CICLO DE DEBATES INTERFARMA

POLÍTICAS RELACIONADAS À SAÚDE

FGV EAESP
GVsaúde

Interfarma
Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

EXPEDIENTE

SUPERVISÃO

Antônio Britto
Presidente-executivo da Interfarma

Ana Maria Malik
Coordenadora do GVsaúde

COORDENAÇÃO GERAL

Octávio Nunes
Diretor de Comunicação da Interfarma

Selma Hirai
Coordenadora de Comunicação da Interfarma

Paula Lazarini
Analista de Comunicação da Interfarma

Cinthia Costa
GVsaúde

PROJETO EDITORIAL
Cris Tassi Design Gráfico

EDIÇÃO
Scritta Serviço de Notícia Ltda.

IMPRESSÃO
WS Graphics

TIRAGEM
2.000 exemplares

IMAGENS
Eduardo Merege

Os registros a seguir têm como base as palestras e os debates,
cabendo a responsabilidade pelo texto aos organizadores da coletânea e dos eventos.

A saúde no Brasil precisa de respostas para novos questionamentos

Entre o Brasil de hoje e aquele que almejamos e merecemos ter muito será preciso fazer para melhorar a saúde pública.

Como em tantas outras áreas, avançamos significativamente. Reduzimos a mortalidade infantil, ampliamos o acesso a exames diagnósticos e a tratamentos; controlamos e até erradicamos doenças transmissíveis. Por outro lado também, a exemplo de outras prioridades brasileiras, falta qualidade nos serviços prestados em saúde e falta ampliar o acesso a medicamentos.

O País que se modernizou e tornou-se essencialmente urbano, também envelheceu. Agora, vê-se diante de novos desafios ao enfrentar doenças da modernidade que demandam soluções muito mais complexas. Pelo menos por enquanto, o Brasil vem apresentando respostas lentas, insuficientes, muitas vezes mal planejadas ou mal executadas. Os problemas ganham visibilidade quando são debatidos na sociedade.

Pior que os problemas, são os debates. A saúde ainda é discutida em um ambiente que afasta a busca de consensos, que recusa a olhares novos ou diferentes. E que teima em afirmar mais posições que fatos. E por isso cai, seguidamente, em falsos dilemas.

Dentre eles, se o sistema deve ser público ou privado? O primeiro, está na Constituição Federal, direito garantido mediante políticas sociais de acesso universal e igualitário. O outro, na realidade de qualquer município em que hospitais, exames diagnósticos e até profissionais da saúde são basicamente da área privada. Neste caso, a verdadeira questão não deveria ser como os sistemas podem se complementar e se apoiar?

Outro falso dilema: responsabilidades federais, estaduais ou municipais? A gestão compartilhada e descentralizada transformou-se em um cipoal no qual a burocracia e o interesse partidário impedem o correto planejamento, levam à repetição e ao retrabalho e diminuem a resolutividade, integração e eficiência, prejudicando, por fim, o cidadão.

Mais um dilema: prevenção ou tratamento? Prioridade para programas como "médicos de família" ou investimentos em hospitais de referência? Como se a realidade diária deste Brasil não estivesse aí sempre pronta a nos mostrar que convivemos com milhares de casos de dengue, falta de saneamento básico, e ao mesmo tempo em que a escalada do câncer atinge assombrosos 700 mil novos casos por ano.

A Interfarma entende que o primeiro e mais importante dos nossos desafios em saúde é atualizar e modernizar o debate, com democracia e livres de preconceitos; com o conteúdo necessário e sem partidarização. Temos, isto sim, que reconhecer as conquistas e constatar o que ainda falta. E, diante dos evidentes acertos e erros cometidos, tratar a saúde pública como uma obra em andamento, um processo contínuo a ser aprimorado constantemente, e não como um dogma que não pode ser modificado, e, às vezes, sequer discutido.

Por isso, ao longo dos últimos anos, a Interfarma tem promovido seminários e outras ações, com a participação de especialistas das mais diversas opiniões e tendências, para refletir e discutir o sistema de saúde no Brasil. Desta forma, a Interfarma acredita estar contribuindo para um diálogo construtivo.

Em 2013, como parte desse esforço, a Interfarma foi buscar o apoio qualificado e reconhecido da Fundação Getulio Vargas (FGV), por meio de seu núcleo de saúde, o GVsaúde – liderado pela conceituada professora Ana Maria Malik. Por meio desta iniciativa, propusemos um desafio: reunir na fundação, para uma série de debates sobre os temas mais importantes, algumas das principais autoridades e referências – acadêmicas e profissionais – da saúde pública no Brasil.

O resultado foi animador: sessões ricas em informações, reflexões e caminhos apontados como alternativas que, no mínimo, deverão ser mais bem avaliados no debate eleitoral e na definição de políticas públicas que marcarão o ano de 2014 no Brasil. E um fórum de debates com esse conteúdo e grau de relevância não pode ficar restrito às próprias sessões nem no âmbito de seus participantes.

Em favor ao debate produzimos, em parceria com a GVsaúde, centro de estudos da Fundação Getulio Vargas (FGV), uma síntese de cada evento realizado ao longo de 2013. Esperamos que o teor desta publicação contribua para que, em matéria de saúde pública, tenhamos a coragem de assumir cada vez mais dúvidas, ao invés de repetir velhas (e nem sempre boas) certezas...



Theo van der Loo
Presidente do Conselho Diretor



Antônio Britto
Presidente-executivo

Introdução

Para que mais uma publicação sobre políticas de saúde? Na verdade, porque no Brasil este é um assunto vivo, cambiante, dinâmico, para o bem e para o mal. Algumas das pessoas cujas (relevantes) apresentações transcrevemos aqui continuam no cenário nacional, mas em outras posições. Ou seja, embora seu conhecimento sobre o assunto sobre o qual falaram continue o mesmo, talvez sua visão a respeito tenha mudado um pouco, uma vez que estamos falando de políticas...

O que nos interessou em 2013 foi apresentar temas que eram importantes no final de 2012, quando definimos a programação e os convidados, e que ganharam relevo ainda maior no decorrer do ano, à medida que a realidade acontecia. Pessoas representativas da indústria e outros stakeholders do setor ouviram e discutiram. Esta publicação nos ajuda a documentar um momento. O momento em que as ruas voltaram a se manifestar, em que o Brasil estava se preparando para mudar.
Discutir políticas sempre faz sentido. Todas elas.

Boa leitura!

Sumário

PRIMEIRO DEBATE
06 Os desafios da gestão da saúde no Brasil
Alexandre Padilha

SEGUNDO DEBATE
16 Limites e perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS)
Helvécio Miranda Júnior e José Cechin

TERCEIRO DEBATE
24 A judicialização da saúde
Gilmar Mendes

QUARTO DEBATE
28 Incorporação de tecnologias em saúde
Clarice Petramale e Maria José Delgado Fagundes

QUINTO DEBATE
32 O futuro dos hospitais
Claudio Luiz Lottenberg e Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva

SEXTO DEBATE
38 Regulação e agências reguladoras na saúde
Dirceu Barbano e Gonzalo Vecina Neto

SÉTIMO DEBATE
42 O futuro do médico no Brasil
Jadete Barbosa Lampert e Rubens Belfort Junior

OITAVO DEBATE
46 Agenda dos órgãos de classe da categoria médica
Carlos Vital Tavares Corrêa Lima e José Luiz Bonamigo Filho

NONO DEBATE
50 Pesquisa clínica e inovação médica em saúde no Brasil
Luis Fernando Lima Reis e Rafael Roesler

Os desafios da gestão da saúde no Brasil

Alexandre Padilha
Ministro de Estado da Saúde

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, abre o Ciclo de Debates Interfarma e ressalta que o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes a ter um sistema de saúde público, universal e gratuito.

Após agradecer o convite para abrir o Ciclo de Debates Interfarma, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, iniciou sua palestra abordando o tema O Sistema de Saúde no Brasil e suas Especificidades. O ministro – que acaba de deixar o ministério para disputar a sucessão do governo do Estado de São Paulo pelo PT – frisou que o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes a assumir o desafio de implantar um sistema de saúde público, universal e gratuito. Estados Unidos, México, China, Rússia, Nigéria, Paquistão, Indonésia e Índia – citou ele – e também Venezuela, Equador e Bolívia, na América Latina, que passaram por recente e profunda mudança na Constituição, não firmaram esse compromisso. "Em nenhuma outra Constituição do mundo inteiro consta que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado", ressaltou Padilha.

Para o ministro, esse é o primeiro aspecto a ser entendido, dentro da complexidade do sistema de saúde brasileiro, para chegar às respostas sobre os problemas no setor. Outro é o fato de o serviço ser estruturado em três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Nesse contexto, Padilha ponderou que, no Brasil, o ministro da Saúde tem a pior relação de governança. "Embora possua baixíssima governabilidade sobre o que acontece em alguma Unidade Básica de Saúde (UBS) no Oiapoque, quando ocorre algo de errado nesse município (no extremo norte do País), o primeiro a ser entrevistado é o ministro da Saúde."

Alexandre Padilha também falou da importância da Lei de Responsabilidade Fiscal, de 2000. "Ela gerou a profissionalização da gestão fiscal no País, fato decisivo para a construção de segurança em um conjunto de políticas macroeconômicas, que culminou com a profissionalização dos gestores das três esferas de governo", pontuou. Nesse sentido, afirmou ele, se o Brasil quer construir políticas públicas universais de saúde em uma nação com três níveis de governo tão diferentes, e garantir que isso ocorra cada vez com mais qualidade, será necessário criar um instrumento legal que responsabilize os governantes em relação às metas de saúde em seu território. "Esse é o primeiro desafio da gestão do sistema de saúde", disse ele. "Em um Estado no qual, nos últimos dois anos, passaram sete secretários de Saúde, a consequência seria a inviabilidade de sustentação das políticas no longo prazo", exemplificou.

O ministro atestou que, se os governantes não estão diretamente implicados, seu grau de compromisso com o aprimoramento da gestão nos três níveis de governo é muito reduzido. "A Lei de Responsabilidade Fiscal trouxe esse ganho: se o prefeito ou governador não cumprir um conjunto de metas fiscais, pode se tornar inelegível", lembrou ele. Para Padilha, a efetivação de uma política de saúde requer algo semelhante. "Os instrumentos atuais, seja a Lei Orgânica da Saúde (Leis nºs 8.080 e 8.142, de 1990), seja o decreto que a regulamentou 21 anos depois (nº 7.508, de 2011), estabeleceram a figura do contrato entre o Ministério da Saúde, o governo estadual e o governo municipal e não têm força de lei. Portanto, não tornam o governante passível de punição, o que seria decisivo para a construção de um sistema nacional público com qualidade."

Ao mesmo tempo, prosseguiu, o objetivo assumido na Constituição traz uma dimensão e uma oportunidade não só no campo da cidadania e da expansão dos direitos, mas, sobretudo, para a atividade econômica do País. "O Sistema Único de Saúde (SUS) cria um mercado que faz com que investir no Brasil, produzir para o País, olhar para o mercado interno, público ou privado, não seja apenas suficiente para garantir um conjunto de investimentos, mas também uma plataforma importante para depois ocupar outros mercados mundiais", afirmou o ministro. "Nenhum país considerado rico adquiriu essa dimensão sem dispor de uma indústria e de um setor de serviços fortes no campo da saúde. Essa oportunidade deve ser aproveitada ao máximo."

Entre as especificidades do sistema de saúde brasileiro, o ministro cita o fato de que 97% dos procedimentos de quimioterapia são realizados pelo SUS. Ele informou ainda que o Banco do Brasil lançou uma linha de crédito – microcrédito – para a aquisição de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), cuja expectativa inicial era conseguir atender todo o mercado do SUS. "Quando o Ministério da Saúde evidenciou o volume de gastos com OPME em 2012, de R$ 3,5 milhões, no entanto, a instituição financeira se surpreendeu."

Mas, de acordo com Padilha, não há clareza sobre a dimensão do déficit do sistema, da precariedade no atendimento e da necessidade de avanços na qualidade dos serviços. Também não se conhece quanto se produz no campo da saúde pública ou suplementar e quanto isso é revertido em ampliação do acesso à saúde ou em atividade econômica para o país. Outros dados relevantes: 97% do mercado de vacinas é movimentado pelo SUS, e 90% das doses aplicadas já são produzidas no Brasil – seja como produção nacional original ou incorporada tecnologicamente, seja por meio de parcerias de desenvolvimento produtivo ou de transferência de tecnologia, caso das vacinas Influenza, a cargo do Instituto Butantan.

Outra característica peculiar do sistema de saúde no Brasil, segundo o ministro, é que, além de contar com forte mercado público, o País construiu nos últimos dez anos um amplo mercado de saúde suplementar, que igualmente demanda um conjunto de atividades de regulação e, ao mesmo tempo, oferece oportunidades para a atividade econômica. "Em 2013, o Brasil chegou a 50 milhões de usuários de planos de saúde. Isso gera incorporação tecnológica, desenvolvimento de produtos e uso de novas tecnologias. Também equivale a, de uma hora para outra, o sistema nacional inglês (NHS) deixar de ser público para tornar-se totalmente privado", destacou Padilha. "Além disso, o número de beneficiários desses planos equivale ao de usuários do sistema nacional público espanhol."

Padilha informou que o Brasil, na última década, foi o segundo país, em termos absolutos e relativos, na lista de importadores de equipamentos médico-hospitalares. Em termos absolutos, os Estados Unidos lideraram; em termos relativos, o Chile. "Assim, o Brasil tem papel importante internacionalmente, por gerar um mercado amplo para produtos."

O ano de 2013, prosseguiu o ministro, marcou ainda os 25 anos do SUS, os 60 anos do Ministério da Saúde e os 40 anos do Programa Nacional de Imunização. "Nesses 25 anos, o generoso SUS, na construção de um sistema universal, puro e gratuito, deu resposta a alguns desafios do campo da saúde no País. Nos últimos dez anos, reduziu pela metade a mortalidade infantil – índice atingido em 2011, quatro anos antes do estabelecido na meta dos Objetivos do Milênio", informou. Com a mesma antecedência, informou, foram cumpridos os planos traçados em relação ao combate da malária, tuberculose, aids e hanseníase.

Paralelamente, o ministro admite que problemas emergentes envolvem a população brasileira, entre eles a obesidade. Segundo ele, dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) revelam que quase metade da população está acima do peso (48,5%). Além disso, o estudo sobre o impacto dos riscos da obesidade no investimento na saúde, no âmbito do SUS, apontou para R$ 500 milhões. Se agregadas as doenças potencialmente relacionadas à obesidade, o valor chega a R$ 3,5 bilhões. "Esse problema pressiona o sistema de saúde para um conjunto de outras ações, levando a um investimento de meio bilhão de reais", informa Padilha.

Outros dados do Vigitel demonstram que 23% da população declara ter recebido diagnóstico de hipertensão – índice que chega a 60% entre pessoas com mais de 60 anos. Já um terço da população relata consumo abusivo de álcool, problema crescente entre as mulheres. O momento é de atenção também com relação ao uso de *crack*. "O *crack* se transformou numa epidemia, no conceito clássico do termo, que é quando ocorre um problema localizado que começa a se disseminar, com aumento muito grande em relação ao que era registrado anteriormente."

Alexandre Padilha ressaltou ainda que os acidentes de carro e moto afetam seriamente os serviços de saúde. Segundo ele, o País está em 5º lugar no ranking mundial desse tipo de incidente. Nos prontos-socorros públicos, 30% a 35% dos atendimentos estão relacionados a essas ocorrências, que motivam a ocupação de 40% nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) públicas. Em 2011, informou o ministro, R$ 220 milhões foram investidos no atendimento de urgência e cerca de R$ 1 bilhão teria sido gasto com reabilitação.

"Esses são os grandes temas da saúde pública que impactam fortemente os serviços de saúde", ressaltou o ministro, ao término da introdução de sua palestra. Na sequência, ele aprofundou sua análise apresentando dados e provocando o debate sobre pontos que classifica como os Cinco Desafios da Gestão da Saúde. Vale lembrar que o debate foi realizado antes de o País adotar o Programa Mais Médicos, instituído pela presidente Dilma Rousseff com a Medida Provisória nº 621, de 8/7/2013.

Desafio do financiamento

Atualmente, a saúde demanda pouco mais de 9% do Produto Interno Bruto (PIB) do País. Dos 12 milhões de trabalhadores com nível superior no Brasil, cerca de 10% estão no campo da saúde, sem contar os envolvidos com a área de cosméticos e higiene (cerca de 4 milhões). Além disso, 30% do esforço de inovação tecnológica está concentrado na área da saúde, percentual maior que a média mundial. A ideia é que esse percentual continue crescendo. A compreensão de que investir na saúde é importante para o crescimento da atividade econômica do Brasil é fundamental para enfrentar o desafio do financiamento da saúde.

Estabelecendo um valor *per capita* para a população que não tem plano de saúde (145 milhões de brasileiros), investe-se no País R$ 635 *per capita*. Esse valor é sete ou oito vezes menor que o investido por países europeus, e quase 13 vezes inferior ao aporte feito pelos Estados Unidos. Na saúde suplementar, o valor investido é de R$ 1.400 *per capita* para cerca de 48 milhões de habitantes – considerando que esse grupo não utiliza o SUS, o que não é verdade. Todo o serviço de urgência e emergência, com procedimentos de alta complexidade, e o sistema de vigilância estão no âmbito do SUS. Ou seja, a pressão sobre o setor público é ainda maior.

Para determinado setor da indústria e dos serviços, o investimento em saúde traz resposta imediata e com grande capilaridade no País inteiro. Há secretários municipais de Saúde que ganham prêmios da associação comercial de sua cidade porque, a cada nova equipe de atenção básica incorporada

A compreensão de que investir na saúde é importante para o crescimento da atividade econômica do Brasil é fundamental para enfrentar o desafio do financiamento da saúde.



ao setor, os gastos com a saúde da população diminuem e isso reduz a inadimplência no comércio local. Vários estudos evidenciam essa questão.

Desafio dos médicos

A ideia de que o Brasil dispõe de muitos médicos, e que o problema está na distribuição desses profissionais pelas várias regiões do País, consolidou-se há muito tempo. Mas, desde 2011, um debate caloroso entre médicos e o Ministério da Saúde vem demonstrando que essa premissa não se sustenta. Pelo último levantamento do Conselho Federal de Medicina (CFM), o Brasil tem 1,9 médico por mil habitantes. Já a proporção para cada mil habitantes na Argentina é de 3,2 médicos; no Uruguai, 3,7; em Portugal, 3,9; e na Espanha, 4. A Inglaterra, que tem o maior sistema nacional público universal do mundo, com 60 milhões de habitantes, tem 2,7 médicos para cada mil habitantes, mas já estabeleceu como meta para 2020 chegar a 3,2/mil. Os Estados Unidos, com 2,4 médicos por mil habitantes, se propuseram a ampliar em 25% as vagas do curso de medicina, entre 2010 e 2020. Então, para oferecer um sistema nacional público universal e gratuito para a população, o patamar atual de presença de médicos no País é inviável. Esse é um debate necessário: como crescer com qualidade.

Além de ter poucos médicos por mil habitantes, no Brasil esses profissionais estão mal distribuídos. Brasília tem 4 médicos por mil habitantes, o Maranhão, 0,6/mil, e São Paulo, 2,3/mil – maior que a média nacional, mas abaixo da dos EUA e da Argentina. No Estado de São Paulo, a Região Metropolitana, as regiões de Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Campinas, Vale do Paraíba e Baixada Santista também estão acima da média nacional. Todas as demais regiões de saúde do Estado estão abaixo desse indicador. Por muitos anos, no País, se construiu um grande esforço de ampliação dos serviços de saúde do SUS, sem que o planejamento estratégico da formação de médicos estivesse vinculado às necessidades futuras desse sistema.

