sua realização. Hoje, o que se deseja é o resultado do exame em poucas horas e, de preferência, em tempo real. O paciente sai da sala de exame com o diagnóstico já firmado. O diagnóstico por imagem, na atualidade, não é só a observação anatômica do órgão que vai ser estudado, mas também a avaliação da função desse órgão. Desse modo, existe hoje uma série de exames que já estão sendo incorporados à prática clínica – e daqui a dez anos isso vai ser ainda mais evidente – nos quais não só a anatomia do órgão é avaliada, como também a sua função.

Também o exame diagnóstico passa por este tipo de transformação de enfoque, pois, se vier com uma possibilidade terapêutica associada, tanto melhor. Isso já existe, por exemplo, em radiologia vascular, em exames usados em Cardiologia e em endoscopia. O ideal é que, quando possível, durante mesmo a realização do exame, o paciente já seja tratado, por exemplo, com a colocação de um *stent* em uma coronária ou carótida; uma endoprótese num aneurisma de aorta; uma dilatação de via biliar durante uma endoscopia digestiva, entre outros.

Temos, por exemplo, o *PET scan* do cérebro de um paciente, em que é possível avaliar não só a anatomia do encéfalo, mas também fazer uma avaliação funcional. Com esse equipamento é possível quantificar a atividade metabólica em determinadas áreas do cérebro e, então, avaliar se existe déficit de consumo de alguns substratos energéticos em alguma área específica. Isso tem sido muito utilizado, por exemplo, para o diagnóstico e avaliação de progressão de doenças degenerativas do sistema nervoso central.

Além dos métodos de imagem, espera-se, para os próximos dez anos, uma grande evolução em marcadores biológicos. E o que são eles? São algumas substâncias normalmente dosadas no sangue, mas que podem ser também quantificadas em outros tecidos. Os marcadores biológicos têm o poder não só de diagnosticar algumas doenças, mas também o de avaliar o grau de evolução e o risco que o paciente apresenta para o desenvolvimento de uma doença, ou de determinar qual é a evolução ou o prognóstico esperado para aquela determinada condição que está sendo diagnosticada ou tratada. Um exemplo de um marcador biológico é o Peptídeo Natriurético do Tipo B, o *BNP* – que é uma substância produzida pelo coração –, cuja produção é maior quanto maior é a distensão ou a pressão dentro do coração. Fizemos um estudo na UTI do Hospital Sírio-Libanês para avaliar se a dosagem do *BNP* seria capaz de nos ajudar a discriminar quais os pacientes que conseguiriam ser retirados da ventilação mecânica – extubados – e poderem, assim, respirar sem a ajuda de aparelhos. Sabemos que o excesso de volume de sangue, de líquido nos pulmões, pode dificultar a retirada do aparelho de ventilação mecânica. Esse estudo mostrou que o nível de *BNP*, dosado em horas específicas, foi maior naqueles pacientes que falharam numa tentativa de retirada da ventilação mecânica. Até pouco tempo usávamos quase que somente a radiografia de tórax e os gases sanguíneos para medir PO_2, PCO_2 e pH, para definir se o paciente podia sair ou não da ventilação mecânica. Com esses métodos, tínhamos um índice de fracasso e de necessidade de re-intubação relativamente alto. Existem vários outros marcadores biológicos que têm sido usados na Clínica Médica e na Unidade de Terapia Intensiva.

E o diagnóstico genético, que já apresenta resultados disponíveis no Projeto Genoma, foi o grande projeto do Século passado e do início desse Século na área da Medicina. Várias doenças poderão ter o seu diagnóstico feito com a análise da estrutura genética do paciente.

