

Valor economico 18/07/2003

Reportagem de capa Fórum procura saída para o setor, pressionado pelo excesso de médicos e a falta de infra-estrutura.

A saúde na sala de emergência

Por Robinson Borges

O sistema de saúde no Brasil está na UTI e os últimos boletins médicos apontam para uma possível falência múltipla dos órgãos do setor se não forem tomadas medidas de emergência. São vários os sintomas que indicam o estágio avançado da crise, que tem se espalhado como uma infecção generalizada pelo ensino superior de medicina, mercado de trabalho, operadoras de planos de saúde, o SUS, recursos tecnológicos e pacientes. As principais reclamações são o inchaço do mercado de trabalho; a dilatação das escolas médicas; o excedente de hospitais e profissionais nos centros - e a profunda anemia em áreas periféricas do país -; a baixa remuneração dos profissionais; a briga entre prestadoras de serviço, operadoras e médicos por não haver reajuste, e a elevação dos custos para as próprias operadoras.

"Estamos precisando encontrar urgentemente uma estratégia para a saúde no Brasil", afirma Reynaldo Brandt, presidente do Conselho Deliberativo do Hospital Albert Einstein e da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). "Hoje há uma variedade tão grande de profissionais, hospitais, tecnologias, que podemos classificar o sistema médico brasileiro em estágios de A a Z. O problema é que a grande massa da população não tem acesso aos serviços de qualidade", observa.

De acordo com a Anahp, apenas 5% dos brasileiros têm alcance aos centros de excelência médica no Brasil. Um planejamento adequado, segundo Brandt, incluiria uma solução para o sucateamento do SUS, o mal atendimento dos pacientes de baixa renda e a grande dívida do setor de saúde por causa do investimento em recursos tecnológicos, muitos deles, contraídos em moeda estrangeira, antes da desvalorização do real. O Colégio Brasileiro de Radiologia projeta endividamento de US\$ 900 milhões gastos em equipamentos como raio-X, tomografia, ultra-som e ressonância magnética.

Foto: Evelson de Freitas/Folha Imagem



A medicina se olha no espelho: "Estamos precisando encontrar urgentemente uma estratégia para a saúde no Brasil", afirma presidente da Anahp

Na avaliação das prestadoras e das operadoras, os recursos tecnológicos sofrem de uma obsolescência rápida, com vida útil de no máximo cinco anos, o que impede a devolução dos aparelhos para o fabricante caso o comprador não consiga pagar as prestações - o que tem sido freqüente. "A expansão do setor de apoio e diagnóstico cresce de forma desordenada e sem estudo de viabilidade econômica", contra-ataca Fausto Pereira dos Santos, diretor de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde.

A proposta do governo para a questão é a criação de uma câmara de regulação de cooperação tecnológica para discutir os vazios assistenciais e o custo-benefício de novos equipamentos e procedimentos. O Ministério da Saúde, portanto, deixa claro que não vai fechar os olhos para esse problema que tem impacto para além da área social - foco retórico do novo governo. "A política atual é fortalecer o Sistema Único para garantir a universalidade, a integralidade e a equidade da saúde. Esse é o dever do Estado. Queremos atuar em toda a cadeia da saúde", afirma Santos.

O presidente da Anahp destaca que a distinção entre público e privado no quadro atual é complicada, pois a maioria dos hospitais privados presta assistência ao SUS. "A iniciativa privada está fortemente ligada ao setor público de saúde. O SUS depende dos hospitais particulares para sobreviver", responde Brandt. Segundo estimativas de 2000, feitas pela Anahp, o sistema de saúde é responsável por 6,5% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil. São R\$ 30 bilhões do serviço público e R\$ 28 bilhões do privado. Nos Estados Unidos, esse valor é equivalente a 13% do PIB (US\$ 1 trilhão). Ou seja: o Brasil gasta apenas 2% do que os americanos desembolsam para o segmento.

No Brasil, 25% da população têm acesso ao sistema complementar de saúde (convênio/seguro). Setenta e cinco por cento, portanto, dependem do SUS. Mas, desde 1999, o setor privado enfrenta uma queda total de seis milhões de conveniados. Mesmo assim, os hospitais públicos são responsáveis apenas por 38% da rede brasileira e os outros 62% são atendidos nos serviços privados.

"A situação está complicada para os dois lados no Brasil. O setor privado tem dificuldade de crescer porque a economia está estagnada e o setor público deve controlar os gastos do Orçamento para obter superávit", analisa o economista Adriano Matheis Londres, vice-presidente da Anahp.