Outro debate nesse âmbito é que ninguém quer trazer médicos estrangeiros de baixa qualificação para o Brasil. Na Bolívia, há 25 mil estudantes brasileiros fazendo medicina em escolas que nem sequer são reconhecidas como faculdade. Não são esses os profissionais que queremos trazer para atuar no Brasil. É necessário abrir um debate que outros

países com dimensão semelhante à nossa já abriram. Nos Estados Unidos, a formação de um quarto dos médicos que atuam no País foi realizada no exterior. Uma parte entra pelo exame nacional, certificado pelo *National Board*; outra entra em programas específicos em que o médico tem registro provisório por determinado período para atuar em alguma região do País. Na Inglaterra, quase 40% dos médicos atuantes se formaram fora do país; na Austrália, 22,8%; no Canadá, 17,9%. No Brasil, apenas 1,8% dos médicos se formaram em outro país. Todos esses países estabeleceram cooperações, parcerias com as universidades ou mecanismos de atração dos médicos para suprir sua demanda e atuar em regiões mais difíceis, com maior dificuldade de fixação dos profissionais.

O Brasil expandiu os serviços públicos nos últimos anos sem programar a formação de médicos nem criar mecanismos de atração de profissionais de outros países para regiões específicas. Esse fato levou à seguinte situação: nos últimos dez anos, foram gerados 146 mil primeiros empregos médicos, empregos públicos ou com registro CLT. Considerando postos de trabalho médico, esse número foi bem maior. Nesse mesmo período, 93 mil profissionais se formaram, ou seja, há uma diferença de 53 mil médicos. O mercado brasileiro para o médico é extremamente aquecido, e uma parte disso se deve a esse déficit de pessoal. Então, um país que quer ter um sistema nacional público com essa dimensão tem de ter um planejamento estratégico para a formação dos seus profissionais para dar conta das necessidades.

O desafio em relação à oferta de recursos humanos é o mais crítico. Na área de gestão, um conjunto de medidas adotadas num ano tem resposta no seguinte; o orçamento tem que ser crescente, pois o combate ao desperdício produz economia, por exemplo, com a compra de medicamentos, levando a respostas imediatas. Para a formação de médicos, o ciclo é de seis a oito anos. As medidas de 2013 só terão impacto para o sistema nacional público em oito anos. Então, esse é um nó extremamente crítico que precisamos enfrentar.

Algumas medidas estão sendo tomadas não apenas quanto à formação dos profissionais, mas com o objetivo de desenvolver mecanismos que induzam a presença do médico em algumas regiões, conforme medidas já em vigor em países com sistemas nacionais de saúde. A Inglaterra, nos últimos dez anos, mudou o curso de medicina para dois ciclos. Após o primeiro ciclo, que abrange os seis primeiros anos, o médico recebe um registro provisório e precisa atuar um ano como médico de família e um ano em serviços de urgência e emergência na área pública. Só depois pode obter o registro definitivo e optar por fazer uma especialização – residência médica – ou atuar diretamente no mercado. No primeiro caso, enfrenta um concurso em que metade das vagas é destinada aos médicos de família.

O Brasil expandiu as vagas de residência desde o processo de redemocratização, mas sem definir as especialidades que o País mais precisava expandir. Sem esse mecanismo público de regulação, é natural que o médico tenha um sentimento de não querer dar mais plantão, de o pediatra não querer dar o número do telefone para evitar ligações noturnas. A residência médica é quase 100% pública, são raros os programas de residência privada sem bolsa do governo federal ou dos governos estaduais.

O setor público tem de regular a formação do profissional médico para aquilo de que o País mais precisa. O Brasil forma 500 anestesiologistas/ano, para 195 milhões de habitantes, enquanto a Inglaterra forma 2.500 anestesiologistas/ano para 60 milhões de habitantes. Quem é gestor sabe da dificuldade de conseguir esse profissional. E não é só no que se refere à atenção básica. Há demanda de profissionais para uma série de especialidades de altíssima complexidade no Brasil.

Entre as ações em andamento dirigidas aos médicos recém-formados ou em formação, estão: a abertura de vagas para residência médica; novas vagas no curso de medicina; desconto do Financiamento Estudantil (Fies) para o profissional que trabalhar para o SUS ou fizer residência na área do SUS de maior demanda. O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), do Ministério da Saúde, paga diretamente ao profissional médico em formação, acompanhado permanentemente por um supervisor na universidade. É utilizada estrutura de telemedicina, e o estudante fica durante um ano atuando em UBS, nas periferias das grandes cidades ou nas cidades do interior do País. Se permanecer por um ano e for bem avaliado pela universidade, o aluno ganha 10% a mais na nota obtida na prova de residência médica. No primeiro ano de programa, 381 médicos participaram; destes, 250 obtiveram o conceito Satisfatório e receberam a pontuação. No segundo ano (2013), 3.900 médicos participaram e a expectativa é de uma adesão maior em 2014.

Desafio da expansão da rede

Outro nó crítico é a expansão da rede. Primeiro, nos serviços de urgência e emergência, área mais crítica e reflexo da baixa qualidade do SUS, que também é um nó para o setor privado. O programa SOS Emergências é bastante ousado. Ele visa entrar nos prontos-socorros mais críticos do

País e mostrar que mudar a realidade de um serviço de urgência e emergência requer muito esforço interno de gestão e de acompanhamento da taxa de ocupação. Muitas vezes, a área de urgência e emergência é esquecida, negligenciada dentro de um hospital. O Ministério da Saúde resolveu enfrentar essa realidade. Foram instituídos os chamados leitos de retaguarda, pelos quais o ministério paga o dobro da remuneração de um leito normal. Um forte monitoramento está sendo feito, escolhendo os maiores prontos-socorros para o acompanhamento diário da taxa de ocupação, dos serviços, das macas, com câmera para acompanhamento. Para os profissionais, macas no corredor, pessoas em locais inadequados, o cheiro característico da unidade se tornam normais rapidamente. Em qualquer área de um hospital, o processo de monitoramento constante é decisivo, mas, no caso da urgência e emergência, ele deve ser ainda mais intenso.

A atenção básica à saúde também representa um desafio: sabe-se que, se a atenção básica tiver qualidade, 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos nessa parte do sistema. O setor de saúde suplementar já tem o diagnóstico de que uma parte das dificuldades dos serviços pediátricos de urgência e emergência privados na cidade de São Paulo é atribuída à inexistência do conceito de atenção primária na saúde suplementar. A maior parte dos problemas poderia ser resolvida sem a família precisar se deslocar para um pronto-socorro, para um serviço de urgência e emergência.

O Ministério da Saúde financia uma parte da atenção básica dos municípios, repassando o recurso fundo a fundo para que os municípios contratem equipes de atenção à saúde da família. Em 2011, foi criada uma modalidade diferente, que não se limita a repassar o recurso pelo tamanho da equipe. Passou a existir incentivo pela qualidade do atendimento, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). No primeiro ano, 17 mil equipes participaram. Com os prefeitos que assumiram em 2013, mais de 34 mil equipes estão participando, mais de 5 mil municípios aderiram e o Ministério da Saúde pode até dobrar o que repassa para o município, de acordo com o tamanho da sua equipe, desde que comprovado o bom desempenho. As equipes que aderem são acompanhadas por meio de um sistema informatizado, com indicadores mensais e visitas realizadas pelas universidades parceiras do SUS, que verificam se os dados são reais, se os usuários estão satisfeitos, e fazem uma avaliação de desempenho por equipe. Dependendo da nota, podem obter de 20% a 100% a mais do que sua produção indicaria. Há ainda o Portal do Cidadão, no qual qualquer pessoa pode acessar os dados da unidade de saúde do seu município, incluindo os de desempenho e nota.

> O Brasil forma 500 anestesiologistas por ano para 195 milhões de habitantes, já a Inglaterra forma 2.500 anestesiologistas por ano para 60 milhões de habitantes.

Investir na atenção básica é um dos grandes desafios da expansão da rede. Uma parte é investir nas equipes, incentivar financeiramente a mudança do modelo, a qualidade. Outro aspecto é reestruturar fisicamente as Unidades Básicas de Saúde (UBS). No decorrer dos anos, tornou-se natural a UBS ser um postinho, uma unidade acanhada, sem estrutura de trabalho: quando entra o médico não cabe o enfermeiro. A presidente Dilma determinou um grande programa de reestruturação das UBS. Em abril de 2013, estavam em construção mais de 4.600 UBS com um novo padrão, seguindo modelo preconizado pelo Ministério da Saúde. Para os municípios, foi aberto financiamento para melhoria das unidades existentes, seja para reforma ou ampliação, sem limite de recursos.

Para a reestruturação das UBS foi realizado um diagnóstico que, além de identificar os que tinham qualidade ou precisavam de reforma, concluiu que apenas um terço das UBS tinham algum tipo de acesso à internet. Não é possível prescindir do conjunto de tecnologias da informação para dar mais qualidade e melhorar a gestão dos serviços de saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde resolveu



financiar internet aos municípios participantes desse programa de qualidade na atenção básica, em parceria com o Ministério das Telecomunicações, por meio de ata nacional. Também foi desenvolvido o software E-SUS Atenção Básica, que disponibiliza prontuário eletrônico. Quem acompanhou a informatização das UBS sabe que, além de melhorar o cuidado com as pessoas, o histórico com as informações do paciente é um poderoso instrumento de combate ao desperdício de recursos.

A expansão da rede das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, com equipamentos de urgência e emergência pré-hospitalar, amplia o acesso e resolve 97% dos problemas atendidos, auxiliando na redução da fila dos prontos-socorros.

Quanto à expansão de acesso a medicamentos, em janeiro de 2011, cerca de 853 mil pessoas acessavam todo mês a Farmácia Popular. Após a disponibilização gratuita de medicamentos para diabetes e hipertensão, o acesso foi ampliado em mais de cinco vezes, com impacto já evidenciado nas internações. Em 2012, ocorreu redução das internações por diabetes e por hipertensão. Hoje, 80% dos medicamentos disponíveis na Farmácia Popular são genéricos, o que representa um peso grande para a indústria nacional e internacional.

Outro tema importante que deve ser enfrentado é dos hospitais filantrópicos. Por muitos anos, a política de financiamento dos hospitais filantrópicos foi a Tabela SUS, que é o rol de procedimentos do SUS submetido à política de fazer reajustes lineares da tabela no decorrer dos anos. Isso criou distorções dentro dos hospitais filantrópicos de forma mais intensa, pois eles não se organizavam para dar conta da atenção integral ao paciente, mas, sim, em função dos setores cujos procedimentos têm maior retorno financeiro, criando uma situação em que há núcleos bem financiados, fortes, e outros mais fracos, nos quais a remuneração é menos convidativa. Não há uma gestão integral do hospital. Muitos hospitais filantrópicos são empresas falidas com sócios ricos, ou seja, há núcleos dentro do hospital com altíssimo retorno financeiro, mas o hospital como um todo está falido, com dívidas que se acumulam com o passar dos anos. É necessário inverter esse processo.

Outro aspecto é que vários hospitais filantrópicos precisam rever sua missão e função. Uma maternidade que faz 50 partos por mês é uma indústria de cesáreas, porque não apresenta escala de partos suficientes para manter uma equipe de ginecologistas e obstetras, de enfermagem e anestesiologistas todos os dias. Dessa forma, os partos são marcados às segundas e quintas-feiras, ou às terças e sextas-feiras, e assim por diante. Nesse contexto, é necessário pensar o papel de alguns hospitais de pequeno porte. Não se trata de fechá-los, mas de repensar seu papel.

Dos 7 mil hospitais do Brasil, grande parte tem menos de 50 leitos, o que é inviável. Eles podem se tornar um hospital de retaguarda com leito para crônicos, ou uma unidade de acolhimento para dependentes químicos, ou ainda uma UPA 24 horas, uma casa de parto normal, entre outros. Uma parte do enfrentamento dos hospitais filantrópicos é reorientar sua gestão, o que implica pensar em uma solução para a dívida que mantêm. Desde 2011, foi criado um incentivo de qualidade, que registra em contrato o que os gestores municipais e estaduais fazem com esse hospital, e repassa incentivo por meio de metas alcançadas: de qualidade, redução de mortalidade, expansão de serviços contratados pelos gestores municipais. A dívida precisa ser refinanciada, combinada com uma expansão dos serviços, partindo de um plano de reestruturação desses hospitais.

Ao mesmo tempo, mais de 300 procedimentos foram reajustados, com a criação de pacotes de cirurgia oncológica, de transplantes, de cirurgia eletiva, também reajustados, no sentido de reorientar a organização do hospital.

Outro grande desafio a enfrentar é a questão de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A tendência atual no Brasil é de um incremento de 800 leitos por ano, que visa a atender pelo menos 75% da população. Os cálculos mostram a necessidade de atender a população SUS dependente com 1.624 leitos de UTI por ano. A defasagem de leitos de UTI

tende a aumentar nos próximos anos, levando-se em conta o ritmo de crescimento atual. E o mais difícil não é conseguir equipamento, estrutura, mas, sim, dispor de médicos intensivistas e neonatologistas. O Ministério da Saúde fez investimento em abertura de leitos de UTI e a grande dificuldade é ter profissionais para dar conta dessas especialidades.

No caso do câncer, o desafio é outro. A estimativa do Instituto Nacional do Câncer (Inca) é que haverá nos próximos seis anos cerca de 500 mil casos de câncer por ano no Brasil. Para atender a essa estimativa, será necessário produzir, até 2016, aproximadamente 230 mil cirurgias oncológicas por ano, ante as 97 mil atuais.

Em 2012, houve grande acréscimo de recursos e um reajuste na tabela do SUS para procedimentos de cirurgias oncológicas. Na negociação de dívidas com hospitais filantrópicos, uma das questões é que, se houve a ampliação de acesso a cirurgias oncológicas, a renegociação da dívida terá condições mais favoráveis.

Em relação à quimioterapia é diferente, pois não há demanda por leitos hospitalares ou de UTI, uma vez que a maior parte do tratamento é ambulatorial e 97% dos procedimentos de quimioterapia são realizados pelo SUS. Ainda em 2013 será atingida a produção de quimioterapia estimada como necessária para atender a população (aproximadamente 2,5 milhões de procedimentos). O desafio em relação à quimioterapia é o tempo. É preciso iniciar o tratamento até 60 dias após o diagnóstico confirmado de câncer – determinação em vigor desde junho de 2013 (Lei nº 12. 732, de 2012).

Para a radioterapia, a estimativa é que, em 2019, com a ampliação dos serviços realizada pelo Ministério da Saúde, o número de procedimentos passe dos atuais 9 milhões para 16 milhões, suficiente para atender toda a população necessitada. Ao todo, são 80 novos serviços para reduzir a desigualdade no acesso ao tratamento de câncer.

O Ministério da Saúde também está realizando a maior aquisição centralizada de aceleradores lineares. Existem atualmente dois fornecedores mundiais e, de acordo com o edital, quem ganhar a licitação poderá montar uma fábrica no Brasil. O grande diferencial é utilizar o poder de compra do Ministério da Saúde para incentivar a indústria, a inovação tecnológica e o emprego aqui no Brasil.

Em 2013, foi criada uma espécie de Lei Rouanet para os serviços de câncer e para pessoas com deficiência no Brasil (Decreto nº 7.988). Se o setor privado quiser investir em serviços de câncer e em serviços para o tratamento de pessoas com deficiência, seja por meio de pesquisas, equipamentos



Nos últimos dez anos, o número de usuários de planos de saúde aumentou em 18 milhões, com uma curva exatamente igual à da formalização do mercado de trabalho, de empregos formais.

ou investimentos, está prevista a isenção no Imposto de Renda. A finalidade é captar recursos para a prevenção e o combate ao câncer e para os serviços que atendem pessoas com deficiência.

Regulação da assistência à saúde

Foi criada em 2011 a Agenda Regulatória da Saúde Suplementar, aberta a consulta pública, que recebe sugestões as mais variadas, discutidas na Câmara de Saúde Suplementar. A Agenda Regulatória de 2013/2014 possui sete eixos. O primeiro é o de sustentabilidade do setor. Nos últimos dez anos, o número de usuários de planos de saúde aumentou em 18 milhões, com uma curva exatamente igual à da formalização do mercado de trabalho, de empregos formais.

Observou-se forte crescimento de usuários de planos de saúde em regiões sem rede de saúde suplementar. Por exemplo, na região do ABC, em São Paulo, quase 60% da população é usuária de planos de saúde e há pouquíssimos hospitais privados, escassa rede ambulatorial e de diagnóstico privada. Na região Nordeste do País, há forte crescimento de beneficiários por causa da formalização do mercado de trabalho, e a expectativa na Região Metropolitana do Recife é de 200 mil novos habitantes até 2016, sem expansão de rede.

Esse é um tema central para a sustentabilidade do setor. A cidade de São Paulo tem vivido isso: há poucos leitos hospitalares na saúde suplementar. Precisamos fazer um debate com vistas a regulamentar a lei que autoriza trazer capital internacional para a expansão da rede hospitalar, ambulatorial e de diagnóstico no País. A Constituição diz que algumas áreas só podem ter capital internacional se houver regulamentação específica, e isso nunca foi regulamentado na área da saúde.

A situação atual permite distorções. Uma parte do setor – as operadoras de planos de saúde – se capitaliza, entra na bolsa, abre o seu capital e, às vezes, pega esse recurso para começar a verticalizar, montar rede hospitalar, o que está correto. Por outro lado, não é permitida a entrada de capital internacional em investimentos para a consolidação e expansão da rede hospitalar, ambulatorial e de diagnóstico no País. No setor da saúde suplementar existe a vantagem de haver regulação pública, sendo que a expansão desse mercado passa por ela. Além da ampliação da rede pública, a rede de atenção hospitalar para a saúde suplementar também deve ter previsão de aumento.

O segundo eixo da agenda aborda o tema da garantia do atendimento. Em 2011, quando foi criado esse ciclo de monitoramento do tempo de espera na saúde suplementar, foi necessário suspender o direito de venda de vários planos de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por orientação do Ministério da Saúde, criou uma regra pela qual se o plano de saúde não cumpre o tempo de espera, ele não está autorizado a incorporar beneficiários ao que já possui. Uma parte da causa dessa assistência insuficiente é a ausência de rede para oferecer um tratamento no tempo de espera adequado.

No âmbito do ressarcimento ao SUS, foram criados mecanismos para aprimorar a gestão no controle. Foram realizadas mudanças no sistema de informação e, em 2011 e 2012, obteve-se mais ressarcimento do que desde o início da ANS. Recentemente, em 2012, foi criada uma regra que estabelece que a operadora deve emitir um número do cartão SUS para o seu usuário, que é uma forma de aprimorarmos ainda mais esse controle.

Regulação de preços, regras de incorporação da inovação tecnológica e estímulo do Complexo Industrial da Saúde

Uma das ações do Ministério da Saúde integrada ao Complexo Industrial da Saúde é ampliar os recursos na área de pesquisa em R$ 1,5 bilhão até 2014, o que vem contribuindo para que um conjunto de medicamentos passe a ser produzido no Brasil. Há 64 parcerias de desenvolvimento produtivo formalizadas, para as quais o ministério utiliza o poder de compra do SUS para estimular a inovação tecnológica, a produção e a geração de emprego. O marco legal para a entrada em vigor dessa política pública foi a mudança na Lei de Licitação e na Lei de Inovação Tecnológica: por dispensa de licitação é possível receber propostas de um laboratório público e nacional, ou ligado ao Ministério da Saúde, como é o caso da Fiocruz e da Hemobrás; ou laboratórios públicos estaduais, como o Instituto Butantan e a Furp (Fundação para o Remédio Popular); ou ainda proposta de parceria desse laboratório público com uma empresa nacional ou internacional privada, com proposta de transferência de tecnologia.