Além do diagnóstico, os hospitais devem estar preparados para o atendimento de pacientes com doenças de alta complexidade e, portanto, prestar cuidados também nesse nível. Isso cria um conceito, muito interessante e que espero ver aplicado em outros hospitais na próxima década, o de "cuidados progressivos". O que é que se entende por esse conceito, pelo menos no Hospital Sírio-Libanês? Dar o cuidado certo,

para o paciente certo, no local certo. Desse modo, é possível oferecer o melhor cuidado na unidade que está mais adequada para o tratamento daquele paciente, otimizando assim os recursos no tratamento desse paciente. No Sírio-Libanês existe a unidade de maior complexidade de cuidado, a Unidade de Terapia Intensiva, mas há também um serviço chamado Unidade Crítica Geral, na qual é possível cuidar de pacientes graves, porém com um grau que não justifica a sua estada numa UTI, um local caro e por vezes desconfortável para o paciente e para os familiares. Temos a Unidade Crítica Cardiológica e também outras unidades com menor grau de complexidade, como a Unidade Semi-intensiva, as Unidades de Internação e o Repouso Médico.

Esse conceito é atraente, mas talvez haja uma opção ainda mais interessante, as unidades flexíveis. Em vez de destinar previamente espaços físicos hospitalares para receber pacientes de grau de complexidade diferente, é possível levar ao paciente, não importa em que local do hospital ele esteja, o cuidado necessário, o pessoal qualificado para o cuidado daquele paciente e os equipamentos adequados para o cuidado, ao menos na fase mais aguda da doença. Esse é um conceito é interessante: o das UTIs sem parede. Os Hospitais, no futuro, talvez não na próxima década, mas um pouco mais adiante, serão, na verdade, grandes Unidades de Terapia Intensiva, com vários pacientes graves espalhados pelo hospital, recebendo tratamento intensivo e monitorização contínua e em tempo real dos sinais vitais.

O resultado assistencial na UTI do Hospital Sírio-Libanês é muito bom e comparável com o resultado de um *pool* de UTIs americanas, mas o que desejo mostrar é o que aconteceu depois do início das atividades da Unidade Crítica Geral. No início de 2005, foi aberta a Unidade Crítica Geral, uma unidade com médico intensivista durante 24 horas, com todos os leitos monitorizados e uma equipe de enfermagem também especializada no cuidado de pacientes mais graves. Desde a abertura dessa unidade, o tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva diminuiu, ou seja, houve uma racionalização do uso de recursos e até uma melhora da nossa performance assistencial. Isso mostra que esse conceito de cuidados progressivos é, de fato, muito interessante.

Na atualidade, existe uma tendência de superespecialização, mesmo para hospitais gerais, de terem algumas ilhas de excelência e de alguns serviços superespecializados. E o objetivo disso é ser mais competitivo no mercado e ter maior conhecimento. A superespecialização pode se dar tanto no campo de diagnóstico, por exemplo, existem alguns serviços e alguns hospitais que são especializados no diagnóstico de doenças cardíacas, de doenças neurológicas, entre outras. Mas esse conceito está mais relacionado à assistência. Temos hospitais que são superespecializados, por exemplo, no tratamento de doenças cardiológicas e talvez esse seja o exemplo mais freqüente. Só na capital de São Paulo, próximo da região da Avenida Paulista existe o Instituto do Coração e o Hospital do Coração e mundo afora existem vários exemplos de hospitais hiperespecializados no tratamento de Cardiologia, no tratamento de Oncologia e por aí adiante. Ser tratado num centro de superespecialização é bom para o paciente e é bom para a fonte pagadora, pois o procedimento sai mais barato e o resultado assistencial costuma ser também melhor. A prática, a repetição e o aprimoramento dos processos melhora o resultado e diminui os custos.

A superespecialização pode ser também na estrutura do hospital, adaptada a lidar com determinado tipo de paciente, mas também pode ser dirigida só a processos. Isso é muito claro em hospitais maternidade ou em hospitais que se especializam, por exemplo, no cuidado paliativo de pacientes com doenças terminais, nos quais a grande diferença é muito mais no processo do que mesmo na tecnologia disponíveis nesses hospitais. Só como exemplo, existe um hospital nos EUA, um grande hospital, que é especializado só em fazer cirurgia de hérnia. Basicamente só este tipo de procedimento cirúrgico é feito nesse hospital e ninguém tem resultado melhor do que esse centro em termos de, tanto resultado de assistência, quanto em custos.