Para tentar levar adiante a perspectiva de uma medicina holística - aquela em que tudo funciona de forma equilibrada e sistêmica - o Ministério da Saúde promoveu uma "junta médica" num fórum para diagnosticar os problemas e encontrar as terapias adequadas para que o setor se recupere e alcance um grau salutar de sobrevivência. "A idéia do fórum nasceu da avaliação de uma grave crise no setor e da tentativa de encontrar uma pactuação para superação", afirma Fausto Pereira dos Santos, do Ministério da Saúde.

O fórum foi dividido em três etapas e teve a participação de 59 entidades, desde prestadoras de serviço e representantes acadêmicos até associações de proteção ao consumidor. A primeira reunião ocorreu no fim de junho e a próxima está marcada para o mês de setembro. Como ponto de partida, houve uma grande discussão sobre a base da saúde: a formação dos profissionais. "O maior problema é que em alguns locais do país há quatro vezes o número necessário de profissionais e, em outros, os habitantes estão completamente desprovidos de atendimento. É o mapa da exclusão", declara o presidente da Anahp.

Para efeito de comparação, ele cita o Canadá, país em que há um planejamento adequado da formação e distribuição dos médicos, no qual o governo segue a lógica da demanda por

atendimento de saúde. Nesse cenário, as vagas para as especialidades médicas também são abertas de acordo com as necessidades.

O Brasil, por outro lado, soma 119 instituições de ensino, que registram cerca de 11 mil matriculados no primeiro ano da faculdade, concentrados nas regiões mais abastadas do país. Esse número tem promovido uma inflação no mercado de trabalho, que tem capacidade para apenas 40% desse índice. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de mil habitantes por médico. No país, entretanto, a média é de 680 habitantes por médico e, em alguns centros, essa relação chega a 250 habitantes por médico. Esse é o caso de São Paulo.

"Vinte e seis dessas escolas foram criadas no país em apenas sete anos. Isso leva à destruição da medicina e a uma oferta de profissionais excedentes, nivelando o preço dos serviços por baixo", critica Londres. "O setor de saúde precisa de um choque de qualidade nas faculdades, nos profissionais, nos serviços de saúde e nas políticas públicas para haver um equilíbrio de oferta e de demanda", continua.

Para muitos especialistas, a melhor medicação é acabar com o derrame de novas escolas. Isto é: em primeiro lugar seria preciso impedir que cursos de medicina sejam criados. Depois, fiscalizar rigorosamente as faculdades existentes e, por fim, fechar as que não estão em condições de funcionamento.

"O que se observa é que os estudantes de medicina não têm infra-estrutura para o aprendizado, não há compromisso ético com a comunidade por algumas instituições, que saem pela tangente dizendo que ensinam medicina generalizante. Isso é uma aberração", critica Antonio Carlos Cunha, professor titular de clínica médica da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. "Abrir faculdade não é como abrir padaria. Mesmo assim, neste ano, mais duas instituições vão funcionar: a Uninove e a Universidade da Cidade (Unicid), ambas em São Paulo, onde não há inserção social para elas", afirma.

O procedimento para a abertura de uma nova instituição de medicina no Brasil deve passar primeiro pelo Conselho Nacional de Saúde, depois pela Secretaria de Ensino Superior e, em seguida, pelo Conselho Nacional de Educação. "Tanto o Conselho Nacional de Saúde, como o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e as sociedades de especialistas se opõem à abertura de novas escolas. Mas quem tem o poder deliberativo nesse caso é apenas o Conselho Nacional de Educação", diz Antonio Carlos Cunha.

De acordo com Fausto Pereira dos Santos, do Ministério da Saúde, esse excedente está sendo analisado junto ao Ministério da Educação (MEC). "Reconhecemos o problema e queremos participar do esforço para solucioná-lo. Por isso, foi criada uma secretaria de gestão de trabalho para regular o mercado profissional", comenta Santos.

A explicação para o boom é que faculdades de medicina são o carro-chefe das universidades, pois além de trazer prestígio, possibilitam a cobrança de mensalidades mais altas. Mas assim como muitas das doenças desse Brasil profundo, o problema atual de

excedente de médicos já foi praticamente solucionado nos Estados Unidos e no Canadá. Detalhe: no início do século passado.

Durante quatro anos (1906-1910), o professor Abraham Flexner fez um amplo estudo sobre as faculdades de medicina nos dois países. Ao todo, eram 160 instituições para uma população de 93 milhões. De 1910 a 1933, 94 faculdades foram fechadas. Os Estados Unidos, com 125 milhões de habitantes, e o Canadá, com 10,5 milhões, passaram a ter 66 faculdades. "Todas confiáveis e que formavam médicos habilitados, em quantidade suficiente na época para a necessidade de saúde", explica Adriano Matheis Londres, da Anahp.