Dessa forma, o Ministério da Saúde garante a utilização de seu poder de compra, que será fruto da transferência de tecnologia. Isso, por um lado, estabelece uma regra muito clara de incorporação tecnológica para o laboratório público nacional, ou seja, se em determinado momento a empresa nacional ou internacional decidir sair do Brasil, a tecnologia estará incorporada no laboratório público brasileiro. E tem o estímulo para investimento do setor privado, por meio da garantia de compra governamental do produto, antecipando recursos que sustentem o investimento do setor privado.

Das 64 parcerias em andamento, 54 referem-se à produção de medicamentos; 5, de vacinas; 4, de equipamentos para a saúde; e 1, de pesquisa e desenvolvimento. Assim é utilizado o poder de compra do Ministério da Saúde, de quase R$ 6 bilhões por ano, o que, além de criar emprego e inovação tecnológica no País, gera uma economia para o Ministério da Saúde em torno de R$ 2,8 bilhões por ano, o que permite incorporar novos medicamentos. A Lista de Medicamentos do SUS passou de 500, em 2011, para 840, em 2012.

O Ministério da Saúde fechou acordo com o Instituto Nacional da Propriedade Industrial (Inpi), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior para acelerar o registro de patentes no Brasil. A expectativa é que o tempo de análise seja reduzido de nove anos para nove meses.

Para finalizar, em 2011 foi lançado um instrumento importante para o acompanhamento de políticas públicas de saúde. Trata-se do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que, a partir de um conjunto de indicadores de saúde, tenta ser uma "fotografia" dos sistemas de saúde municipais, estaduais e nacional, além de instrumento para que o Ministério da Saúde possa avaliar a evolução das políticas públicas de apoio aos municípios e estados no que mais precisam e premiar com mais recursos os gestores locais que se esforçarem em melhorar os seus serviços de saúde.

Limites e perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS)

Helvécio Miranda Júnior
Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

José Cechin
Diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)

José Cechin, diretor-executivo da FenaSaúde, e Helvécio Magalhães, secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, analisam o tema do segundo debate à luz da realidade e dos dilemas do setor de saúde no País.

Primeira palestra
A realidade da saúde no Brasil

O diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), José Cechin, abriu os trabalhos do Segundo Debate discorrendo sobre a realidade da saúde no Brasil. Inicialmente, o gestor apresentou a FenaSaúde – uma associação que representa 15 grupos empresariais e 29 operadoras de saúde. Ele explicou que seus integrantes têm grande experiência no contexto da saúde suplementar, setor em que são responsáveis por uma carteira de 24 milhões de beneficiários (36% do total do setor). "A entidade acompanha a intensa regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cujo alcance é restrito a operadoras, e produz boletins que retratam a produção assistencial e aspectos econômico-financeiros", complementou.

Na sequência, Cechin ressaltou que a saúde é um direito individual constitucional e o Estado tem o dever de prover a atenção integral à saúde, desde a prevenção até a terapia. "A Constituição admitiu a atuação privada na saúde sem definir com clareza as atribuições de cada setor, de forma que atualmente existe uma duplicação de serviços realizados por prestadores públicos e privados, ambos pensados de forma a garantir atenção integral à saúde", destacou. Evidentemente, explicou ele, existem ações praticamente restritas ao setor público, como o controle de epidemias e endemias, a vacinação e determinados procedimentos de alta complexidade, como os transplantes cardíacos. "Ainda que exista o direito constitucional à saúde, parte da população opta pela contratação de planos privados como forma de receber um tratamento diferenciado."

Cechin ressaltou que a forma de organização do setor público representa um enorme desafio à gestão, na medida em que incorpora as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) com a coexistência de gestores de partidos diferentes, fenômeno que pode ser denominado "multicolorido político".

De acordo com o gestor, o setor público não apresenta fonte própria e específica de financiamento. A Constituição de 1988 instituiu o orçamento da seguridade social para financiar previdência, assistência e saúde, de forma que essas três áreas passaram a "competir" entre si pelos mesmos recursos financeiros. "Como as ações em saúde são limitadas à disponibilidade de recursos, isso pode determinar "racionamento", expresso na forma de filas e na demora para o atendimento."

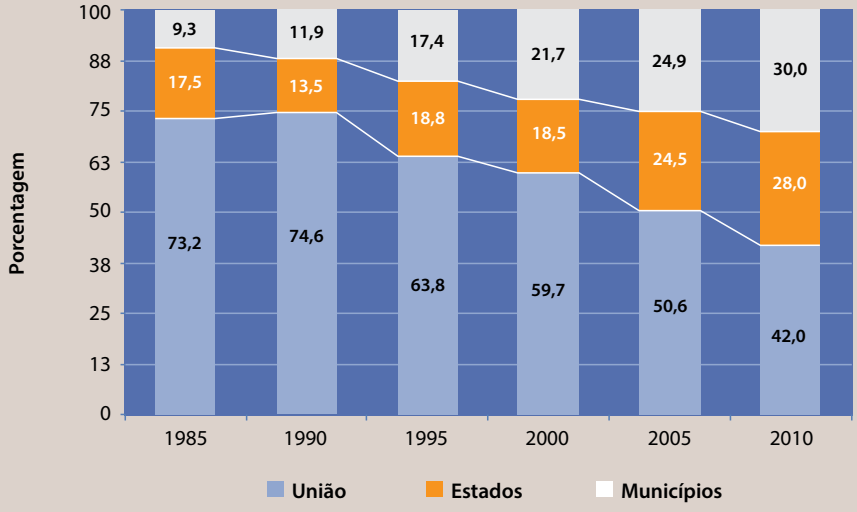
Segundo o diretor da FenaSaúde, os gastos em saúde no Brasil, em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), são semelhantes aos de países membros da União Europeia (da ordem de 9%). No entanto, a participação do setor privado no Brasil (cerca de 54%) é similar à de países como os Estados Unidos e sensivelmente inferior à de países europeus, nos quais se observa maior participação do Estado (73%).

Em relação aos gastos per capita com saúde, corrigidos pelo poder de paridade de compra, Cechin ressaltou que o Brasil mostra valores anuais próximos a US$ 1.000, países europeus atingem US$ 3.500 e os EUA chegam a US$ 8.000. Também informou que o valor nacional, em termos absolutos, representa cerca de um terço daquele gasto na União Europeia, embora o esforço, em termos de PIB, seja semelhante. Os EUA apresentam gastos crescentes em saúde, próximos a 18% do PIB, porém com resultados e indicadores de saúde inferiores aos de países europeus.

Outros dados expostos: em relação à composição dos gastos públicos no Brasil, a União contribui com cerca de 42% dos recursos financeiros; estados, 28%; e municípios, 30%. No decorrer dos anos, ocorreu uma redução progressiva nos gastos da União e transferência de parte dos encargos para estados e municípios, de acordo com demonstração de dados de 1985 a 2010, apresentado por Cechin no gráfico 1.

Quanto à composição dos gastos privados, 46% representam dispêndios com operadoras de planos, 40% com medicamentos e o restante com o desembolso direto para o pagamento de serviços de assistência à saúde, informou José Cechin.

Gráfico 1 - Gastos públicos com saúde segundo origem dos recursos





De acordo com ele, existe dificuldade de garantir maior aporte financeiro para a saúde, no curto prazo. "A estrutura de gastos da União é pouco flexível, uma vez que cerca de três quartos das despesas estão comprometidos com folha de pagamento de servidores ativos, aposentados e pensionistas, com despesas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e seguro-desemprego, e com gastos em programas da política assistencial, como o Bolsa Família", pontuou. Por outro lado, para acomodar esses gastos, a receita tributária, em especial aquela relativa à seguridade (Cofins, CSLL e a extinta CPMF), já tem apresentado incremento desde 2004, lembrou. "Dessa forma, sem a possibilidade de alterar a estrutura de gastos do governo, a única forma de ampliar o aporte financeiro à saúde seria por meio da elevação de impostos para uma carga que a sociedade não aceitaria."

"Outra relevante questão se refere à emergência da nova classe média, que no primeiro semestre de 2013 representava mais da metade da população brasileira", salientou o diretor da FenaSaúde. O advento dessa classe relaciona-se à mobilidade social e ao esvaziamento da classe E, à redução do desemprego e à política de governo centrada em salário mínimo, aposentadoria, assistência e crédito farto, explicou. Essa nova classe consumidora passou a ter acesso a produtos e serviços de saúde públicos e privados, o que tem provocado questionamentos a respeito da suficiência da rede prestadora de serviços. "Neste momento, sobretudo em São Paulo, tem-se observado decisões de novos investimentos na ampliação da oferta de leitos e na expansão da rede privada", destacou Cechin.

Na continuidade de sua palestra, o diretor da FenaSaúde frisou que acesso e consumo estão estreitamente relacionados com informação e renda, e, nesse contexto, a comparação entre os gastos em saúde das classes superiores e os das inferiores demonstra uma diferença da ordem de dez vezes. "Além disso, a composição desses gastos se mostra bastante discrepante: as classes mais baixas apresentam maior proporção de gastos em medicamentos, ao passo que o principal item de consumo das classes mais elevadas se relaciona a planos de saúde. E, à medida que ocorreu ascensão de classe social, foram observados menores desembolsos diretos." (veja Tabela 1)

"Tal observação pode ser corroborada por estudo relativo à estrutura da receita dos hospitais que integram a As-

Tabela 1 - Despesas médias mensais com saúde, segundo classes de renda mensal familiar

Item da Despesa	Grupo de menor renda		Grupo de maior renda	
	Valor (R$)	%	Valor (R$)	%
Despesa total	**53,45**	100,0	**563,69**	100,0
Remédios	**39,65**	**74,2**	**189,41**	**33,6**
Plano/seguro-saúde	**3,74**	**7,0**	**238,21**	**42,3**
Consulta e tratamento dentário	0,99	1,9	36,06	6,4
Consulta médica	2,36	4,4	18,00	3,2
Tratamento médico e ambulatorial	0,27	0,5	22,77	4,0
Serviço de cirurgia	0,91	1,7	23,73	4,2
Hospitalização	0,22	0,4	3,53	0,6
Exames diversos	2,74	5,1	8,31	1,5
Material de tratamento	2,04	3,8	20,28	3,6
Outras	0,53	1,0	3,39	0,6

sociação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp): 95% da receita daqueles hospitais é proveniente de operadoras de saúde e apenas 5%, de pacientes particulares", prosseguiu Cechin.

Para o gestor, planos de saúde são percebidos como item de desejo de consumo da população. "Em 2012, havia 1.320 operadoras em funcionamento, provendo cobertura para cerca de 66 milhões de beneficiários e determinando receitas da ordem de R$ 97 bilhões."

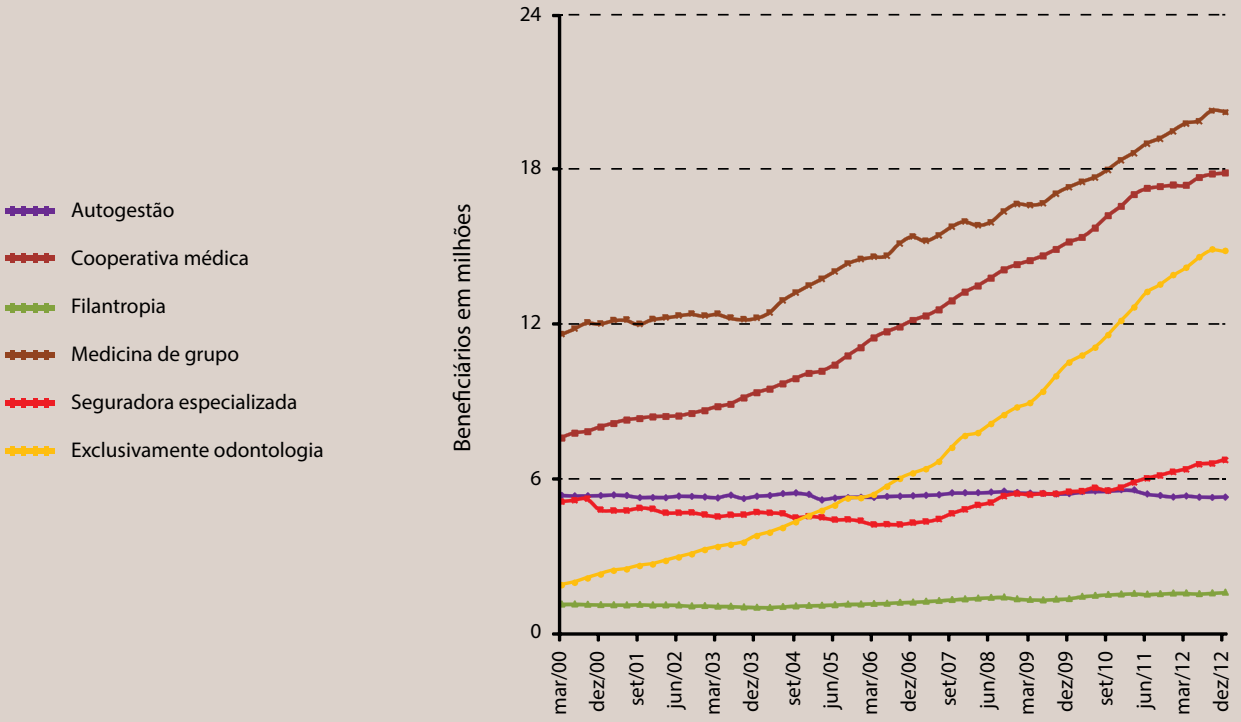
Nos últimos anos, informou ele, o tipo de plano que apresentou maior expansão foi o odontológico e, entre as modalidades de operadora, o maior crescimento foi registrado nas cooperativas e nas empresas de medicina de grupo (veja Gráfico 2). As regiões que tradicionalmente têm menor penetração de planos (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) apresentaram o maior aumento nos índices de cobertura, demonstrando relação direta com a evolução do emprego e a difusão da atividade econômica para fora dos grandes centros.

Outra tendência verificada, disse o gestor, se refere à redução na quantidade de leitos disponíveis no SUS (6%) e ao concomitante aumento de oferta no setor privado (22%). Apesar disso, a taxa de crescimento de beneficiários da assistência suplementar tem sido maior que a proporção de incremento de leitos privados. "Como essa relação não é linear, o número de beneficiários não precisaria necessariamente acompanhar a evolução no número de leitos, considerando o momento atual, no qual se observa um movimento de desospitalização, de realização de procedimentos menos invasivos e de incentivo ao cuidado domiciliar."

Cechin informou os dados da produção assistencial das operadoras de saúde em 2012: 240 milhões de consultas, uma taxa de 2,5 exames complementares por consulta e 7 milhões de internações. A taxa de consultas ambulatoriais per capita (5,1) mostrou-se consideravelmente superior àquela do setor público (3,6), mas compatível com a experiência internacional. Em relação à utilização de recursos intensivos em tecnologia, o Brasil apresentou a maior taxa (por mil habitantes) de realização de exames de ressonância magnética do mundo, superando os Estados Unidos, e valores similares ao restante do globo quanto à realização de exames de tomografia computadorizada, conforme dados de estudo apresentados na Tabela 2.

Em relação às despesas em saúde, existe uma tendência secular e universal de aumento de preços acima da inflação e do crescimento do PIB, em todos os países, pontuou o diretor da FenaSaúde. Nos EUA, por exemplo, no período de 1960 a 2010, a variação do PIB foi de cerca de

Gráfico 2 - Beneficiários e crescimento por modalidade



168%, enquanto o crescimento dos gastos em saúde foi da ordem de 800%.

Outro estudo apresentado, que envolve operadoras com 70% dos beneficiários de planos, demonstrou uma elevação das despesas, sobretudo assistenciais, superior ao aumento de receitas. Essa diferença foi absorvida em parte pelo resultado (negativo) e, em parte, por redução das despesas administrativas, conforme Tabela 3.

Também exercem forte impacto sobre as despesas assistenciais os materiais e medicamentos utilizados na internação. Esses itens respondem por 55% do valor da conta hospitalar para as operadoras de saúde. No entanto, informou Cechin, sob a ótica do prestador hospitalar, um estudo envolvendo hospitais vinculados à Anahp demonstrou que materiais e medicamentos representam 30% da estrutura de despesas e 51% da estrutura de receitas (veja Tabela 4).

Tabela 2 - Procedimentos realizados em 2012 - Taxa por 1 mil habitantes/beneficiários

Ressonância magnética

País	2008	2009	2010	2011[2]
Brasil				
Sistema Público (SUS)[1]	2,1	2,6	3,4	4,2
FenaSaúde	---	98,6	103,5	108,4
Alemanha	---	95,2	----	95,2
Austrália	19,7	20,9	23,0	23,9
Bélgica	52,8	---	---	52,8
Canadá	40,3	42,5	46,7	46,7
Chile	6,0	7,4	---	7,4
Coreia	12,6	13,1	14,7	18,2
Dinamarca	42,3	51,0	57,5	61,7
Estados Unidos	93,4	95,9	97,7	97,7
França	48,3	55,1	60,2	60,2
Grécia	97,9	---	---	97,9
Holanda	38,6	43,6	49,1	49,1
Israel	14,2	15,6	18,1	18,1
República Checa	27,4	32,2	33,5	33,5
Turquia	48,8	67,6	79,5	79,5

Tomografia computadorizada

País	2008	2009	2010	2011[2]
Brasil				
Sistema Público (SUS)[1]	10,6	12,4	15,3	17,6
FenaSaúde	---	116,7	118,4	107,8
Alemanha	---	117,1	---	117,1
Austrália	86,6	91,5	93,0	90,6
Bélgica	179,3	---	---	179,3
Canadá	118,2	122,2	126,9	126,9
Chile	41,9	50,2	---	50,2
Coreia	80,2	92,6	106,2	118,5
Dinamarca	81,1	91,5	105,2	117,2
Estados Unidos	240,3	252,7	265,0	265,0
França	129,6	138,3	145,4	145,4
Grécia	320,4	---	---	320,4
Holanda	60,1	65,2	66,0	66,0
Israel	115,7	122,8	127,2	127,2
República Checa	82,0	87,5	86,5	86,5
Turquia	77,7	96,3	103,5	103,5

Fontes: *Ministério da Saúde/DATASUS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), SIP/ANS, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECO), Extraído em 3/7/12.*

[1] Não inclui a população beneficiária da saúde suplementar

(---) Dado numérico não disponível

[2] 2011 ou ano mais recente.

Tabela 3 - Crescimento das despesas com saúde

Contas	2007	2012	Variação (%)
Receita	54,2	97,2	79,5
Despesa total	53,7	98,5	83,4
Despesa assistencial	41,7	79,9	91,4
Outras despesas	12,0	18,6	48,9
Resultado operacional	0,4	(1,3)	(418,9)
Beneficiários (dezembro)	48,5	66,6	37,3
IPCA (dezembro)			37,8

Fontes: *Demonstrações contábeis das operadoras/ANS – Extraído em 18/4/13.*

Tabela 4 - Estrutura da despesa e receita dos hospitais da ANAHP

Receita							
Natureza do evento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Insumos hospitalares*	**30,4**	**29,6**	**30,5**	**30,1**	**30,9**	**29,3**	**27,6**
Diversos	69,6	70,4	69,9	69,6	69,1	70,7	72,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Receita							
Natureza do evento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Insumos hospitalares*	**30,4**	**44,9**	**46,4**	**48,6**	**50,9**	**48,5**	**51,5**
Diversos	55,6	55,1	53,6	51,4	49,1	51,5	48,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Insumos hospitalares: materiais hospitalares, medicamentos e gases medicinais

Fonte: *ANAHP 2012*

A longevidade foi outro item abordado pelo palestrante. "O envelhecimento populacional, ainda que desejável, traz consequências ao sistema de saúde. Atualmente, no Brasil, 20 milhões de pessoas (11% da população) têm 60 anos ou mais. A expectativa é que essa parcela seja consideravelmente superior em 2040, quando chegará a 60 milhões (27% da população)", relatou Cechin. "Além disso, cerca de 5,4% da população terá 80 anos ou mais. Junte-se a isso o fato de que os gastos em saúde começam a aumentar a partir dos 50 anos e sobem exponencialmente após os 60, por causa do surgimento de doenças crônicas."