No que diz respeito aos tratamentos inovadores, os hospitais devem estar preparados para essa nova realidade. Alguns são ainda incipientes. Em nosso meio, não é possível dizer se a maior parte deles vai estar implementada na próxima década. Esta ainda vai ser uma década de pesquisa e de avaliação se esses tratamentos são realmente benéficos e custo-efetivos para a população geral. Mas o que vem por aí é o uso de células-tronco para as doenças degenerativas, talvez o emprego de nanotecnologia também no tratamento dessas doenças e isso com certeza não vai estar disponível na próxima década. Células-tronco talvez para algumas doenças.

Na Oncologia existe um avanço muito grande de novas drogas. Se nós pensarmos o que é hoje um tratamento quimioterápico e compararmos com o que aconteceu dez ou quinze anos atrás é completamente diferente. As drogas são mais efetivas, os efeitos colaterais são muito menores e os resultados, com isso, melhoraram bastante. Atualmente existe o conceito de drogas inteligentes, que só agem realmente no tecido tumoral; vacinas para prevenção e para o tratamento de determinados tipos de tumores. Um conceito muito interessante são as terapias combinadas. Existem algumas drogas que só agem quando ativadas por algum método, por exemplo, físico, ou por radiação ou por uma corrente elétrica, poupando então os tecidos que estão ao redor do tumor e que não devem ser submetidos ao efeito das drogas quimioterápicas.

E a terapia genética, novamente com os ensinamentos que obtivemos do Projeto Genoma, é uma grande perspectiva para futuro. Tratamentos de fato, baseados em terapia genética ainda serão experimentais na próxima década. Mas, às vezes, existem boas surpresas com a rapidez com que a tecnologia se desenvolve.

Os hospitais perderam pacientes para centros que ofereciam tratamento ao paciente externo. Hoje nós temos muitos procedimentos que são realizados pelo médico, no seu consultório, ou em clínicas menores. O hospital-dia compete também com hospitais gerais e com os leitos de internação. Mas os hospitais do futuro estão preocupados em competir por esses pacientes. Desse modo, em alguns hospitais, os departamentos ou serviços que mais cresceram nos últimos anos são os destinados a atendimentos de pacientes externos e até mesmo hospitais que prestam atendimento a pacientes internados na sua residência.

A humanização é um tópico discutido com freqüência. Acho que até pouco tempo atrás foi um conceito mais filosófico do que mesmo uma prática nos hospitais. Mas hoje nós sabemos que o tratamento humanizado é uma maneira de se tornar mais competitivo no mercado, além de oferecer um tratamento de melhor qualidade. Desse modo, hoje se valoriza a relação entre médico e o paciente que está internado no hospital e muito se tem investido em cuidados paliativos, tentando preservar a dignidade dos pacientes.

O hospital deve ter na sua estrutura – e mesmo na estrutura física – uma preocupação grande com a privacidade e com o conforto dos pacientes. Hospitais devem estar em conformidade com algumas leis como, por exemplo, o *Estatuto da Criança e do Adolescente*, o *Estatuto do Idoso*, que preconiza que pais e familiares possam permanecer junto do paciente criança e adolescente, ou do paciente idoso, 24 horas por dia, se assim a família desejar. Mesmo na Unidade de Terapia Intensiva nós estamos preocupados em estar de acordo com essas leis. O Hospital Sírio-Libanês inaugurou recentemente a UTI Pediátrica onde existe uma cama para o acompanhante, banheiro, janela e televisão. Isso vem acontecendo também para as UTIs adultas e muitas famílias, quando existe alguma dificuldade em permanecer junto ao paciente, mesmo

idoso, vem com o Estatuto do Idoso na mão dizendo: *Olha, eu tenho direito, eu quero ficar junto.* Conforto não só para o paciente, mas também para o familiar, faz diferença quando a família vai internar o seu parente, ela leva em conta o conforto que o hospital oferece para o familiar. No hospital do futuro vai existir uma preocupação muito grande com Arquitetura, e Arquitetura voltada não só para a eficiência do hospital, mas também para conforto do paciente e do familiar.