A crise no Brasil se agravou nos anos 80, quando o médico era considerado um profissional liberal. A virada ocorreu com a intensificação dos serviços das operadoras de saúde no setor e o enfraquecimento do serviço público. A conjuntura promoveu uma alteração no mercado. Os médicos passaram a ter uma ligação contratual ou até informal com alguma entidade de saúde para poder resistir à alta oferta de profissionais. "Nesses anos, a medicina deixou de ser uma profissão diferenciada, em que se leva em conta que o médico tem de estudar mais de 20 anos para se formar. Tanto assim que havia médicos no concurso para garis no Rio", avalia Brandt, do Albert Einstein. "O salário médio de um médico é de R\$ 2 mil por mês."

A baixa remuneração dos profissionais é um outro foco de problema. O ministério prevê a revisão dos contratos de operadoras com médicos, que têm características próprias por causa da pulverização. Estima-se que há 180 mil profissionais trabalhando no sistema de saúde suplementar. Mas as operadoras já reclamam. O argumento é que os prêmios ou as mensalidades dos planos/seguros são tabelados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) com um índice inferior ao da inflação.

De março de 2002 a março de 2003, o IGPM foi de 32,5% e o IPCA de 16,6%, mas o aumento permitido para os planos foi de 9,27%. Embora o tabelamento seja aplicado apenas para os planos individuais, as operadoras dizem que os contratos corporativos - que representam 70% do mercado - também são reajustados por esse patamar estipulado pelo ministério. "Como os planos se dizem estrangulados, eles não repassam o aumento para os hospitais, as clínicas médicas, os médicos e os laboratórios", comenta Brandt.

A consequência direta desse dilema é a queda da qualidade do atendimento, pois a possibilidade de importar tecnologia ou investir em moeda estrangeira fica, mais uma vez, restrita aos centros de excelência. Os pacientes que são atendidos pelos planos de saúde, de maneira geral, sofrem com o relacionamento precário e demasiadamente rápido com o médico, segundo avaliação dos próprios profissionais. O resultado é simples: para haver um diagnóstico mais seguro, muitos solicitam exames que seriam desnecessários se o sistema funcionasse de outra forma. "Ao se pagar melhor o médico, ele pode ter mais tempo para a avaliação e exigir menos exames, reduzindo os custos do atendimento", propõe Brandt.

Há ainda um outro dado curioso no panorama geral da saúde brasileira: superávit de leitos no país - com os mesmos problemas de desigualdade de distribuição. Esse excedente é fruto da evolução da medicina tecnológica. O setor tem caminhado para a "desospitalização" ou para a redução do tempo médio de internação do paciente e para o incentivo do "home care". Segundo a OMS, o ideal é ter 2,5 leitos por mil habitantes. O Brasil possui 2,8.

"A medicina tem agregado mais recursos humanos e tecnológicos, as pessoas têm vivido mais e melhor, mas o custo para isso é crescente e superior ao da inflação. Tanto é que se fala em inflação médica no mundo todo", explica Reynaldo Brandt. "O grande problema é que a ANS regula os preços abaixo da inflação. Nos Estados Unidos, a inflação médica é de 10%. Isso significa que os preços para se ter acesso à saúde são cada vez mais altos, seja qual for a sociedade."

Antonio Carlos Cunha defende que o custo médico só será reduzido quando o primeiro profissional a ser consultado for um clínico geral, que, se necessário, encaminha o paciente ao especialista. "Um clínico geral bem-formado resolve 70% dos casos", afirma. Mas, novamente, voltamos ao excesso de médicos no mercado e à má formação. "Em boa parte das faculdades não há modelo pedagógico condizente com a consolidação de um clínico. O profissional não pode fazer apenas a triagem para os especialistas. Ele tem de resolver os problemas primários e encaminhar os secundários e terciários. Uma boa escola é a solução", conclui.

Diagnósticos desencontrados

Robinson Borges, De São Paulo

Foto: Juca Varella/Folha Imagem



Pacientes esperam atendimento em SP: "A política é fortalecer o Sistema Único para garantir universalidade, integralidade e equidade", diz diretor do Ministério da Saúde

A lei 9.656/98 é considerada um divisor de águas nas relações entre as operadoras de saúde, os consumidores e as prestadoras de serviço. As mudanças nas regras do jogo, que propõem ampla cobertura e proibição de restrições ao tratamento, porém, não impediram transbordamentos e inundações por movimentações frequentes de alguns dos lados envolvidos na cadeia de saúde. As operadoras reclamam que as restrições impostas são severas demais e inviabilizam o negócio. O governo reitera que é preciso ser rígido na aplicação da lei e que ainda precisa criar outras normas.

"No início do Fórum Nacional de Saúde, o governo disse de forma clara: aquilo que não for consensuado nas três fases, o governo vai chamar para si a responsabilidade de apresentar as propostas que considerar adequadas ao Congresso e à Agência Nacional de Saúde (ANS)", afirma Fausto Pereira dos Santos, diretor de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde.