Ainda acerca do envelhecimento populacional, o gestor afirmou que uma simulação demonstrou que, caso a população prevista para 2040 apresente a mesma estrutura de acesso, de utilização de tecnologias e de preferências que da população de 2010, ocorrerá uma elevação nos gastos em saúde da ordem de 43%. E acredita-se que esses gastos serão dispersos durante os anos que representam o aumento na longevidade.

Perspectivas para o sistema

No encerramento de sua conferência, José Cechin apontou como prognósticos para a saúde no Brasil:

- Potencial aumento no valor de planos e na carga tributária;
- Importância de cooperação público-privada para alocação de recursos;
- Necessidade de maior definição de responsabilidades e de garantir ao paciente a possibilidade de optar por apenas um dos setores da saúde (público ou privado), como ocorre no Chile e na Alemanha;
- Importância da promoção de saúde e do incentivo à mudança de hábitos de vida como formas de atuação nas doenças crônicas;
- Revisão dos mecanismos de financiamento; incorporação de tecnologias, como medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais, em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Ministério da Saúde.

Segunda palestra

Os dilemas do setor da saúde

Helvécio Magalhães, titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, iniciou sua explanação ressaltando que os grandes dilemas do sistema da saúde não estão restritos ao setor público, mas, sim, compartilhados por todo o Sistema Único de Saúde (SUS). "Os setores público e privado apresentam estruturas demográfica, etária e comportamental semelhantes, ainda que o nível de renda dos usuários seja diferente", afirmou o secretário.

"O SUS, que completou 25 anos, pode ser considerado um sucesso, apesar dos desafios do financiamento da saúde decorrentes de uma situação fiscal pouco flexível", destacou Magalhães. Segundo ele, a conformação da pirâmide etária brasileira é marcada pela redução da natalidade e pela elevação da longevidade, como resultado de ações do SUS

associadas a melhores condições de infraestrutura e desenvolvimento. "Todos esses desafios devem ser equacionados, não apenas no âmbito do governo, mas com a participação da sociedade."

Desafios do sistema

De acordo com o secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, são quatro os temas centrais relacionados aos desafios do SUS: o modelo de atenção, a força de trabalho, o financiamento e, "transversalizando os demais", a relação público-privada. "Diferentemente do que se costuma afirmar, pode-se considerar que o modelo de atenção tem mais peso que o financiamento", ressaltou. A seguir, a análise dos quatro desafios do SUS realizada pelo secretário Helvécio Magalhães.

O modelo de atenção

O sistema de saúde nacional, entendido como resultado da importação de práticas que conjugam os ideários europeu (financiamento público universal, saúde como direito e integralidade) e norte-americano (prática centrada no trabalho médico e uso intensivo de tecnologias duras), produz uma equação complexa.

Sua reconhecida fragmentação resulta da herança histórica de diversos serviços de saúde anteriores, como o Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), os hospitais filantrópicos, as Santas Casas, serviços e sistemas municipais e equipamentos de saúde privados.

Identifica-se ainda a necessidade de maior adequação entre a organização do sistema e o padrão de envelhecimento. O País vive um momento de tripla carga de doenças, caracterizado pelo predomínio de doenças crônicas, pelo aumento da mortalidade por causas externas (sobretudo envolvendo acidentes com motocicleta), pela persistência e pelo surgimento de doenças infecciosas (como Doença de Chagas, hanseníase, doença diarreica aguda, doenças pulmonares, dengue, gripe pelo vírus *influenza* H1N1 etc.).

Esse crescente padrão de doenças crônicas tende a provocar tensão sobre o sistema, exigindo a configuração de rede e não apenas a disponibilidade de médicos ou de tecnologias duras. Dessa forma, o modelo hegemônico pouco contribui para resultados concretos e pode determinar insatisfação da população em suas necessidades e demanda por tempo de resposta mais rápido.



A atenção básica tem muito potencial, como se verifica por meio do papel central da Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao atuar visando à atenção primária, é possível garantir o necessário cuidado continuado, permitindo dar respostas mais eficientes às doenças crônicas. Nessas condições, a atuação da equipe multidisciplinar e os arranjos extra-hospitalares permitem garantir melhores resultados e satisfação dos usuários. Finalmente, cabe lembrar a importância da conformação em rede segundo linhas de cuidado para doenças crônicas, para a saúde materno-infantil, para álcool e drogas, entre outras.



A força de trabalho

A força de trabalho, sobretudo a médica, é uma questão por resolver. A regulação dos programas de residência médica é promovida principalmente pelas sociedades de classe, o que nem sempre atende ao interesse público de distribuição regional, quantitativamente e por especialidade. No Reino Unido, consegue-se fazer com que a distribuição de vagas ocorra conforme as necessidades do sistema de saúde. Nesse contexto, a ordenação da força de trabalho em saúde no Brasil deve ser coerente com o aumento no número de idosos na população, com o predomínio de doenças crônicas e com a necessidade de investimentos na atenção básica.

A equipe multidisciplinar também tem papel relevante no novo modelo de atenção, para assistência nas linhas de cuidado e fora do ambiente hospitalar.

O financiamento

O lema "Tudo para todos" representa um grande desafio, que deve ser contraposto à "integralidade necessária" – expressão cunhada para indicar a importância de que esse "tudo" seja razoável, tenha limites e seja pactuado socialmente. A indicação precisa para exames e terapias, com base em raciocínio clínico e na utilização de protocolos assistenciais, é relevante. O fato de que 87% dos hemogramas solicitados apresentem resultados dentro dos parâmetros de normalidade e que 65% das tomografias computadorizadas realizadas não sejam retiradas pelos pacientes pode representar alto grau de desperdício de recursos. A questão relativa à autonomia médica e a importância da regulação da incorporação tecnológica são fundamentais para conferir perenidade e racionalidade ao sistema de saúde.

Observa-se no Brasil a ocorrência de desequilíbrio entre os entes federados e a existência de conflitos decorrentes da indefinição de responsabilidades de municípios, estados e União. Quanto à necessidade de maior aporte financeiro, pode-se dizer que a sociedade brasileira ainda não estava – em maio de 2013 – convencida do subfinanciamento do sistema, caso contrário, uma regulamentação diferenciada para a saúde já teria sido aprovada.

O relacionamento público-privado

A relação público-privado ainda não é assunto resolvido no sistema nacional. O arranjo brasileiro por vezes causa confusão nos conceitos de "complementar" e "suplementar" relativos ao setor privado. Pode-se dizer que existe algum grau de "predação" entre os setores público e privado na contratação de profissionais e na oferta de leitos (sobretudo em Unidade de Terapia Intensiva). Por essa razão, o planejamento das regiões de saúde deve contemplar as diversas esferas administrativas.

Cabe, finalmente, reconhecer a existência de múltiplos possíveis arranjos para uma mesma instituição hospitalar. Por isso, é necessário flexibilizar o funcionamento dessas unidades complexas. Nesse contexto, existe o exemplo contemporâneo na realidade brasileira das entidades filantrópicas que ora assumem papel no setor público, ora atuam como prestadores privados ou operadoras de saúde e, em algumas situações, funcionam como Organizações Sociais de Saúde.

A judicialização da Saúde

Gilmar Mendes
Ministro do Supremo Tribunal Federal

O Ministro Gilmar Mendes, do Supremo Tribunal Federal, sugere alternativas como mediação e ações coletivas, ante os 240 mil processos em tramitação no País sobre assistência à saúde.

O Ministro Gilmar Mendes, do Supremo Tribunal Federal (STF), deu importante contribuição aos participantes do Ciclo de Debates Interfarma ao proferir a palestra "A judicialização da saúde". "A construção do modelo de direitos de perfil social caracterizou a Constituição brasileira de 1988, e pode-se dizer que muitos dos direitos previstos na Constituição não foram regulados, o que caracteriza a omissão legislativa inconstitucional", afirmou o Ministro na abertura de sua apresentação. "Assim, num primeiro momento, o Supremo Tribunal Federal era tímido em termos de intervenção, optando por realizar advertências ao Congresso Nacional e por apelar para que o legislador atuasse diante das solicitações do sistema", ressaltou Gilmar Mendes.

No entanto, explicou ele, tal estratégia mostrou-se ineficaz ao estimular o processo decisório, e, a partir de 2007, o STF passou a adotar um novo modelo, censurando a inércia legislativa e editando normas de caráter provisório. "A medida provocou inevitável tensão entre o Supremo Tribunal Federal e o Legislati-

vo quanto ao controvertido tema da invasão e distribuição dos poderes."

O Ministro frisou que, embora a saúde represente um direito fundamental do cidadão e um dever do Estado, existem diversos serviços públicos ineficientes e não faltam divergências sobre responsabilidades de União, estados e municípios na atenção à saúde.

"A maioria dos casos de judicialização no país ocorre no plano individual, o que, por vezes, pode legitimar as críticas relativas a possíveis assimetrias resultantes da intervenção judicial", destacou. O Ministro explicou que, como existe necessidade de decisão diante de urgência efetiva ou suposta (tutelas de urgência), essa situação por vezes não permite maior maturação dos casos por parte do juiz ou do tribunal que faz as suas revisões. "Em tais situações, pode ocorrer de o juiz atender principalmente aos pedidos de quem tem meios e modos de acesso à Justiça, fazendo com que os recursos sejam destinados a pleitos específicos e não à necessidade geral da população de determinado local."

Gilmar Mendes informou que são frequentes as discussões, nos meios acadêmico e judicial propriamente dito, relacionadas à cultura fortemente individual das ações. E isso tem ocorrido inclusive no âmbito da Defensoria Pública, quando da sua atuação em nome de pessoas carentes. "Em tais situações, a exigência de providências imediatas suscitou discussões relativas a possíveis distorções na alocação de recursos e grande volume de pedidos de suspensão de liminares contra União, estados e municípios nos quais se questionavam competências de cada esfera e mérito das decisões", pontuou o Ministro do STF.

"Cabe lembrar a realização de audiência pública, com o objetivo de promover a participação e interação dos diversos atores e de conhecer as diferentes realidades experimentadas pelos juízes em todo o país", afirmou Mendes. "Constatou-se que, diante de certa inércia administrativa, os juízes invariavelmente reconheciam o direito de garantir a melhor intervenção existente, diante do quadro descrito no processo e em laudos técnicos", complementou.

De acordo com o Ministro, também se verificou que os temas mais reclamados foram o eventual atraso no registro de medicamentos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a necessidade de incorporação de novas



tecnologias à Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e a instalação de determinado equipamento de saúde, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, em uma dada região. "O principal resultado dessa audiência foi o compromisso do Ministério da Saúde de criar normas de organização do sistema de registro na Anvisa e de incorporação de tecnologias e procedimentos à Tabela Unificada do SUS. E ocorreu o julgamento relativo à Suspensão de Tutela Antecipada no 175", frisou o palestrante.

Gilmar Mendes também destacou que uma análise com base em critérios jurídicos mais densos demonstrou que caberia ao Judiciário observar, num primeiro plano, se haveria omissão de caráter administrativo e déficit na prestação de serviços públicos. "Não se constatou eventual violação na divisão de poderes, uma vez que o legislador já desenhara previamente as ações, e, quando estas apresentavam implementação deficitária, reforçava-se a necessidade de se corrigir déficits", disse. "Assim, a legislação mostrava-se suficiente, de forma que o serviço não realizado traria potencial prejuízo ao direito de proteção à saúde, e caberia ao Judiciário atuar no sentido de corrigir os déficits na prestação".

De fato, conforme avaliação do Ministro, se fosse realizado um levantamento estatístico, seria possível observar, com maior frequência, um déficit na implantação de políticas públicas já definidas, de forma que o Judiciário não estaria inovando na ordem jurídica, uma vez que a afirmação do direito já teria passado nas diferentes instâncias.

Ele citou ainda um estudo produzido no Rio Grande do Sul, que pretendia avaliar se o acesso à saúde mediante judicialização se dava preferencialmente nos estratos sociais mais elevados. "Naquela unidade da federação, o resultado encontrado foi que as pessoas beneficiadas realmente dependiam dos tratamentos julgados e apenas sobreviviam em decorrência do suporte e apoio recebidos da Defensoria Pública", destacou. Na opinião dele, esse tipo de pesquisa deve ser aprofundada e realizada em outros estados.



"A decisão de não fornecer determinado tratamento quando existe uma alternativa é um desafio, diante das expectativas de quem reivindica", explicou o Ministro do STF. "Nessa situação, o controle judicial precisa ser mais intenso e ter forte respaldo de parecer técnico. Também é importante que se realize análise cuidadosa nos casos de vedação expressa à dispensação de determinado tratamento", recomendou.

Gilmar Mendes salientou que as ações de perfil individual têm importante potencial de promover distorções no sistema. Porém, diante de quadro de desorganização existente, foram a forma encontrada para apontar déficits e estimular políticas públicas mais adequadas. "Um possível caminho seria apostar em linhas alternativas, como o uso mais intensivo de ações coletivas, as quais poderiam determinar decisões de maior efeito prestacional e estimular políticas públicas e correções de déficits, além de certo diferimento no tempo."

Parte significativa da população não tem acesso ao Judiciário, de forma que as ações relacionadas à assistência à saúde poderiam ser ainda superiores às atuais 240 mil, acredita o Ministro.

Parte significativa da população não tem acesso ao Judiciário, de forma que as ações relacionadas à assistência à saúde poderiam ser ainda superiores às atuais 240 mil, acredita o Ministro. Ele informou que existe enorme potencial de crescimento no número de processos nos diversos setores, resultado de grande incremento na classe média. "Atualmente, o Judiciário é incapaz de responder formalmente a todas essas demandas, por isso o incentivo a soluções alternativas, como a atuação em âmbito coletivo, tornando sua atuação subsidiária na generalidade dos casos, e o estímulo à mediação e arbitragem de casos por algum órgão da administração pública, seria imprescindível", ponderou Gilmar Mendes.

Para ele, outro tipo de alternativa seria a existência de modelos que estimulem a junção de processos. "Tais propostas não eliminariam as discussões relativas à incorporação de novos medicamentos e inovações tecnológicas ou inclusões na Tabela Unificada do SUS, mas a redução na banalização dos processos permitiria destinar maior tempo à análise pormenorizada dos casos mais complexos", ressaltou.

É importante salientar, de acordo com o Ministro do STF, que já se observam avanços no sentido da racionalização, com melhor entendimento dos dados relativos ao tema da judicialização. Além disso, o Conselho Nacional de Justiça tem desenvolvido esforços com vista a orientar juízes quanto aos erros mais típicos no julgamento dos processos. "O envolvimento de Ministério Público, Defensoria Pública e órgãos jurídicos estaduais e municipais nesse tipo de atividade é extremamente relevante, além da necessidade de estímulo às ações coletivas, que permitam a avaliação de maneira mais criteriosa e com menor grau de urgência", concluiu Gilmar Mendes.

Incorporação de tecnologias em saúde

Clarice Petramale
Ministério da Saúde/Conitec

Maria José Delgado Fagundes
Interfarma

Maria José Delgado Fagundes, da Interfarma, e Clarice Alegre Petramale, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, abordam o importante tema do Quarto Debate.

Primeira palestra

Os trabalhos do Quarto Debate foram iniciados pela advogada Maria José Delgado Fagundes, diretora de Inovação e Responsabilidade Social da Interfarma, que iniciou sua palestra discorrendo sobre o Cenário Atual do Sistema Único de Saúde (SUS). Em sua avaliação, em 2013 esse cenário mostrou-se bastante influenciado por questões relativas ao seu financiamento e pela inoperância do sistema. "Se, por um lado, inexiste veiculação específica de recursos para o setor, por outro se observa a ineficiência dos investimentos realizados", ressaltou.

De acordo com a diretora da Interfarma, há um declínio na participação do Ministério da Saúde no orçamento total da União: o índice caiu de 4,35%, em 2008, para 3,52%, em 2013 (veja Gráfico 1). No entanto, ela informou que existe a perspectiva de aumento no aporte financeiro, decorrente do Decreto nº 7.827/2012, que regulamenta a Lei Complementar nº 141/2012. "A carga tributária brasileira, uma das maiores do mundo, também tem contribuído para onerar o sistema."

Paralelamente, avaliou Maria José, tem ocorrido uma mudança importante no perfil da população brasileira, que a cada dia tem mais acesso à informação pelos meios eletrônicos.

Panorama dos processos de incorporação no SUS

De acordo com a diretora da Interfarma, o panorama atual dos processos na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) demonstra

a existência de um desequilíbrio na origem das solicitações. "De fato, as submissões de origem interna (54), ainda que representem menor parcela do total (170), são responsáveis pelo maior contingente de incorporações deferidas (28)", explicou ela. (veja Tabela 1)



Recomendações da Interfarma

Para concluir sua apresentação, Maria José Delgado Fagundes citou quatro recomendações feitas pela Interfarma para o sistema de saúde. São elas: a destinação de recursos específicos para o sistema, com a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29; a desoneração tributária para imediato repasse aos preços pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED); a ampliação do diálogo com a indústria farmacêutica para garantir o acesso; e o incentivo a um maior equilíbrio na incorporação de medicamentos relacionados a demandas internas e externas.

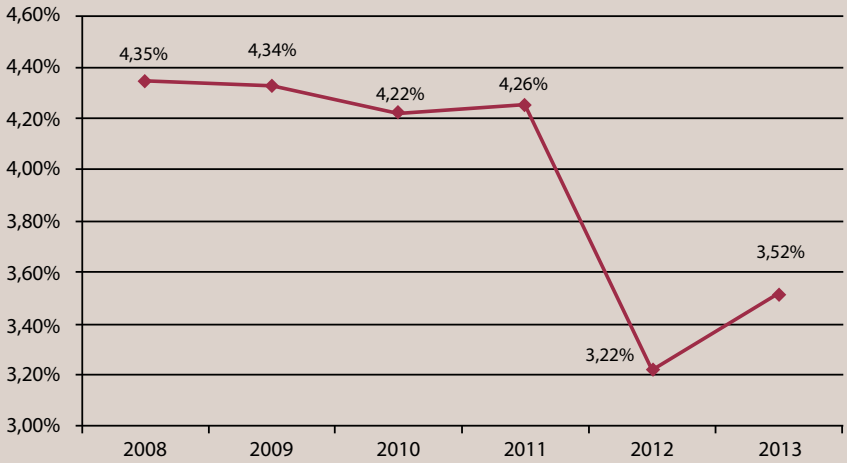
Segunda palestra

A médica Clarice Alegre Petramale, do Ministério da Saúde, diretora da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), proferiu a segunda palestra em torno do tema do Quarto Debate: Incorporação de Tecnologias em Saúde. Ela iniciou sua apresentação referindo-se ao marco regulatório brasileiro relativo à incorporação de tecnologias em saúde no SUS, complementado e finalizado recentemente e em curto espaço de tempo. "Assim, pode-se dizer que, atualmente, não há carência de leis, normas e decretos que norteiem esse processo", destacou.

Esse arcabouço legal, de acordo com a diretora da Conitec, permitiu a definição de diretrizes para a submissão de pareceres técnicos, determinou prazos para a avaliação e orientou os fluxos para recursos. "Também definiu que qualquer pessoa ou instituição pode encaminhar solicitação de incorporação", ressaltou ela.