Ensino e pesquisa é outra perspectiva para os hospitais nos próximos anos. Isso é um exemplo que veio dos hospitais americanos, uma relação entre quantidade de ensino e pesquisa e qualidade da assistência prestada pelo hospital. Num *ranking* anual publicado pela *U.S. News*, dos dez melhores hospitais americanos, a grande maioria é de hospitais universitários, hospitais de ensino e pesquisa, mostrando que deve existir uma relação entre ensino e pesquisa e a qualidade da assistência prestada. Até pouco tempo atrás, pelo menos aqui no Brasil, ensino e pesquisa era realizado apenas em hospitais-escola, hospitais ligados a universidades. Atualmente, um número pelo menos razoável de hospitais no Brasil já tem os seus institutos de ensino e pesquisa. Conhecimento é uma mercadoria, pode ser uma fonte de receita para o hospital. Acho que não tem nenhuma instituição que sabe usar melhor isso no Brasil, de vender conhecimento, do que a Fundação Getulio Vargas, mas os hospitais também estão aprendendo a fazer isso. Hospitais privados têm uma perspectiva e uma facilidade muito maior de desenvolver parcerias com a indústria farmacêutica, indústria de equipamentos, os hospitais privados têm estrutura de negociação muito mais ágil do que os hospitais universitários.

Outro aspecto importante, e nesse campo penso que vão ocorrer mudanças muito grandes, é o uso da Tecnologia de Informação nos hospitais. O que o médico quer é um acesso fácil, amigável e que essa informação seja integrada, das diversas áreas do hospital, por exemplo: o histórico do paciente, as internações prévias, não só naquele hospital, mas em qualquer outro em que o paciente tiver sido tratado anteriormente, os medicamentos em uso, os resultados de exame, inclusive com a disponibilidade de acessar imagem por via remota. E isso já é uma realidade em alguns hospitais. Com o desenvolvimento da Tecnologia, da Informática e da Eletrônica isso vai avançar muito nos próximos anos.

Dentro do hospital existe já a possibilidade de sistemas portáteis e remotos e isso é importante para aquele conceito de Unidades Flexíveis, para monitorização de sinais vitais, prescrição, controle de dispensação, checagem de medicamentos, por exemplo, a beira do leito. Isso é muito importante não só para o controle administrativo do hospital, mas também para garantir segurança para o paciente internado no hospital. Alguns sistemas de auxílio inteligente a decisão tem sido desenvolvidos para ajudar o médico a fazer diagnóstico, diminuir a chance de erro e definir qual é a melhor estratégia de tratamento para o paciente.

Um quesito que nos próximos dez anos apresenta grande chance de estar disponível em um grande número de hospitais, é a prescrição eletrônica. Já existe em alguns, mas isso tem se popularizado muito. E prescrição eletrônica é importante principalmente porque elimina o problema de letra de médico, porque realmente é muito difícil entender o que médico escreve. Isso é um dos principais fatores de erro de administração de medicamentos para paciente internados em hospitais, além de permitir, nos sistemas inteligentes de prescrição, que o médico seja avisado, por exemplo, se ele prescreve um medicamento e o paciente tem alergia. Isso está cadastrado no banco de dados e toda vez que o médico prescrever um medicamento que o paciente tem alergia aos medicamentos relacionados, o sistema de prescrição avisa.

Uma outra facilidade que já está disponível em alguns hospitais é o sistema de alerta com o uso de mensagem em aparelho celular. Quando o laboratório gera um resultado de exame alterado, por exemplo, um nível de potássio baixo para o paciente, o aparelho que fez aquele exame no laboratório automaticamente emite uma mensagem para o médico assistente do paciente ou para a enfermeira da unidade ou para o médico de plantão no hospital, dizendo que o potássio estava baixo e o quê que ele quer que seja feito para o tratamento do seu paciente.