Na opinião de João Alceu Amoroso Lima, diretor de Saúde da Federação Nacional das Seguradoras (Fenaseg), é preciso que o governo compreenda a importância do equilíbrio

financeiro e atuarial da saúde privada no Brasil, que não é possível com tal legislação. "O negócio deve ser visto sob a ótica econômica e não social. As seguradoras devem ser analisadas como operadoras financeiras e não assistenciais. Somos gestores de recursos de terceiros", afirma Lima, que representa 11 seguradoras de saúde no país, num universo de 1.500 operadoras. Apesar do número pequeno, a participação do segmento no setor é grande. De uma receita de R\$ 24 bilhões, R\$ 6 bilhões são provenientes dessas seguradoras.

Num terceiro segmento aparece o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), que se mostra absolutamente cético sobre a possibilidade de entendimento entre as partes. "Com 16 anos de trabalho na área de saúde, somos absolutamente descrentes de uma solução para o setor de saúde suplementar. Com toda a regulamentação da lei 9656/98 sempre há brechas e abusos pelas operadoras", critica Andrea Salazar, advogada e coordenadora de campanhas do Idec. "Os médicos não têm reajuste há oito anos e muitos sofrem pressões para limitar procedimentos. Isso significa restringir o exercício legal de sua profissão", continua.

Apesar de apenas quatro das 11 seguradoras terem apresentado prejuízo no ano passado, o diretor da Fenaseg afirma que não se deve confundir o lucro operacional e o total. A maior parte das receitas das operadoras é fruto do investimento de capital próprio da empresa (patrimônio líquido). "A operação do seguro-saúde está deficitária", nota.

Foto: Marco Antonio Rezende/Folha Imagem



Médica examina idosa no Hospital da UFRJ: uma das conquistas consensuais da lei da saúde é a redução nas diferenças de preços entre faixas etárias nos planos de saúde

Segundo a entidade, a sinistralidade (a razão entre a mensalidade e as despesas com as indenizações dos clientes) é extremamente alta no Brasil, atingindo um patamar de 83%. "Essa é a porcentagem que volta ao sistema. Temos de somar ainda outros gastos operacionais", reclama. O ideal, segundo Lima, seria uma sinistralidade entre 70% e 75%. E como chegar a esse índice? "Ajustando as mensalidades, que são controladas pela ANS", diz.

Na visão de Lima, o governo confunde os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), um dever do Estado, com o papel das operadoras. "É o SUS que deve ser regido pela universalidade, integralidade e equidade. Essa base não se aplica ao sistema privado", diz Lima. "Não há equidade porque temos coberturas e reembolsos diferenciados. A universalidade não é pertinente, pois quem usa o convênio é aquele que paga por isso. E, por fim, não se pode aplicar a integralidade. A lei 9656 estabelece um leque mínimo de cobertura que é quase uma integralidade", prossegue.

Fausto Pereira dos Santos discorda radicalmente. Para ele, a universalidade é dever do Estado e não do mercado e o que o governo cobra é a integralidade do plano. "A acusação não procede. Não há transposição de conceitos. Queremos apenas que se aplique o conceito da responsabilidade", responde Santos.

Outro ponto de discórdia é a proposta da Fenaseg de que haja uma subsegmentação dos planos. Mas não há negociação, por enquanto. "Entre os aspectos não-negociáveis no Fórum Nacional está justamente a subsegmentação dos planos", afirma o diretor do Ministério da Saúde. Para ele, os problemas mais graves do sistema de saúde estão no fato de que 65% dos usuários de planos de saúde (cerca de 23 milhões de pessoas) terem contratos anteriores à promulgação da lei 9656, que entrou em vigor apenas em 1999.

"O governo entende que essa é a primeira questão a ser discutida. Esses contratos não contemplam, por exemplo, alguns tratamentos, como de aids, de câncer, hemodiálise, transplantes e problemas de saúde mental. Muitos aspectos da lei não são retroativos. Temos de mudar isso", esclarece. Outro ponto que o ministério quer viabilizar é a possibilidade de trocar de operadora, mantendo as carências. "Além de favorecer a concorrência, essa medida impede que o usuário fique refém da operadora. Lutamos pela mobilidade com portabilidade de carência", explica.

Uma das conquistas consensuais da lei da saúde é a redução nas diferenças de preços entre faixas etárias nos planos de saúde. Essa distinção chegou a ter uma diferença de até 33 vezes entre o preço mínimo e o máximo. Para os planos novos é de no máximo seis vezes. Mesmo assim, há o que o setor chama de pacto geracional, em que consumidores de idade intermediária até podem estar pagando mais para evitar que os mais idosos paguem tão caro. "Trata-se de um mecanismo usado no mundo inteiro", conclui Lima.