"Trata-se de um processo novo, ainda em construção, e que continua evoluindo. Para isso, tem-se revisado experiên-

Gráfico 1 - Evolução da participação do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento total da União



cias de outros países como forma de orientar critérios semelhantes", informou Clarice.

Transição demográfica e epidemiológica

De acordo com a médica, a existência de regulação e avaliação de tecnologias entrantes é bastante desejável para os sistemas de saúde. Isso é observado, segundo ela, em países com sistemas universais, nos quais já ocorreu a transição demográfica, uma vez que a cronificação de doenças implica manutenção prolongada das terapias. "Ademais, estudos indicam que os gastos em saúde no último ano de vida correspondem à metade de todo o dispêndio financeiro para determinada pessoa", pontuou. "Dessa forma, gerenciar a multiplicidade de tecnologias e sua oferta é imprescindível para a sustentabilidade do sistema."

A diretora da Conitec lembrou que, em 1988, quando o sistema único foi estruturado, os agravos mais prevalentes correspondiam às doenças infectocontagiosas, cuja evolução para cura ou óbito ocorria dentro de poucos dias. Naquela época, doenças crônicas, como o *diabetes mellitus* e a hipertensão arterial sistêmica, não apresentavam o mesmo grau de importância que têm atualmente. "Para o tratamento dessas doenças crônicas, as novas tecnologias são acessórias à medicação e à mudança de hábitos de vida. Trata-se de condições multifatoriais, em que a medicação deve ser complementar a ações como redução de peso, prática de atividades físicas e abandono do tabagismo", frisou. "Assim, a linha de cuidados é fundamental para esses casos, e o medicamento deve atuar de forma adjuvante."

Avaliação e incorporação de medicamentos no SUS

Atualmente, os medicamentos para as doenças mais prevalentes são oferecidos de forma gratuita pelo SUS, de acordo com a diretora da Conitec. "O direito ao acesso aos medicamentos prescritos, para toda a vida, é uma demanda da sociedade", ressaltou.

"A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) surgiu nesse contexto para estruturar a Política Nacional de Medicamentos, preconizando seu uso racional e determinando as condições para oferta e acompanhamento dos eventos adversos no decorrer do tempo", evidenciou a médica.

"De fato, a maioria dos medicamentos básicos já está disponível para o sistema de saúde, de modo que rotineiramente existe a disponibilidade de alguma droga para comparação", informou Clarice. "Ademais, muitas dessas medicações, sobretudo aquelas cujas patentes já foram quebradas, apresentam baixo custo de aquisição, algumas vezes da ordem de centavos de real", complementou. "Assim, para a incorporação de novos medicamentos deve haver uma justificativa convincente, dado ao tamanho da população e o volume financeiro envolvido na operação", ponderou a diretora da Conitec.

Clarice defende a ideia de que existe a necessidade de avaliar os processos submetidos, de modo a verificar se a nova droga produz melhores resultados clínicos. "O argumento da maior conveniência na tomada da medicação nem sempre convence o gestor público em uma realidade de escassez de recursos e na ausência de interesse por parte da sociedade em aplicar maior volume de recursos no setor da saúde", explicou.

Tabela 1 - Panorama dos processos para incorporação de tecnologia no SUS Conitec até 21 de maio de 2013

	Nº submissões	Nº submissões	Nº incorporações	Nº incorporações
Medicamento	125	73,5%	32	80,0%
Procedimento	21	12,4%	5	12,5%
Produto	24	14,1%	3	7,5%
Total	170	100%	40	100,0%

Origem	Nº submissões	Nº incorporações deferidas	Nº incorporações indeferidas	Outros status
Externa	116	**12**	22	82
Interna	54	**28**	1	25
Total	170	40	23	107

Fonte: *Conitec. Atualizada até 21 de maio de 2013*



Para a médica, não existe o desejo de não incorporar determinado produto ou de denegri-lo; no entanto, na ausência de comprovada superioridade, a incorporação de novos medicamentos a um custo mais elevado geralmente se torna indefensável. "Evidentemente, se o paciente tem condições e desejo de adquirir determinada droga, esse direito lhe é facultado."

Atualmente, a Conitec não analisa medicações que não lhe sejam submetidas ou cujo estudo não seja solicitado pelo Ministério da Saúde, ressaltou a diretora da comissão. "Os documentos de submissão e avaliação são de caráter público, de modo que seus pareceres podem ser utilizados por gestores e juízes para a tomada de decisões."

Os casos negados muitas vezes se relacionam à solicitação de incorporação do medicamento para um grupo no qual as evidências não estão estabelecidas ou no qual a droga não foi estudada especificamente, avalia Clarice. "Muitas vezes, as evidências obrigatórias para o registro não são as mesmas necessárias para a incorporação."

Além disso, ela salientou que, no processo de avaliação, é preciso ter em mente que o SUS é, antes de mais nada, um sistema de cuidados, cujo alvo principal não é a tecnologia. "A preocupação do sistema de saúde reside em fornecer atenção integral a determinado paciente, sem que isso determine prejuízo aos demais", atestou ela.

Nesse contexto, explicou Clarice, a avaliação de tecnologias deve ser utilizada para nortear a tomada de decisão. "A Conitec, assim como agências e comissões correlatas em outros países, atua por meio de recomendações, e não de determinações. Dessa forma, o gestor não é obrigado a segui-las."

Desafios à incorporação

No encerramento de sua palestra, a médica admitiu que a maior dificuldade atual reside na implantação relativa às incorporações, o que exige a necessidade de organização do processo, previamente à publicação, em termos de logística, sustentabilidade financeira, negociações e pactuações. "Isso tem se tornado um desafio, uma vez que, por vezes, os interesses são conflitantes."

Para exemplificar, ela relatou que uma nova incorporação em nível federal pode representar economia para estados que já haviam incorporado anteriormente e dificuldades para outros, de parcos recursos financeiros. Outro desafio, segundo ela, reside na necessidade de negociação dos preços, com vista a margens menores e compatíveis com o nível de desenvolvimento do País. "Nesse sentido, dada a dificuldade de alinhamento entre as partes interessadas, com frequência o prazo estipulado para o estudo – de 180 dias – não tem sido cumprido."

"Finalmente, o fenômeno da judicialização deve ser compreendido e demonstra a necessidade de se afinar com a sociedade a construção, passo a passo, de um caminho para a incorporação de tecnologias no SUS", concluiu a diretora da Conitec.

O futuro dos hospitais

Relator: **Marcelo Cristiano de Azevedo Ramos**

Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva
Diretor-geral do Instituto Nacional do Câncer (Inca)

Claudio Luiz Lottenberg
Presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

Os médicos Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva, diretor-geral do Inca, e Claudio Luiz Lottenberg, presidente do Einstein, analisam a história e os novos rumos da instituição hospitalar.

Primeira palestra

O médico Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva, diretor-geral do Instituto Nacional do Câncer (Inca), fez importante pronunciamento na abertura do Quinto Debate, cujo tema central foi "O futuro dos hospitais". Ele traçou a evolução do conceito de hospital no decorrer dos últimos séculos. "No século XIX, os hospitais se caracterizavam pela finalidade de exclusão do convívio social, sendo local de encaminhamento de pessoas com doenças mentais e infecciosas e com perspectiva de óbito em curto espaço de tempo. No século XX, as instituições de saúde beneficiaram-se com a descoberta da anestesia e o surgimento de antimicrobianos, proporcionando o controle de infecções. No século XXI, a principal mudança de paradigma está relacionada ao foco no paciente e à assistência à saúde, e não apenas à organização do sistema", definiu o diretor-geral do Inca.

Transição demográfica e epidemiológica

Longevidade e aumento da incidência de neoplasias malignas foram outros assuntos abordados pelo médico. "Atualmente, observa-se no Brasil um padrão de envelhecimento populacional e de transição epidemiológica. Em 2010, havia no País cerca de 13 milhões de habitantes com 65 anos ou mais, faixa etária que deverá chegar a aproximadamente 19 milhões em 2020 e 48 milhões em 2050", salientou Santini. "Por causa disso, tem-se observado rápida evolução na ocorrência de doenças crônicas, entre as quais as neoplasias malignas ocupam posição central", pontuou. "O aumento na incidência de câncer em países menos desenvolvidos tem ocorrido em razão da elevação no número de pessoas sobrevivendo com a doença e da apresentação inesperada em alguns perfis epidemiológicos."

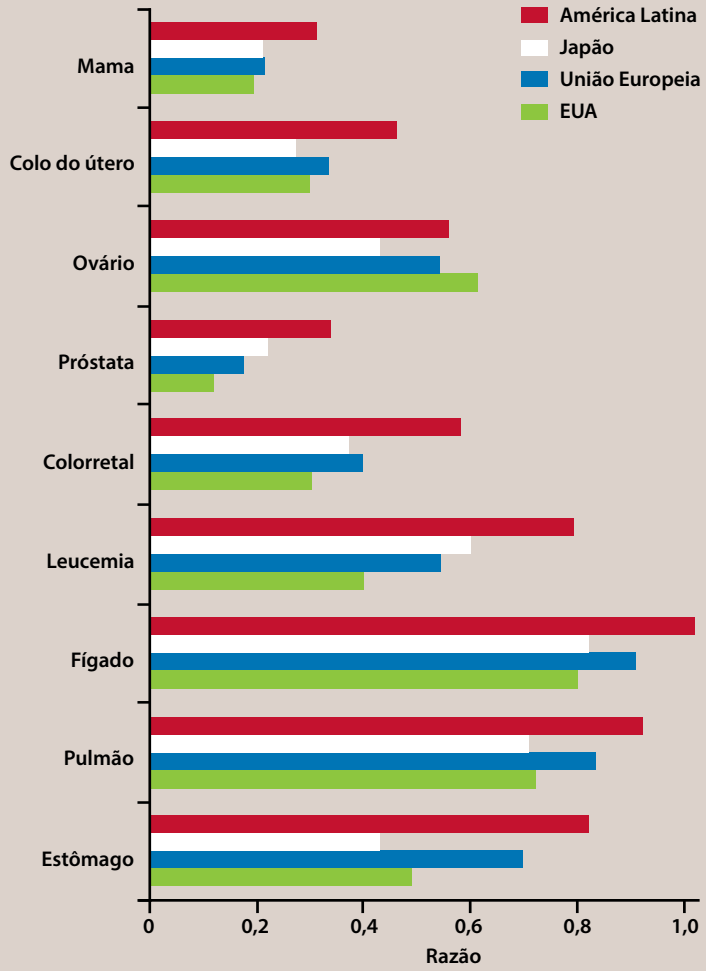
A razão entre mortalidade e incidência de câncer na América Latina apresenta tendência mais elevada que a de outros países, para câncer de mama, colo do útero, próstata, colorretal, leucemia, fígado, pulmão e estômago (veja Gráfico 1). O médico explicou que esse fenômeno ocorre em decorrência de menor eficácia em prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, se compara com países mais desenvolvidos. "Para o câncer de ovário, especificamente, não se tem observado diferenças na razão entre mortalidade e incidência, uma vez que atualmente não existem elementos eficazes para prevenção e diagnóstico precoce", observou.

De acordo com o diretor-geral do Inca, a previsão de casos novos de neoplasias malignas na América Latina em 2020, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, é de cerca de 504 mil, o que representa um aumento da ordem de 38% em relação a 2009. "Nessa situação, assegurar que os sobreviventes tenham vida longa, saudável e produtiva torna-se um desafio. Cerca de dois terços dos sobreviventes terão acima de 65 anos, apresentarão questões relacionadas a comorbidades e demandarão acompanhamento e tratamento específicos", justificou.

Desafios no controle do câncer

O controle do câncer como medida de saúde pública, segundo Santini, está ligado a vários fatores, entre eles a história natural da doença; a busca pela cura ou pela cronicidade do agravo; as mudanças terapêuticas advindas de pesquisa e inovação; a análise comparativa entre custos de

Gráfico 1 - Razões de mortalidade / incidência por tipo de câncer



Fonte: The Lancet Oncology, *vol. 14, abril 2013.*



medicamento e resultados em termos de sobrevida e qualidade de vida; o risco de tratamentos excessivos em uma sociedade cada vez mais medicalizada; e o aumento da expectativa da população em relação à medicina. "Outro desafio reside nas consequências relacionadas às intervenções realizadas e ao tratamento dispensado ao paciente", destacou o médico. Para ratificar essa afirmação, ele deu como exemplo a elevação de 24% na incidência de nova neoplasia maligna em crianças e jovens submetidos a tomografia computadorizada.

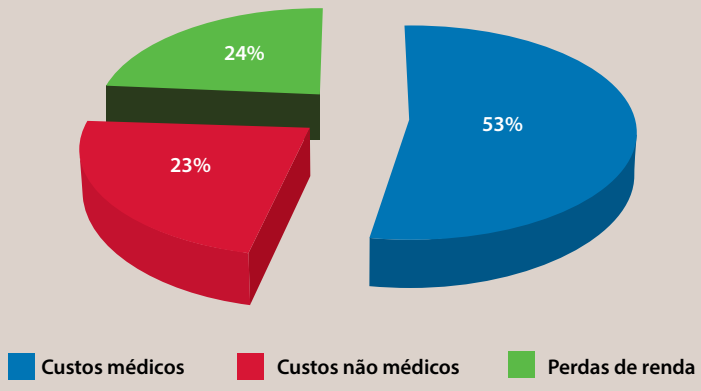
Gastos com o controle do câncer

Em 2010, foram gastos cerca de 290 bilhões de dólares com o tratamento de câncer no mundo – destes, 53% com custos médicos diretos, 23% com custos não médicos e 24% decorrentes de perdas de receita (veja Gráfico 2). "Atualmente, cerca de 80% dos pacientes portadores de câncer encontram-se em países em desenvolvimento, nos quais apenas 5% da receita mundial foi gasta com a doença", completou o médico.

No Brasil, os gastos com câncer apresentaram incremento da ordem de 255%, entre 2000 e 2011, informou o diretor-geral do Inca. No entanto, diferentemente dos gastos com tratamentos quimioterápicos e radioterápicos, as despesas com cirurgia oncológica apresentaram valores relativamente estáveis no período. Esse é um indicativo de distorção no modelo de financiamento do sistema, uma vez que o procedimento cirúrgico é atualmente o principal tratamento curativo para as neoplasias malignas, esclarece o médico. Segundo ele, essa distorção começou a ser corrigida a partir de 2012 (veja Gráfico 3).

Nesse contexto, salientou Santini, um importante desafio no tratamento do câncer refere-se ao acesso. "A

Gráfico 2 - Novos casos de câncer no mundo - 2010 (em US$ bilhões)



Fonte: The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases; World Economic Forum and Harvard School of Public Health – *Set/2011*

inovação, ainda que represente um aspecto relevante em termos de eficácia, tem também demonstrado impacto nos custos, podendo limitar o acesso", ressaltou. "Atualmente, médicos norte-americanos têm denunciado a existência de medicamentos com preços anuais superiores a US$ 100 mil. E o Glivec pode ser apontado como exemplo desse tipo de droga, lançada no mercado em 2001, ao preço anual de US$ 30 mil", frisou Santini. "Nesse sentido, o governo vem atuando de modo a realizar compras centralizadas, a fim de obter preços mais razoáveis e economia de escala, uma vez que é o maior comprador de medicamentos no País."

Screening populacional

Outro desafio importante refere-se às limitações do *screening* populacional para malignidade e seu potencial de determinar condutas inadvertidamente invasivas, afirmou o diretor-geral do Inca. "Um ensaio clínico envolvendo rastreamento para câncer de mama mediante mamografia verificou que, para cada 2 mil mulheres submetidas ao exame, durante uma década, apenas uma vida foi prolongada e dez mulheres receberam terapia desnecessária."

O rastreamento populacional para o adenocarcinoma de próstata também representa polêmica, segundo o médico. "Embora a recomendação atual de dosagem bianual de PSA entre os 55 e 70 anos de idade possa reduzir o risco de óbito em um homem para cada mil submetidos ao exame, durante uma década, existe um elevado risco de tratamentos desnecessários e de repercussão clínica em termos de disfunção erétil e incontinência miccional."

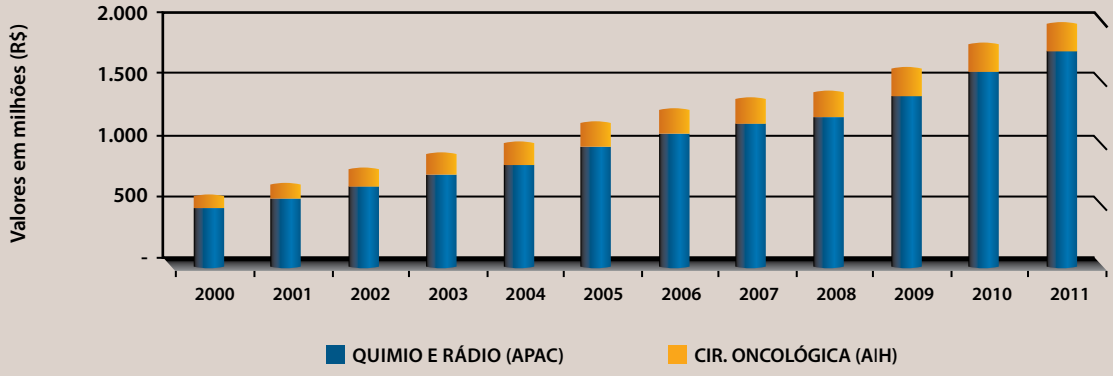
O objetivo do *screening* populacional, realçou Santini, deve ser a redução da mortalidade e não apenas o diagnóstico. No entanto, sempre que houver uma suspeita clínica, o exame complementar poderá ser solicitado pelo médico.

O hospital do futuro

Nesse contexto, finalizou o presidente do Inca, o hospital do futuro deverá ser caracterizado por:

- Substituição do modelo de gestão hospitalocêntrico pela organização sob o formato de redes, buscando um novo modelo técnico-científico e disseminando a capacidade de atendimento para todos os níveis de atenção;
- Substituição da medicina tecnológica e centrada em procedimentos para a medicina baseada na evidência clínica e no paciente;
- Predomínio de protocolos clínicos e da participação do paciente na decisão da linha de tratamento;
- Incentivo ao trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar;
- Introdução de metas e avaliação de resultados clínicos e hospitalares.

Gráfico 3 - Gastos com oncologia no SUS (2000-2011)



Fonte : *MS/SIH/SIA/SUS*

Segunda palestra

O presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, o médico Claudio Luiz Lottenberg, segundo palestrante convidado para o Quinto Debate, também apresentou sua visão sobre a evolução do conceito de hospital. Para ele, os hospitais do passado, em um momento não muito distante, caracterizavam-se pelo perfil relacionado à realização de grandes procedimentos cirúrgicos e pela exclusão de indivíduos da sociedade. "A partir do advento de novas tecnologias, sobretudo agregativas, o hospital passou a exercer papel central no diagnóstico e tratamento de pacientes, dentro de um modelo hospitalocêntrico", prosseguiu Lottenberg. "Já, posteriormente, com o maior acesso ao financiamento e à portabilidade das tecnologias, surgiu uma nova perspectiva ambulatorizante, resultando no conceito de sistema de saúde e no paciente como centro da atenção."

"Assim, surgiu a necessidade de redefinição do papel dos hospitais, que se tornaram elementos do processo assistencial, dentro do contexto de uma rede ou de um sistema de saúde", pontuou o presidente do Einstein. "O cuidado contínuo, não exclusivo do ambiente hospitalar, tornou-se um dos mais importantes pilares da assistência."

O hospital do futuro

De acordo com Lottenberg, "o hospital do futuro deverá ser centralizado no paciente como vetor principal do cuidado, de modo que os diferentes setores atuem de forma sinérgica e integrados dentro do sistema de saúde". Atualmente, já não é possível conceber o tratamento a todas as necessidades dos pacientes exclusivamente em torno de uma estrutura hospitalar, afirmou o médico.