Outro ponto a ser focalizado é o do que vai acontecer com os processos relacionados à assistência no hospital. Primeiro, existe uma tendência da criação de uma nova especialidade médica, que é o médico hospitalista. Este é um pouco diferente, por exemplo, do clínico geral ou do internista. O hospitalista é um médico especializado em tratar pacientes que estão internados no hospital. Essa atividade é um pouco diferente – na verdade é muito diferente – da atividade de consultório ou da exercida em uma estrutura menor, como uma clínica ou um centro diagnóstico. O médico hospitalista vai ser especializado e com um bom conhecimento de Medicina hospitalar baseada em evidências, mas, principalmente vai ser um médico que conhece as diretrizes assistenciais, os protocolos e regras operacionais do seu hospital. Porque hoje nós sabemos que existem várias recomendações, vários *Guidelines* publicados por várias sociedades. Mas, quando vamos ver se realmente essas recomendações estão sendo aplicadas aos pacientes internados no hospital, o resultado é muito ruim. O que funciona é o protocolo desenvolvido para aquele hospital e o médico que trabalha nesse local conhecer bem os seus protocolos e as rotinas. E isso é muito difícil, por exemplo, num hospital que tem um corpo clínico de dois, três, ou cinco mil médicos, que por sua vez, trabalham em mais de um hospital. É impossível a ele conhecer e aplicar aquelas recomendações nos hospitais em que não trabalha no seu dia-a-dia.

O médico hospitalista, na verdade, a equipe multidisciplinar que trabalha no hospital tem, hoje, uma preocupação – e isso vai ser muito enfatizado na próxima década – com programas para garantir a segurança do paciente internado no hospital. O hospital não é um lugar seguro, não é realmente um lugar seguro para se estar. E o médico hospitalista também vai poder colaborar muito com os programas de acreditação dos hospitais.

O médico hospitalista faz diferença? Pelo menos na Unidade de Terapia Intensiva sim. Em um estudo publicado há poucos anos, foi feita uma avaliação da questão se a presença do médico 24 horas por dia e do médico intensivista, com essa qualificação, na Unidade de Terapia Intensiva, diminuía a mortalidade de pacientes internados em UTIs americanas, onde não existe essa obrigação do médico intensivista 24 horas na unidade. E o que essa revisão sistemática mostrou é que a presença do médico diminui a mortalidade dos pacientes. Então, ainda temos algum lugar ao sol!

Para terminar, gostaria de enfocar alguns aspectos desses programas de segurança para diminuir os riscos dos pacientes internados em hospitais.

Existe um grupo chamado *Leapfrog* que estuda e propõe mudanças de processos para aumentar a segurança de pacientes hospitalizados. Este grupo é patrocinado por uma associação de grandes empregadores nos Estados Unidos, que se juntaram e resolveram facilitar a disseminação pelos hospitais das recomendações de alguns institutos americanos que são preocupados com a segurança de pacientes. E por que esses grandes empregadores fizeram isso? Porque notaram que o custo associado a erros no hospital tinha um impacto no custo do seguro de Saúde dos funcionários. Por esta razão, resolveram se unir e patrocinar a implementação dessas medidas de segurança, algumas delas simples, em ambiente hospitalar. Como resultado, publicam um *ranking*, atualizado a cada três meses, classificando hospitais americanos. O que esses grandes empregadores têm feito é só autorizar os seus funcionários a internarem, por exemplo, nesses hospitais, porque os custos devem ser menores porque os pacientes estão num ambiente mais seguro. Isso fica disponível na Internet e o usuário pode consultar e definir então em que hospital gostaria de se internar para se sentir mais seguro.