O apoio ambulatorial, comprometido com a resolubilidade, a eficiência e a sustentabilidade do sistema de saúde, será considerado fundamental para a perenidade dos hospitais, mesmo aqueles reconhecidos como grandes centros de excelência, avaliou Lottenberg. "Desse modo, os hospitais do futuro, por apresentarem estrutura mais onerosa, deverão priorizar pacientes graves, doenças agudas, diagnósticos de maior complexidade e traumas", frisou. "Não se admitirá a



utilização de recursos hospitalares para a atenção a elementos de baixa complexidade."

A discussão relativa ao papel dos hospitais deverá se concentrar naquilo que agrega valor ao cuidado, pontuou Lottenberg. Para tal, uma base sólida de informações deverá estar disponível, conjugando redes ambulatorial e hospitalar. "O prontuário eletrônico do paciente deverá ser único e integrar o registro de informações assistenciais, evidências clínicas, condutas médicas, protocolos de atendimento, informações de custos e resultados que permitam a corresponsabilização dos envolvidos."

Já os mecanismos de pagamento, na opinião do médico, deverão estar atrelados à qualidade da assistência e aos resultados obtidos, e não mais apenas ao uso de tecnologias e à realização de procedimentos. "O hospital do futuro deverá atuar em ambiente permeado por doenças crônicas, como *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial, para as quais a educação apresenta maior impacto que a utilização de equipamentos sofisticados."

O tempo médio de internação deverá sustentar a tendência de redução verificada recentemente, na avaliação de Lottenberg. "Nos Estados Unidos, por exemplo, esse fenômeno já tem se mostrado bastante importante: há cerca de dez anos, uma internação durava em torno de cinco a seis dias, ao passo que, atualmente, a permanência hospitalar naquele país é de cerca de cinco horas."

As plataformas de humanização, como o Planetree, também deverão ser estimuladas, acredita o médico. "A demanda por relacionamento, a valorização da relação médico-paciente e do paciente e com a equipe multiprofissional serão questões centrais", afirma. "A comunicabilidade assumirá papel relevante, de forma que muitas questões poderão ser resolvidas utilizando tal recurso."

> "O hospital do futuro deverá ser centralizado no paciente como vetor principal do cuidado, de modo que os diferentes setores atuem de forma sinérgica e integrados dentro do sistema de saúde"

Em síntese, concluiu Lottenberg, o hospital do futuro será caracterizado por:

- Integração com os demais equipamentos de saúde, nos diversos níveis de complexidade do sistema;
- Integração entre os diversos atores responsáveis pelo cuidado e fortalecimento das equipes multiprofissionais;
- Surgimento de plataformas de humanização e incentivo à utilização de tecnologias leves.

Regulação e agências reguladoras na saúde

Gonzalo Vecina Neto
Superintendente corporativo do Hospital Sírio-Libanês

Dirceu Barbano
Diretor-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Gonzalo Vecina Neto, superintendente corporativo do Hospital Sírio-Libanês, e Dirceu Barbano, diretor-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, apontam caminhos para melhorias no setor da saúde.

Primeira palestra

Na abertura do Sexto Debate, o médico Gonzalo Vecina Neto, superintendente corporativo do Hospital Sírio-Libanês e ex-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), abordou o tema "Regulação no setor da saúde". "Trata-se de fenômeno relativamente recente no mundo, de no máximo 40 anos, sendo considerado seu início o governo de Margaret Thatcher, no Reino Unido, quando teve origem a privatização de parte do aparelho de Estado britânico, a fim de aumentar a sua eficiência alocativa", afirmou o médico. "Naquele

momento, essa estratégia mostrou-se bastante inovadora, tendo sido adotada por parte das demais nações do globo."

Nos últimos 30 a 40 anos, prosseguiu Vecina Neto, ocorreram profundas transformações no campo da gestão, de modo que a capacidade de produzir mais, utilizando menos recursos, foi ampliada. "A função gerencial 'esquecida', a eficiência, foi estimulada. Em situações de aumento de demanda, existe a necessidade de produzir mais com a mesma quantidade de recursos. No entanto, em áreas de atuação não exclusivas do Estado – como saúde e educação, por exemplo – a ineficiência ocorre por causa da necessidade de isonomia para a contratação de recursos humanos e para a realização de aquisições", ressaltou. "Por esse motivo, o Estado tem dificuldades em se igualar ao setor privado na capacidade de produção e de obtenção de resultados."

Outra questão importante no campo da saúde pública refere-se à segurança e à eficácia – temas já mais bem estabelecidos há muitos anos, frisou o superintendente corporativo do Sírio-Libanês. "A agência norte-americana responsável pelo controle da segurança e da eficácia dos medicamentos e demais produtos para a saúde e alimentos, por exemplo, é centenária."

Mais recentemente, no Brasil, a regulação sanitária, em termos de segurança e eficácia, passou a relacionar-se com o acesso, de modo que o registro de um novo medicamento não determina apenas a sua comercialização, mas também o acesso da população àquele produto, avaliou o médico. "Essa temática também pode ser expandida para o campo dos serviços: ao se permitir o funcionamento de determinada unidade de hemodiálise, por exemplo, também se cria impacto em termos de acesso", exemplificou. "Desse modo, segurança e eficácia recebem ainda uma nova conotação econômica após o registro, inclusive em termos de balança de pagamentos."

"A regulação também deve se estender ao setor privado, caracterizado no país como o maior provedor de leitos hospitalares e recursos humanos no setor da saúde, seja com finalidade lucrativa ou não", afirmou Vecina Neto. Para ele, o Estado moderno deve ter a capacidade de verificar se as entregas realizadas estão de acordo com a transferência de recursos públicos. "A indústria farmacêutica segue lógica semelhante, com o Programa Nacional de Inspeção na Indústria Farmacêutica."

Na opinião do médico, todas essas transformações gerenciais citadas, associadas aos processos de urbanização, de transição demográfica e de transição epidemiológica, exigem alterações nos processos assistenciais e de acesso à saúde.



A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Na continuidade de sua palestra, Vecina Neto discorreu sobre o momento vivido pelo Brasil em 1999, quando foi criada a Anvisa. "A Anvisa surgiu na confluência de processos comerciais, da estabilização da moeda nacional, da urbanização, de fenômenos demográficos e da transição epidemiológica", declarou. "A agência foi criada com a finalidade de regular o funcionamento de indústrias e de serviços ligados ao sistema de saúde."

Já a Constituição de 1988 propôs à sociedade um modelo de gestão descentralizada, como resposta ao período militar, pontuou o superintendente do Sírio-Libanês. "Esse modelo trouxe um desafio a municípios de pequeno porte, com população inferior a 50 mil habitantes, nos quais a escala não permite sustentar um sistema de saúde. Apesar de suas peculiaridades, a Constituição tratou de maneira semelhante pequenos e grandes municípios", destacou. "Nesse contexto, existe a necessidade de revisitar o modelo municipalista do SUS e as atribuições de cada um dos seus entes federados, inclusive em relação às ações de vigilância sanitária."



Outros desafios propostos à Anvisa, na visão do superintendente corporativo do Sírio-Libanês, se referem à forma de organização do trabalho e a questões relativas ao risco sanitário e registro de medicações. "Atualmente, a renovação de registro após cinco anos exige esforço burocrático semelhante ao do registro inicial", informou. "O registro de produtos de baixa complexidade e valor agregado (*commodities*) e a elaboração de lista de produtos isentos de registro também demandam esforços equivalentes", reiterou.

Outro aspecto importante se prende às boas práticas de produção, enfatizou Vecina Neto. Segundo ele, ainda que a questão da fiscalização esteja razoavelmente bem resolvida no Brasil, há atrasos importantes em outros países. Por essa razão, na opinião dele, há a necessidade de estudar uma tomada de posição que leve a acordos de equivalência no caso de importação de medicamentos, por exemplo.

Finalmente, uma última questão que deve ser lembrada é a pesquisa clínica, ponderou o médico. Para ele, o Estado deve assegurar seu papel indutor no processo, que exige aprendizado e transferência de conhecimentos com base em pesquisas multicêntricas. "A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), por exemplo, deve apoiar a realização de ciência ética no país. Já o papel da Anvisa deve ser de coparticipação nesse espaço, a fim de produzir sinergia", concluiu Gonzalo Vecina Neto.

Segunda palestra

O farmacêutico Dirceu Barbano, diretor-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), comandou a segunda palestra sobre o tema central do Sexto Debate: "Regulação e agências reguladoras na saúde". "A atuação no segmento da saúde pressupõe regulação, de modo que esse ambiente é e será cada vez mais regulado no mundo todo", afirmou Barbano. "Por essa razão, há necessidade de maior compreensão, tanto relativa ao tema quanto a seus principais desafios." A Anvisa representa a primeira agência social criada no Brasil, explicou ele. Em sua definição, trata-se de uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, que recebeu atribuições como:

- Coordenação federativa de três autonomias;
- Realização de vigilância, criação de normas e fiscalização;

- Emissão de regulamentos envolvendo saneantes, cosméticos e agrotóxicos;
- Controle de portos, aeroportos e fronteiras e circulação de pessoas;
- Prestação de serviços, como certificação internacional de vacinas e autorização para a entrada de produtos estrangeiros no país.

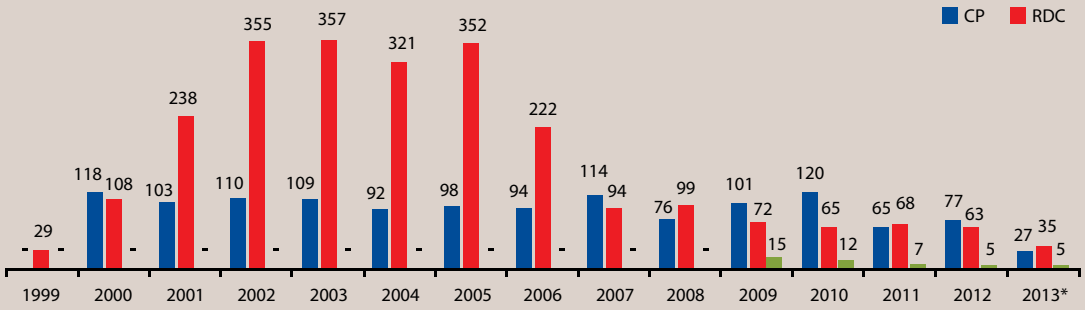
"Algumas dessas responsabilidades não encontram correspondência no restante do mundo. E essas particularidades exercem influência na eficiência e na capacidade de resposta da instituição", ressaltou o diretor-presidente da Anvisa. "O fato de a Vigilância Sanitária ser exercida dentro da estrutura do sistema de saúde também é peculiar ao Brasil e cria um desafio, na medida em que há uma disputa com os demais elementos do sistema por recursos voltados para a aquisição de produtos, prestação de serviços e contratação de profissionais, numa situação em que a definição de prioridades não é objetiva", destacou.

Outra questão importante, de acordo com o diretor-presidente da Anvisa, se refere às novas expectativas e demandas que surgiram frente à mobilidade social e da transição demográfica. "As pessoas exigem maior segurança e respostas cada vez mais rápidas e eficientes. Concomitantemente, observa-se aumento da complexidade e da volatilidade das novas tecnologias", declarou. Esse ambiente competitivo em torno da inovação caracteriza-se, cada vez mais, pela globalização em torno da cadeia produtiva, na opinião de Barbano. "Não raramente, uma molécula é desenvolvida em um determinado país, a pesquisa clínica é realizada em diversas outras nações, a produção é concentrada em outra e a venda ocorre em vários países", explicou.

Três elementos devem ser considerados essenciais na atuação da Anvisa, enfatizou o diretor-presidente da agência: política regulatória, desenho institucional e estrutura ideológica. Em relação ao primeiro item, existe um acúmulo de produção normativa e obrigações, resultado principalmente do primeiro período de existência da Anvisa, disse ele (veja gráfico a seguir).

"Diante do exposto, os grandes desafios da Anvisa no século XXI relacionam-se à ampliação da capacidade operacional, à modernização do marco regulatório sanitário, à desburocratização dos processos e ao foco da agência na gestão do risco sanitário", pontuou Barbano. "Atualmente, 47% do tempo dos processos relativos a aprovação/liberação de medicamentos é utilizado para o cumprimento de exigências", informou. Agilizar o processo de registro e atuar com maior rigor na etapa pós-comercialização seriam estratégias interessantes, que já obtiveram bons resultados no caso de implantes ortopédicos, lembrou ele. "Além disso, a revisão dos prazos de registro, a simplificação do processo para produtos aprovados na Europa, nos Estados Unidos, no Canadá, na Austrália e no Japão e a adoção do registro eletrônico de medicamentos deverão trazer enormes ganhos aos processos", concluiu o diretor-presidente da Anvisa.

Gráfico - Consultas Públicas (CP), Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) e Instruções Normativas (IN) da Anvisa, por ano (1999-2003*)



Dados atualizados até 15 de julho de 2013.

O futuro do médico no Brasil

Relator: Marcelo Cristiano de Azevedo Ramos

Jadete Barbosa Lampert
Associação Brasileira de Educação Médica (Abem)

Rubens Belfort Junior
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)

Jadete Barbosa Lampert, diretora-presidente da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), e Rubens Belfort Junior, presidente da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), avaliam a formação e o mercado de trabalho dos nossos médicos.

Convidada para abrir o Sétimo Debate, Jadete Barbosa Lampert, diretora-presidente da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), iniciou sua apresentação com uma introdução intitulada "Sociologia e formação médica". "A sociologia muito tem contribuído para o entendimento de como uma pessoa se torna médica e das mudanças que ocorrem no indivíduo no decorrer da graduação. Segundo Garcia (1972), a escola constitui a representação da própria sociedade em que ela se insere. Minayo (2001) busca compreender o determinismo e o protagonismo médico históricos e a tendência à repetição desse modelo", destacou a diretora-presidente da Abem. "Em relação à mudança de comportamento do indivíduo ao longo do curso de medicina, Rego (2001) descreve o processo de 'coisificação' do ser humano, segundo o qual o indivíduo deixa de agir com 'humanização'."

Jadete relatou ainda que, "segundo o processo de profissionalização (Wilenski, 1970), o trabalho torna-se uma ocupação de tempo integral, e a profissão é regulamentada, garantindo o monopólio de competências e o direito de expurgar dela os não profissionais". "Ma-

chado (1996) descreve a tendência de desprofissionalização e a interferência de diversos fatores na autonomia profissional, como a dependência tecnológica, o sistema gerencial, a especialização e as sociedades de especialidades e os usuários", complementou.

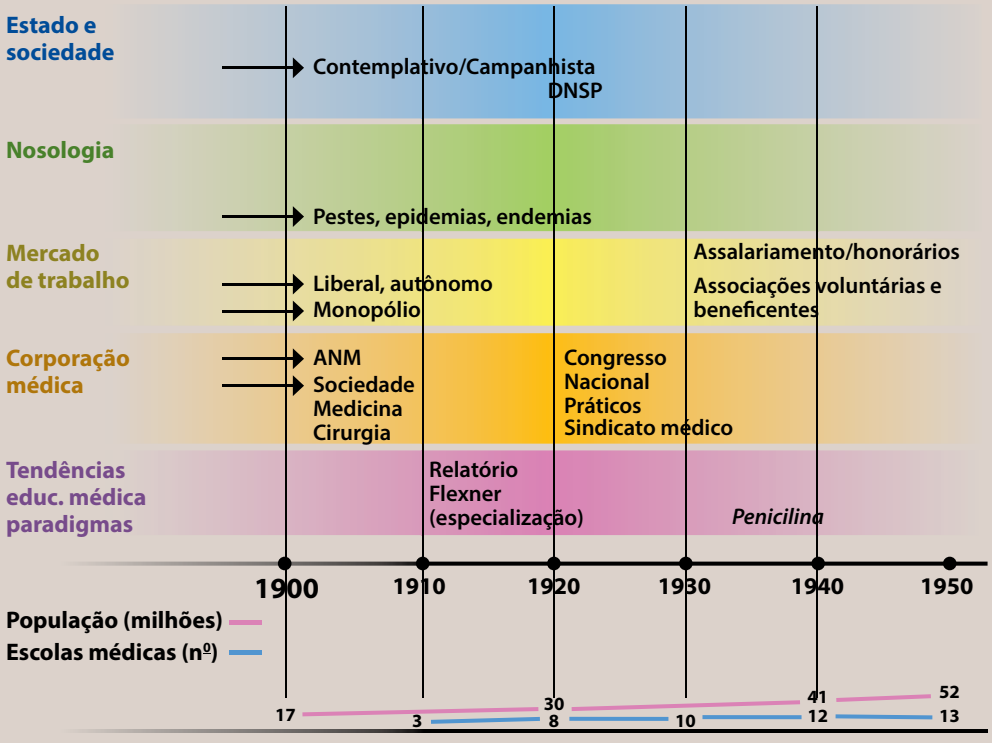
Para encerrar a introdução, a diretora-presidente da Abem citou Belarmino (1990), que descreveu a relação entre oferta e necessidade de profissionais qualificados – desde a aquisição de capacidades de trabalho (formação) até a produção de serviços de saúde (prática médica) – e afirmou a necessidade de interação entre os sistemas de educação e o de prestação de serviços.

Mercado de trabalho médico

Jadete fez uma análise histórica do mercado de trabalho na área médica. "Na primeira metade do século XX, o Estado brasileiro demonstrava uma atitude mais contemplativa e campanhista, focada em epidemias e endemias, como as de tuberculose e hanseníase", informou ela. "O mercado de trabalho, inicialmente autônomo, evoluía para o assalariamento, e surgiam associações voluntárias e beneficentes", prosseguiu. "As corporações médicas, naquele momento, eram representadas pela Associação Nacional de Médicos (ANM), pela Sociedade de Medicina e Cirurgia e pelo sindicato da categoria. E o paradigma daquele contexto, relativo à especialização, era sustentado pelo Relatório Flexner", afirmou. Em 1950, lembrou a diretora-presidente da Abem, existiam 17 escolas de medicina no Brasil (veja gráfico a seguir).

A partir da segunda metade do século XX, foram criados o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e, finalmente, o Ministério da Saúde, pontuou Jadete. "No fim do século surgiram as diretrizes curriculares médicas, resultado de diálogo entre os Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e Tecnologia, e doenças crônico-degenerativas passaram a dominar o cenário, de modo que os paradigmas evoluíram para a promoção de saúde e a busca da integralidade", avaliou. "Concomitantemente, seguradoras, cooperativas e empresas de medicina de grupo passaram a exercer importante influência no mercado de trabalho médico."

Gráfico 1 - Século XX



Nesse contexto, segundo a diretora-presidente da Abem, também surgiram entidades médicas como a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e o Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM). Novamente, o crescimento da população acompanhou o aumento do número de escolas médicas, que saltou para 119 em meados dos anos 2000, frisou ela. (veja gráfico a seguir).

Perfil do médico do futuro

Sobre o médico do futuro, Jadete frisou que o perfil desejado do profissional médico é resultado das diretrizes curriculares (2001) e do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), uma vez que a avaliação determina a formação. Segundo ela, o curso de graduação em medicina deve ter como eixos do desenvolvimento curricular dois processos:

- O processo saúde-doença: necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, identificadas pelo setor de saúde;
- O processo ensino-aprendizagem: metodologias que privilegiem a participação ativa do estudante na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência.