Para onde vai o cuidado na assistência médico-hospitalar

Fábio Patrus Mundim Pena

Administrador de Empresas; Mestre em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela FGV-EAESP; e gerente administrativo do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês.

apresentação do Dr. Guilherme Schettino nos revela uma tendência preocupante. Quando se pensa em tecnologia, em Medicina Genética e em todos os novos avanços em termos de diagnóstico de imagem e tratamento, surge sempre a seguinte questão: *Por que, diferentemente de outras indústrias, na saúde a tecnologia nem sempre acarreta redução de custo?*

Isso nos preocupa, pois, ao olhar o que foi exposto com olhos de administrador, concluímos que alguém, no final, paga por todas essas inovações e isso certamente causa impacto de alguma forma sobre o sistema. Existe, contudo, um outro lado: no longo prazo, tais tecnologias podem sim contribuir para redução de custos.

Um trabalho de pesquisa desenvolvido na UTI do Hospital Albert Einstein chegou a resultados semelhantes aos de estudos desenvolvidos na UTI do Hospital Sírio Libanês. Naquele hospital, quando a Terapia Semi-Intensiva aumentou o seu número de leitos de 11 pra 35, verificou-se que foi possível manter a mesma qualidade de assistência, a custos menores. O que ocorreu foi uma melhor adequação entre a necessidade do paciente e os recursos que estão disponíveis a ele. Dessa forma, fica evidente que houve um impacto direto no custo.

Iniciativas do tipo *fee for service*, modelo no qual quanto mais se usa o serviço, maior é a receita advinda – também chamado de modelo tipo *taxímetro* – não são de interesse dos administradores dos hospitais, pois, quanto maior for a redução nos custos variáveis do hospital, menor será o ganho em receita. E sabemos que diante das pressões por eficiência, essa lógica vem sendo cada vez mais substituída por alternativas que provoquem a sensibilidade entre os diversos "*players*" do fator custo.

Outra tendência é a de especialização cada vez maior. Ela pode provocar aumento nos custos em função de novas tecnologias mas, por outro lado, quem for mais especializado e atuar segundo protocolos baseados em evidências, certamente obterá um impacto maior na redução dos custos.

Outro exemplo são os avanços nas ferramentas de Tecnologia da Informação. Instrumentos, como o prontuário eletrônico e o controle de interação medicamentosa, entre outros, deverão também contribuir para a redução do erro médico. Isso poderá implicar fortes reduções de custo, por exemplo, evitando-se intercorrências por erros de medicação.

O problema que está por trás disso é que, para chegar lá, é necessário investir. E você pode ter recursos de investimento e isso é ótimo, pois vai reduzir custos, mas é necessário possuir o capital pra investir. Neste ponto, surge a pergunta: *de onde sairá o recurso extra para os investimentos?* Faço aqui uma provocação: *como ficam os hospitais da área pública e a maioria dos hospitais brasileiros, que estão endividados e sequer conseguem provisionar os investimentos mínimos para manutenção da estrutura?* No mundo em torno do que é necessário para não parar a operação, do que propriamente sobre um plano de investimentos de inovação tecnológica, incorporação de novos equipamentos ou softwares.

Por fim, em relação à apresentação da Enfermeira Maria Luiza, da mesma forma, os esforços para uma melhor adequação do cuidado deverão contribuir para uma redução dos recursos desnecessários, que são desperdiçados no processo assistencial. Posso citar minha experiência em uma empresa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos, de Belo Horizonte. Ela atua no campo do *disease management,* há três anos, e estabeleceu uma parceria com um Convênio local, para acompanhamento de cerca de 1 500 pacientes crônicos, de alto custo. A empresa, por meio de contrato de risco, receberia um percentual da redução alcançada no custo da assistência com aquele paciente em relação ao gasto total no ano anterior. O impacto do Programa foi brutal e o convênio teve o gasto médio com esses pacientes reduzidos de 40% a 50%, em média. Certamente, isso também contribui para nos trazer uma luz, em termos de economias que tornem nosso sistema de saúde mais viável.