"Já a avaliação institucional apresenta importante papel, uma vez que, a partir das contribuições dos vários atores, tem caráter pedagógico e formativo, pois consiste em uma experiência social significativa que aborda valores e promove mudança da cultura avaliativa, potencializando o desenvolvimento humano e institucional", ressaltou a diretora-presidente da Abem, citando diretrizes do Sinaes. Ademais, na

Gráfico - A avaliação determina formação



Lampert JB, 2005

opinião de Jadete, a avaliação é um processo de contínuo aprendizado sobre a própria realidade, a fim de melhorar a qualidade educativa e alcançar maior relevância social. "Para tanto, sistematiza informações, analisa coletivamente os significados de suas realizações, identifica pontos fracos e potencialidades e estabelece estratégias para a resolução de problemas." (veja gráfico que ilustra os principais componentes dessa avaliação, na pág. anterior).

"Finalmente, o médico do futuro deve apresentar um perfil cidadão, caracterizado pela capacidade de perceber o contexto, demonstrar senso crítico e reflexivo, atitude propositiva e disposição para ações", concluiu a diretora-presidente da Abem.

Segunda palestra

Rubens Belfort Junior, presidente da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), ministrou a segunda palestra do Sétimo Debate, que discutiu o futuro do médico no Brasil. O primeiro tema tratado pelo palestrante foi "Formação médica". Para ele, o sistema e os serviços de saúde apresentam grande dependência de recursos humanos, sejam eles médicos ou não. "Especificamente, para a formação de profissionais médicos, em 2009 foram gastos cerca de US$ 55 bilhões em todo o mundo – valor que apresenta tendência crescente. Tal cifra correspondeu a aproximadamente 2% das despesas com saúde nesse mesmo ano", informou.

No entanto, os países com maiores gastos em educação médica não foram, necessariamente, aqueles com melhores resultados em termos de saúde, comparou o médico. "Em todo o mundo, apenas quatro países possuem mais de 150 escolas médicas – Brasil, China, Índia e Estados Unidos. Anualmente, são formados cerca de 1 milhão de médicos no planeta, ao custo médio de US$ 113 mil por profissional", destacou.

Atualmente, as discussões giram em torno da duração da formação médica e das necessidades de especialização, afirmou Belfort Jr.. "Em países como os Estados Unidos, o debate corrente refere-se à possibilidade de redução do tempo de formação médica. A educação continuada tem sido apontada como essencial, de forma que, em muitos locais do mundo, existe a necessidade periódica de recertificação para os profissionais médicos."

A especialização médica, de acordo com o presidente do SPDM, também tem sido apontada como um desafio. "No Brasil da segunda década do século XXI, a ordenação das especialidades médicas não segue a lógica da necessidade da população", constatou. "Países como o Reino Unido adotaram um sistema de distribuição de vagas de residência médica, conforme a demanda e a oferta das diferentes especialidades, além da sua repartição geográfica".

Mercado de trabalho médico

Avaliar a suficiência de médicos no Brasil não é tarefa fácil, na opinião de Belfort Jr. "A definição de atribuições que esse profissional deverá desempenhar está diretamente relacionada à quantidade necessária de pessoas", explicou. "Questões que atualmente se levantam relacionam-se ao nível de complexidade das tarefas a que ele se submete, desde a aferição de sinais vitais simples (como temperatura, peso ou pressão arterial) até os procedimentos mais complexos".

Além disso, segundo Belfort Jr., parte considerável do tempo de cada médico é despendida com componentes de contato indireto com o paciente, como comunicação, revisão de registros eletrônicos e documentação de informações. "Estima-se que apenas 17% do tempo de cada profissional seja realmente dedicado à prestação direta da assistência."

"Também se deve destacar que a atenção à saúde depende cada vez mais de equipes multiprofissionais, nas quais o médico não é o profissional mais presente", pontuou o presidente do SPDM.

Outra dúvida, segundo ele, reside na possibilidade de criação de níveis diversos de especialização entre os próprios profissionais médicos, de modo que a maioria realize atendimentos básicos e apenas alguns se encarreguem de casos mais específicos. "Há enorme dificuldade para suprir as necessidades de mão de obra médica. Em agosto de 2013, a SPDM, por exemplo, apresentava cerca de 600 vagas para a contratação de médicos no município de São Paulo", ressaltou.

Para concluir, Belfort Jr. evidenciou que a principal maneira de avanço na coordenação do cuidado deverá ser por meio de uma pressão social que já começou a ocorrer, como as manifestações verificadas desde junho de 2013. "Espera-se, com isso, uma época de debates em que discussões como a da importação de profissionais sejam levantadas", afirmou ele, 40 dias após a presidente Dilma Rousseff instituir o Programa Mais Médicos, com a Medida Provisória nº 621. "Nesse contexto, novas formas de pensar os problemas da sociedade serão primordiais", concluiu o presidente do SPDM.

Agenda dos órgãos de classe da categoria médica

Relator: Marcelo Cristiano de Azevedo Ramos

José Luiz Bonamigo Filho
Associação Médica Brasileira

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima
Conselho Federal de Medicina

Os médicos José Luiz Bonamigo Filho, diretor da Associação Médica Brasileira, e Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, do Conselho Federal de Medicina, discorrem sobre a importante atuação dos órgãos que representam e temas como ética e especialização médica.

Primeira palestra

O diretor da Associação Médica Brasileira (AMB), o médico José Luiz Bonamigo Filho abriu o Oitavo Debate com palestra em que fez uma apresentação detalhada da AMB e de seus principais focos de atuação, seguida de análise sobre as fontes de financiamento da saúde pública no Brasil.

A Associação Médica Brasileira (AMB) foi fundada há mais de 60 anos, em 26/1/1951, como forma de congregar todas as associações estaduais (27), regionais (351) e as sociedades de especialidades (53). Atualmente, cerca de 130 mil médicos receberam título de especialista pela AMB.

Entre os principais focos da Associação Médica Brasileira podem ser citados:

- **Escolas médicas**

Atualmente, existem 202 escolas de medicina no Brasil, número inferior apenas ao da Índia. O aumento no número de escolas médicas acompanhou o crescimento das instituições de ensino superior no país. Esse panorama, no entanto, inspira preocupação, dadas as particularidades desse tipo de ensino, que exige muitos investimentos em infraestrutura, expressa sob a forma de laboratórios e hospitais.

- **Educação Médica Continuada (EMC)**

Está voltada, sobretudo, para as publicações.

- **Projeto Diretrizes**

É uma publicação voltada para a orientação de profissionais médicos em decisões clínicas, mediante a elaboração de protocolos, diretrizes e módulos de educação continuada relativos ao tema.

- **Conferência de titulação a especialistas**

Atesta que o profissional é qualificado para o pleno exercício de determinada especialidade médica, mediante a realização de provas teóricas e práticas, que podem incluir a simulação de procedimentos cirúrgicos.

- **Comissão Nacional de Acreditação (CNA)**

Acompanha a frequência de profissionais em congressos, cursos e demais eventos para fins de pontuação, manutenção de título de especialista e atualização profissional.

- **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM)/AMB**

Projeto da Associação Médica Brasileira (AMB) e suas sociedades de especialidades, juntamente com o Conselho Federal de Medicina. Utiliza metodologia proposta pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe) da Universidade de São Paulo, para elaborar, desde 2003, segundo princípios éticos, lista hierarquizada de procedimentos, de forma a contemplar todas as especialidades e remunerar dignamente os serviços profissionais.

- **Censo médico AMB 2013**

Trata-se de pesquisa realizada com o objetivo de conhecer o perfil dos médicos brasileiros para o desenvolvimento de políticas de saúde.

- **Projeto Univadis**

É um projeto baseado em conteúdo do *British Medical Journal* (*BMJ*), que oferece cursos e aulas adaptadas à realidade brasileira e permite o acúmulo de pontos para a atualização médica.

- **Medicamentos biológicos na prática médica**

Publicação realizada em parceria com a Interfarma.

- **Projeto de lei "Saúde + 10"**

Trata-se de projeto de lei de iniciativa popular, com o objetivo de garantir a aplicação de 10% da receita bruta da União na saúde brasileira.

Fontes de financiamento da saúde pública no Brasil

Na sequência de sua palestra, Bonamigo Filho, diretor da AMB, avaliou as fontes de financiamento do setor de saúde. "A Constituição Federal de 1988 previu o direito universal à saúde sem, no entanto, considerar a realidade da gestão em prover os recursos financeiros para a execução das políticas públicas necessárias."

"O Brasil, quando comparado a países com sistema universal de saúde, apresenta valores de gastos *per capita* proporcionalmente ao PIB bastante modestos", ressaltou. "Ademais, quando se analisa a participação relativa dos entes federados no financiamento da saúde, observa-se pressão muito grande sobre Estados e municípios."

De acordo com o diretor da AMB, ainda que a União seja o ente de maior arrecadação, sua participação relativa vem diminuindo no decorrer dos anos. "A municipalização da assistência à saúde é um desafio, e, talvez, a gestão plena não seja o modelo ideal para municípios com população inferior a 300 mil habitantes", assinalou.

Quando se analisa a evolução das receitas correntes, entre 2001 e 2010, verifica-se um aumento total de 260% e um acréscimo menor para a saúde, da ordem de 205%, informou Bonamigo Filho. "Entre os setores de maior alta estão turismo e desporto, áreas tradicionalmente caracterizadas por maiores índices de corrupção."

Outra questão interessante refere-se ao crédito não utilizado na saúde em 2012 – cerca de R$ 9 bilhões, ou aproximadamente 10% do total, segundo o diretor da AMB. "Além disso, dos recursos financeiros empenhados nesse ano, R$ 8,3 bilhões foram inscritos como restos a pagar para o ano

seguinte", assinalou. "Essas constatações ensejaram questionamento relativo ao destino desses recursos, da ordem de R$ 17 bilhões, que foram devolvidos ao Tesouro Nacional."

Finalmente, de acordo com Bonamigo Filho, outro desafio refere-se à defasagem da Tabela SUS, que não passa por reajuste há mais de dez anos. "O referencial de valor pago mostra-se atraente para alguns poucos procedimentos de alta complexidade e defasado para aqueles de média e baixa complexidade."

Segunda palestra

O médico Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, primeiro vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), fez a segunda explanação do Oitavo Debate e abordou temas como as atribuições do CFM, ética, a Constituição de 1988 e as manifestações populares que agitaram o país em 2013.

Conselho Federal de Medicina

Sobre o Conselho Federal de Medicina (CFM), Corrêa Lima expôs: "O CFM compõe, em conjunto com os seus conselhos regionais, uma autarquia federal. Trata-se de autarquia financiada mediante o pagamento de taxas e anuidades pelos médicos e cuja missão é zelar pelo exercício ético da medicina". Ele explicou que as principais atribuições do CFM são promover normatizações, fiscalizar seu cumprimento e, eventualmente, instituir judicância em casos de erro profissional.

A ética e o exercício da medicina

"Atualmente, um importante prisma do exercício profissional da medicina no mundo ocidental refere-se à especialização", afirmou o vice-presidente da CFM. "Trata-se de um terreno de difícil domínio, em que frequentemente surgem discórdias e divergências; por vezes, privilegia-se a medicina técnica sem considerar a subjetividade."

"Nesse contexto, foram instituídos os códigos de ética médica, como forma de reiterar a concepção da medicina, de caráter humanístico e humanitário, voltada para o bem-estar físico, psíquico e social", informou Corrêa Lima. Um importante instrumento desse paradigma, de acordo com o médico, é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo o qual paciente e médico decidem a intervenção a ser realizada, não configurando apenas uma obrigação jurídica de que o paciente concorde com o procedimento.



"Trata-se de um instrumento de resgate da medicina, com base no diálogo franco entre médico e paciente, mediante recíproca confiança", ressaltou. "Isso vem se mostrando importante, uma vez que, apesar dos avanços técnico-científicos, a medicina ainda é uma ciência de verdades efêmeras, em que as evidências nada mais são do que probabilidades, e frequentemente as decisões são tomadas mediante a análise de riscos e benefícios."

Constituição Federal de 1988

Corrêa Lima prosseguiu sua apresentação afirmando que, "com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, se firmou o estado democrático de direito". "No entanto, na ocasião, a Carta Magna foi estruturada segundo a lógica do parlamentarismo para vigorar em um regime presidencialista", frisou. "Assim, apesar do crescimento da arrecadação tributária por parte da União, Estados e municípios convivem com crises fiscais e acúmulo de obrigações advindas da Constituição de 1988", avaliou o médico. Para ele, trata-se de uma distorção que traz grande dificuldade ao pacto federativo, na medida em que Estados e municípios apresentam menor autonomia financeira e elevada dependência do Ministério da Fazenda para realizar seu planejamento.

Manifestações populares e financiamento da saúde

Na conclusão de sua palestra, o vice-presidente do CFM comentou que as manifestações ocorridas no Brasil em 2013, embora não apresentassem uma pauta exata, demonstraram grande insatisfação da população, sem relação com questões político-partidárias. Ele lembrou que temas frequentemente levantados referiam-se a mobilidade urbana e acesso à educação e saúde.

"O financiamento da saúde no Brasil é prioridade na agenda das entidades de classe médicas", pontuou. "Reivindica-se a destinação de, pelo menos, 10% da receita bruta da União ao setor da saúde, uma vez que um sistema universal deveria possuir participação do setor público nos gastos em saúde acima de 70%."

"Os investimentos em infraestrutura também devem ser estimulados, de modo que condições mínimas de trabalho sejam garantidas aos profissionais de saúde."

Questões como educação e saneamento básico são temas centrais nesse processo, disse o médico. "Não se pode tratar uma doença parasitária e remeter o paciente novamente ao local onde ocorreu a infestação", exemplificou. "Os investimentos em infraestrutura também devem ser estimulados, de modo que condições mínimas de trabalho sejam garantidas aos profissionais de saúde."

Nesse contexto, para o CFM, de acordo com Corrêa Lima, a atuação de médicos estrangeiros no país, sem um processo de revalidação de diploma, mostra-se temerária. "O argumento da relevância social deve ser invalidado por causa do risco de sequelas irreversíveis e de óbito decorrentes de possíveis iatrogenias."

"Ademais, a atual concentração de médicos em grandes centros poderia ser revertida com investimentos em estrutura física que garantissem aos médicos condições de arcar com suas responsabilidades", ponderou. "Além disso, o incentivo à criação de uma carreira de Estado também estimularia a atuação em regiões consideradas 'vazios assistenciais', tendo em vista a possibilidade de progressão funcional, de salários e de condições de trabalho", concluiu o vice-presidente do CFM.

Pesquisa clínica e inovação médica em saúde no Brasil

Relatora: Carolina Lopes Zanatta

Rafael Roesler
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Luis Fernando Lima Reis
Hospital Sírio-Libanês

No encerramento do Ciclo de Debates Interfarma, os médicos Rafael Roesler, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e Luis Fernando Lima Reis, do Hospital Sírio-Libanês, apresentam um panorama dos avanços brasileiros no setor de saúde e o que é urgente mudar.

Primeira palestra

Na abertura do Nono Debate, Rafael Roesler, professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), apresentou importantes dados em torno do tema central proposto, "Pesquisa clínica e inovação médica em saúde no Brasil". Os progressos brasileiros na área e o papel das instituições envolvidas na melhoria da saúde no País estão entre os pontos abordados em sua palestra.

Inovação e transferência de tecnologia no cenário biofarmacêutico brasileiro



"O Brasil avançou nos últimos 20 anos na produção científica e acadêmica e também obteve progressos na formação de pessoas", disse Roesler, na abertura de sua palestra. Atualmente, prosseguiu ele, o País dispõe de boas universidades para formar profissionais de saúde, competitivos internacionalmente em qualquer instituição. "Apesar disso, embora o volume de dinheiro disponível para ciência e tecnologia tenha crescido muito, o Brasil ainda não conta com uma universidade entre as 100 melhores do mundo."

O professor da UFRGS frisou que, hoje, o Brasil é o 13º produtor de ciência do mundo, sendo responsável pela produção de 2% da ciência mundial. Para ele, isso tem se refletido não só no âmbito da pesquisa básica, na área de biofarmacêutica, mas também no aumento do número de patentes direcionadas à aplicação na saúde. "Em 2007, o Brasil apareceu pela primeira vez na lista dos melhores países do mundo para dar início a uma carreira científica", pontuou. "Como avanço no cenário brasileiro, destaca-se a alteração em uma parte do marco legal e regulatório, ocorrida principalmente com a introdução da Lei de Inovação Tecnológica (Lei n° 10.973, de 2004), posteriormente acompanhada de outras leis estaduais de inovação."

Nos últimos anos, informou Roesler, ocorreu também crescimento do orçamento federal para pesquisa e inovação:

- O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que no fim da década de 1990 tinha um orçamento de R$ 400 milhões, atingiu recentemente R$ 1,3 bilhão;
- Os recursos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e aqueles destinados a projetos de pesquisa de inovação em saúde por meio da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) tiveram um aumento ainda maior nesse período;
- A Lei de Inovação Tecnológica possibilitou que novos programas se tornassem legais, e ocorreram subvenções econômicas públicas para atividades de inovação na indústria privada, como o Programa de Subvenção e o Prime, para geração de *startups*, ambos da Finep.

O professor da UFRGS destacou que ainda se observa no cenário o programa de Formação de Recursos Humanos em Áreas Estratégicas (RHAE) do CNPq, para contratação de bolsistas nos projetos de Pesquisa, Inovação e Desenvolvimento (PID) das empresas, e o Fundo Criatec, do BNDES. "A Lei de Inovação Tecnológica também impulsionou a estruturação dos núcleos de propriedade intelectual e transferência de tecnologia nas universidades, embora esse projeto ainda esteja estruturado aquém do necessário."

Atualmente, segundo Roesler, algumas instituições, como a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e a UFRGS, têm núcleos de inovação com portfólio de projetos disponíveis para negociação com o setor privado, além de possuírem patentes e escritórios especializados. "No entanto, ainda existem dificuldades no diálogo entre as partes envolvidas nesse processo", explicou.

De acordo com o professor da UFRGS, apesar das dificuldades no processo de estruturação, houve um aumento no número de patentes, incubadoras e parques tecnológicos. "Atualmente, se discute internacionalmente se o modelo de incubadoras é o ideal, pois em alguns países ocorreu mais inovação com menor número de modelos de incubação", comentou. "Mas, no Brasil, o modelo de incubação e par-

ques tecnológicos tem sido bastante positivo, pois permite a aproximação entre as novas empresas e as universidades, e cria um ambiente de intercâmbio entre as empresas que estão fazendo P&D e as instituições acadêmicas."

Apesar dos progressos, ainda se observam alguns problemas que travam o avanço de iniciativas inovadoras. Entre eles, Roesler citou:

- A burocracia nas instituições públicas, que vai desde a restrição de importações pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) até os formulários a serem preenchidos, o estabelecimento de prazos impossíveis de cumprir, o pouco preparo técnico, a demora na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e o modelo de funcionamento das instituições federais, incluindo as universidades.
- A questão da insegurança jurídica, com a lei de inovação mostrando um sentido e as ações judiciais apontando para outro, além da forma de implantação do marco regulatório do setor público, que inviabiliza seu bom funcionamento.
- A falta de uma cultura empreendedora nas universidades, associada a mecanismos que garantam a eficiência e a agilidade para realização de trocas entre o setor acadêmico, a indústria e as empresas privadas. A formalização de um projeto conjunto entre a universidade e a indústria é um processo que, no Brasil, é atravancado, demora meses em instâncias decisórias, enquanto nas universidades dos Estados Unidos é viabilizado por meio de um ofício que comunica o projeto.
- Há 14 itens patenteáveis de biotecnologia, vários deles ligados à saúde. O Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (Inpi) aceitava apenas dois deles. A patente não é a salvação de tudo – como sempre, existem patentes que atrapalham e patentes que ajudam –, mas ela é um instrumento fundamental no processo de inovação e, principalmente, de transferência de tecnologia, além de ser um indicador internacionalmente reconhecido de produção intelectual. No Brasil, ainda existe muita restrição para sua análise e concessão.
- Há dificuldades para a realização de investimentos de longo prazo e de alto risco pelas indústrias farmacêuticas nacionais, seja por questões econômicas reais, seja por questões culturais. A indústria farmacêutica nacional não está acostumada a investir em projetos realmente inovadores, possivelmente por falta de *know -how* adequado. Além disso, o Brasil também quase não possui *Venture Capital,* considerado o grande motor dos projetos de inovação em biotecnologia na área da saúde nos países desenvolvidos.

"Todas essas restrições apontadas, se não forem enfrentadas na velocidade necessária, impedirão a ocorrência de novos avanços", concluiu.

O papel de universidades, hospitais universitários e institutos públicos de pesquisa

O professor da UFRGS relacionou exemplos de instituições bem-sucedidas, uma brasileira e uma norte-americana:

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Um dos itens do planejamento estratégico da instituição é contribuir para uma cultura de desenvolvimento e registro de inovação e consolidar o Núcleo de Inovação e Transferência Tecnológica (NITT). O hospital busca articular as relações entre pesquisadores, órgãos públicos, setor produtivo, institutos de ensino e pesquisa e organizações do terceiro setor. Também busca ter um portfólio de projetos com potencial inovador e articular parcerias para realização de estudos de viabilidade técnica para projetos de pesquisa com potencial de transferência de tecnologia.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é uma instituição pública federal que conseguiu dar um salto administrativo de qualidade e modificar o seu modelo de gestão já há muitas décadas.

National Institutes of Health (NIH)

Apesar das barreiras existentes no setor público, a instituição que mais produz patentes e projetos de tecnologia transferidos com prioridade para a indústria farmacêutica é a *National Institutes of Health (NIH)*, dos Estados Unidos. Trata-se da maior agência de pesquisa biomédica do mundo, com um orçamento de US$ 33 bilhões por ano só para a área biomédica (equivalente a aproximadamente 60 CNPqs).

A NIH, mesmo sendo um órgão público e federal com

burocracia e regramentos fortes, consegue ser altamente eficiente na criação de tecnologias absorvidas pelo setor privado. Os EUA são o país-modelo por registrar a maior atividade no âmbito acadêmico e industrial de inovação radical biofarmacêutica.

"Se o Brasil se espelhar na NIH, é possível que as instituições federais se tornem mais eficientes do ponto de vista da interação com a indústria farmacêutica e da geração de tecnologia", comparou Roesler.

O papel das pequenas empresas inovadoras

Nos países desenvolvidos, os projetos de pesquisa acadêmica fazem descobertas que são transformadas em empresas *startups* privadas, afirmou o professor da UFRGS. Ele explicou que essas pequenas empresas têm pouco a perder, possuem os mecanismos de captação de recursos de apoio (*Venture Capital* e subvenção federal), agilidade no processo decisório e estão voltadas para P&D, incorporando as pessoas que criaram a tecnologia. "Essas organizações conseguem amadurecer seus projetos, tirá-los do contexto das grandes universidades e colocá-los no âmbito privado, de negócios, para, a partir daí, conversar com a indústria farmacêutica", ressaltou. "São as geradoras de *pipelines* da indústria farmacêutica contemporânea."

Atualmente, segundo Roesler, o movimento das grandes indústrias farmacêuticas internacionais vai cada vez menos na direção da realização de atividade de pesquisa dentro da empresa, principalmente de pesquisa básica, e é cada vez mais voltado para a elaboração do seu *pipeline* de projetos inovadores de produtos em desenvolvimento, com a aquisição dessas pequenas *startups*. "No Brasil, a cadeia produtiva de inovação de medicamentos é praticamente inexistente – as universidades, os institutos de pesquisas, os hospitais universitários e as indústrias farmacêuticas, que não estão acostumadas a fazer projetos de inovação radical, têm pecados e virtudes", assinalou. Ele complementou sua afirmação citando Arthur Kornberg: "as empresas de biotecnologia proporcionam a maneira mais efetiva de transformar avanços na ciência e tecnologia em produtos para a medicina. Esse papel não é tão bem desempenhado por grandes indústrias farmacêuticas, e menos ainda pela academia".

Na continuidade de sua palestra, o professor da UFRGS referiu-se ao mapeamento realizado pela Fundação Biominas, em 2009: foram identificadas 253 empresas privadas de biociência no Brasil, sendo que 30,8% delas diziam possuir como foco a saúde humana. Do total de empresas, 17,3 % alegaram ainda não ter gerado faturamento, o que é esperado para



uma *startup* nessa área; 68,4% disseram receber apoio de políticas públicas e 73% afirmaram estabelecer interação com universidades ou outras instituições científicas e tecnológicas.

Exemplo: o caso do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Translacional em Medicina – INCT-TM

No encerramento de sua palestra, Rafael Roesler apresentou as peculiaridades do INCT-TM, que possui grupos da UFRGS, da PUC-RS, da Unesc, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto. Além das universidades, estão integrados ao instituto parceiros privados sem fins lucrativos (Instituição do Câncer Infantil e Fundação Soad – South American Office for Anticancer Drug Development), que aportam recursos e auxiliam no apoio logístico e administrativo para os projetos. "Essa interação entre instituições privadas sem fins lucrativos e universidades federais não é comum na nossa realidade. Além disso, existem doações privadas de famílias que formam um fundo de pesquisa, o que é frequente nos Estados Unidos, mas não no Brasil", lembrou ele.

O instituto também visa a ser mais agressivo e proativo na geração e registro de patentes, para fazer com que os projetos criados dentro do hospital e da universidade se transformem em empresas *spin-off*. Nos últimos cinco anos, duas empresas *startup* foram criadas com apoio da incubadora empresarial do Centro de Biotecnologia da UFRGS.

"Precisamos criar um modelo em que seja natural e desejável que a pesquisa acadêmica produza também novas entidades, novas empresas e novas oportunidades de trabalho", ponderou o professor. "Por fim, cabe ressaltar outra frase de Arthur Kornberg: 'a parceria entre empresas de biotecnologia, companhias farmacêuticas e a academia necessita de atenção e apoio de todos os lados, incluindo a população e os governos. A saúde e a riqueza da sociedade dependem disso'", concluiu Roesler:

Segunda palestra

O diretor de Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, Luiz Fernando Lima Reis, enfocou o tema central do Nono Debate, "Pesquisa clínica e inovação médica em saúde no Brasil", em sua palestra. Já na introdução, ele expôs que "a inovação é necessariamente decorrente da demanda de determinada indústria ou setor, sendo essa demanda geradora de atividade de pesquisa com o objetivo de desenvolver um produto". "Não há desenvolvimento de um novo produto nem inovação dissociados da geração de conhecimento. Este é o ponto fundamental: inovação é decorrente de uma atividade de geração de conhecimento."

"Um dos modelos mais utilizados na indústria farmacêutica, especialmente no fim dos anos 1980 e início dos 1990, era dispor de grandes centros de pesquisa para realizar desde pesquisas básicas até aquelas de maior aplicabilidade", lembrou Lima Reis. "Como esse era um processo extremamente caro e de baixa rentabilidade, as indústrias perceberam que não valia a pena tanto investimento na parte de pesquisa; portanto, seria necessário tentar seguir um novo modelo de inovação", observou. "Esse novo modelo é denominado 'cadeia alimentar da inovação', e, nos Estados Unidos, tem demonstrado sucesso".

O diretor do Sírio-Libanês ratificou que há forte associação entre geração de conhecimento e transformação desse conhecimento em produto. "As empresas *startups* não devem começar na academia. Essa não deve ser uma preocupação do pesquisador, pois sua função na academia é pesquisar", afirmou. "No Brasil começaram a surgir empresas fora da academia que podem ocupar esse papel fundamental das *startups*. São empresas que vão prospectar boas ideias dentro da academia e retirar dos braços do pesquisador a passagem de sua inovação para o nível seguinte". explicou.

Segundo ele, as características de um bom investigador na academia não são necessariamente aquelas do empreendedor que terá sucesso em uma *startup*, por isso é importante dissociar um pouco essa ideia. "O que falta de fato, especialmente no mercado brasileiro, é o papel dos pequenos investidores que vão prospectar novas ideias, e que sabem exatamente quando sair do sistema: compram uma ideia, passam-na adiante e retornam para repetir o ciclo. Esse é um dos pontos fundamentais para a nossa inovação."

Na opinião de Lima Reis, o exemplo de um modelo que tem se mostrado promissor, e que claramente está ligado a uma situação de demanda, é a Petrobras. Ele explicou:

- A Petrobras teve um problema gravíssimo: achar o pré-sal. A empresa precisava desenvolver tecnologia para conseguir retirar o petróleo existente. A Petrobras construiu um centro de pesquisa no parque tecnológico da UFRJ e conseguiu reunir em torno dele seus grandes concorrentes para buscar um conjunto de soluções. O

resultado é que, inicialmente, a Petrobras tinha a expectativa de criar um produto de inovação, e hoje a quantidade de produtos de inovação produzida em torno do problema pré-sal é absolutamente gigantesca.

Já, ao avaliar a fase atual da indústria farmacêutica no Brasil, sob o ponto de vista da inovação, o diretor do Sírio-Libanês destacou: "A indústria farmacêutica aproveitou um bom momento político, o do crescimento dos medicamentos genéricos, para alavancar o setor, e isso não é problema. O problema se inicia e se torna grave quando a indústria farmacêutica se esquece de que os genéricos têm prazo de validade. Se a indústria brasileira não se preocupar com atividades de inovação, ela ficará para trás".

De acordo com Lima Reis, a indústria farmacêutica brasileira conseguiu um novo fôlego com a Farmabrasil (instituição que tem como objetivo representar os interesses das farmacêuticas de capital nacional, fazendo a ponte entre as indústrias e o governo), com a necessidade dos biossimilares, dos produtos biotecnológicos, e com um grande número de produtos cuja patente deve expirar nos próximos quatro anos. "Nesse contexto, entrou bastante dinheiro e surgiram oportunidades para replicar modelos de cópia, um pouco mais tecnológicos, mas, de fato, sem muita inovação", ressaltou. "Se a indústria farmacêutica brasileira seguir esse caminho, daqui a cinco anos voltará à pauta o esquecimento da necessidade de inovação radical."

Na sequência, Lima Reis voltou a enfatizar: "Não há inovação sem geração de conhecimento". "Grande parte da geração de conhecimento no Brasil está no setor público. Há muito pouco no setor privado. Então, para falar de inovação, é preciso entender um pouco o funcionamento do setor público", salientou. Segundo ele, a produção científica brasileira aumentou, e não aumentou sozinha, pois também cresceu em vários países. "O Brasil ocupa hoje o 13º lugar na produção científica mundial. Um dos problemas enfrentados é que o pesquisador não tem sido bem-sucedido ao inovar e criar produtos de maneira isolada, pois isso não faz parte de sua cultura. Talvez ele precise se aliar a alguém para trilhar esse caminho."

"Quais seriam os desafios para resolver esse problema da inovação, uma vez que grande parte do conhecimento é gerado dentro da academia?", questionou o diretor de pesquisa do Sírio-Libanês. E discorreu sobre pontos a serem trabalhados na academia e no setor público.

> "Não há inovação sem geração de conhecimento". "Grande parte da geração de conhecimento no Brasil está no setor público. Há muito pouco no setor privado."

Desafios da academia

Um desafio inicial importante é que a academia pode e deve ter total autonomia para fazer a pesquisa que desejar. Essa questão é indiscutível. No entanto, é necessário que a academia entenda a responsabilidade que possui na utilização do dinheiro público. A academia precisa fazer pesquisa orientada à aplicabilidade, ou seja, à solução dos problemas da sociedade que paga com os seus recursos. Nesse sentido, a academia está muito desconectada da realidade de como fazer pesquisa. Basta constatar que o número de patentes geradas por cada trabalho publicado no Brasil é muito menor que o de países como a Coreia do Sul e a Índia. É fundamental que o pesquisador saiba por que ele está desenvolvendo aquele projeto. Não necessita ser um projeto de clara aplicabilidade, mas a pergunta de pesquisa e sua utilidade têm de estar clara.

Desafios do setor público

No setor público há disponibilidade de financiamento, pois não falta dinheiro atualmente para pesquisa no Brasil. Embora o País esteja formando médicos em número aquém do necessário, há uma curva claramente ascendente. No entanto, a academia está longe de possuir financiamento adequado, boas práticas, diálogo e legislação. São falhas terríveis no setor público quando se pensa em inovação.

Nesse contexto, Lima Reis apontou como bom exemplo envolvendo a iniciativa privada a Cleveland Clinic, instituição privada de assistência e pesquisa dos Estados Unidos, na qual pequena parte dos recursos vem do seu orçamento e a maioria dos investimentos para pesquisa é proveniente de contratos firmados com a indústria, ou seja, com o setor privado e não com o governo. "Esse é o tipo de financiamento em relação ao qual a universidade brasileira, hoje, tem um pouco de ojeriza", sentenciou. "Grandes universidades acreditam que fazer contratos com a indústria ou com o setor privado é ferir sua autonomia e sua liberdade de investigação. No entanto, não há essa correlação, pois o direito de dizer não sempre pertence à universidade", ponderou.

"Outro ponto interessante é que falamos muito em inovação, mas uma das coisas mais difíceis na universidade é pedir ao aluno que olhe o seu caderno de experimento e veja onde e como ele fez o experimento que eventualmente gerará uma patente", evidenciou o diretor do Sírio-Libanês. "A universidade precisa de uma cultura que saiba o que é necessário para seguir pelo caminho da inovação", frisou.

"No Hospital Sírio-Libanês, por exemplo, foi criada uma norma institucional que proíbe anotar resultados de pesquisa no próprio *notebook* ou em um caderno qualquer. Todos os que chegam assinam esse termo e recebem um caderno com páginas numeradas que precisam ser assinadas", informou Lima Reis. "Todos os resultados precisam ser registrados nesse caderno. Quando o aluno sai da organização, esse caderno pertence à instituição, e não ao aluno."

Para ele, o principal problema da universidade no que diz respeito à inovação é a falta de diálogo com a indústria. "Se não for possível entender o papel de cada um, o que cada um quer dizer e o que cada um precisa para a inovação caminhar, não será possível sair do lugar. Esse é o maior desafio da inovação no Brasil: fazer com que a academia e a indústria conversem com um mínimo de linguagem comum", enfatizou.

> O maior desafio da inovação no Brasil é fazer com que a academia e a indústria conversem com um mínimo de linguagem comum.

Os desafios do setor privado

O diretor de Pesquisa do Sírio-Libanês atestou que o setor privado também tem suas dificuldades, mas está ávido por inovação, principalmente no que diz respeito à indústria farmacêutica. No cenário descrito, disse ele, cabe ao setor privado responder à questão do diálogo entre a universidade e a indústria. "A universidade é absolutamente tradicional nas convicções sobre o seu papel, e o setor privado terá de tomar a iniciativa de solucionar os problemas de comunicação entre a universidade e a indústria."

Pesquisa e inovação nos hospitais privados

Lima Reis enumerou as qualidades da pesquisa para alcançar a inovação: "A pesquisa alimenta uma espiral virtuosa da qualidade. Ela gera conhecimento, que criará a competência que qualifica uma instituição para as atividades de ensino. É muito difícil ensinar aquilo que não se conhece. Ao desenvolver uma atividade de en-

sino baseada nessa geração de conhecimento, duas coisas acontecem. Em primeiro lugar, há a possibilidade de desenvolver novos talentos e também de atraí-los. Em segundo lugar, essa atividade de pesquisa atrai não só talentos sob a forma de recursos humanos, mas também parceiros importantes, codesenvolvedores de novas tecnologias, que auxiliam no financiamento e no desenvolvimento das atividades de pesquisa". Como exemplo positivo de sua premissa, ele informou que, em 2011, a Universidade Harvard gerou em torno de US$ 50 milhões apenas em contratos e licenciamentos de suas patentes e pedidos de propriedade intelectual.

Ele afirmou que, no caso do Sírio-Libanês, que é uma instituição hospitalar, nada disso fará sentido se todas essas atividades de ensino e pesquisa não reverterem para a atividade assistencial, em benefício ao paciente. "A atividade de pesquisa no Hospital Sírio-Libanês só se sustenta porque atende à missão do hospital, que é tratar pacientes. Ela precisa trazer alguma melhora para a atividade assistencial, seja gerando resultados de pesquisa ou talentos que vão atender melhor os pacientes.

Essa não é uma descoberta do Hospital Sírio-Libanês, ponderou Lima Reis, mas, sim, uma prática que vem crescendo também no Brasil. "Provavelmente, o Hospital A.C. Camargo tenha sido o pioneiro desde 1953, época da sua fundação. Ele era um hospital associado à atividade de pesquisa", informou. Segundo ele, nos Estados Unidos se privilegia muito esses projetos de pesquisa translacional dentro dos hospitais. Os hospitais atualmente se tornaram um grande atrativo para os profissionais da área. "Na diretoria de pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, por exemplo, há mais de 60 pessoas diretamente ligadas a esse tipo de atividade."

Segundo ele, no ambiente hospitalar é usual uma pergunta que não é rotineira na universidade: "Por que estou fazendo esse projeto? Qual é o paralelo entre esse projeto e uma doença humana?". E ressaltou: "Isso é fundamental na tentativa de acelerar o processo de inovação: o pensamento na aplicabilidade da pesquisa".

Ainda sobre o Sírio-Libanês, Lima Reis informou:

- No hospital existe um centro de cirurgia experimental e, na época do pico da epidemia do vírus H1N1, havia um problema grave relacionado à síndrome do desconforto respiratório: as pessoas morriam de falência de órgãos. Nessa época, por meio de um projeto de pesquisa no centro de cirurgia experimental, foi possível dominar uma tecnologia que envolve a capacidade de utilizar um pulmão artificial para fazer a oxigenação extracorpórea. Existia uma necessidade na UTI, uma demanda para um processo de inovação; a incorporação de uma tecnologia veio por meio de uma atividade de pesquisa no próprio hospital. "Esse é o mote do Hospital Sírio-Libanês, onde existe um forte componente de desenvolvimento de cirurgia minimamente invasiva e endoscopias", pontuou o diretor de pesquisa.
- Atualmente, está em processo de negociação uma patente de um endoscópio mais cirúrgico do que diagnóstico, desenvolvido por um grupo de pesquisadores do hospital.
- Como exemplo de projeto de pesquisa fundamentalmente básica, pode ser citada a descoberta, por um grupo de pesquisadores do hospital, de que a hemopressina, quando aplicada em modelos de ratos obesos, conduzia a uma perda específica de gordura nos órgãos. Em junho de 2013, a comunidade europeia disse em um comunicado que está disposta a emitir uma carta patente para a preparação de hemopressina para aplicar em síndrome metabólica.

Na conclusão de sua palestra, o diretor de pesquisa do Sírio-Libanês foi enfático: "Pode-se dizer com clareza que a pergunta tem de vir da assistência, da prática, pois é lá que há necessidade de saber resolver os problemas. E é isso o que falta em nossas atividades de pesquisa". Ele lembrou ainda que os resultados negativos são extremamente informativos. "Os grandes avanços advêm de resultados negativos, às vezes completamente inesperados", ensinou.

"Especificamente no caso do Hospital Sírio-Libanês, o envolvimento com pesquisa faz parte da sua missão de desenvolver atividades de ensino e pesquisa. O hospital também possui a preocupação de gerar conhecimento, atrair e reter talentos para a instituição, requisitos que são considerados essenciais para a sobrevivência do hospital no mercado nos próximos anos", evidenciou Lima Reis.

FGV EAESP
GVsaúde

Avenida Nove de Julho, 2029 – 11º andar
Bela Vista – São Paulo – SP
CEP: 01313-902
Tel.: (55 11) 3799-7717
Fax: (55 11) 3799-7717

www.fgv.br/gvsaude