



ACADEMIA DE MEDICINA DE BRASÍLIA
Fundada em 18 de outubro de 1989 – CNPJ: 26.443.994/0001-04
Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei nº 4.185,
de 21 de julho de 2008, 120º da República e 49º de Brasília.
Filiada à Federação Brasileira de Academias de Medicina



PALESTRA

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE PÚBLICA E SUPLEMENTAR

(Sessão Plenária ocorrida em 26/03/2013)

Acad. Dra Janice Lamas.

Boa noite a todos.

Vamos iniciar a primeira sessão do ano acadêmico, abordando as Políticas Públicas para a Saúde Pública e Suplementar, apresentada pelo acadêmico Gutemberg Fialho, Presidente do Sindicato dos Médicos de Brasília e acadêmico titular dessa Academia que terá 40 minutos e depois, Dr. Fausto Pereira dos Santos, ex-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, por dois mandatos e atual diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde, vai debater o tema.

O debatedor terá vinte minutos para falar, após o que, o auditório vai se manifestar.

Convidamos Dr. Fialho para falar inicialmente. Obrigada.

Acad. Dr. Gutemberg Fialho. Boa noite a todos. Quando solicitei este espaço, queria debater com a Academia a política das áreas pública e suplementar. Não há proposta do Governo, mas a realidade é sentida pelo sindicalista, que vive o drama do médico, que sofre todo dia nas emergências dos hospitais públicos, bem como nos consultórios dos hospitais que dão assistência à Medicina Suplementar.

Queria falar do usuário do plano de saúde que, ao invés de receber assistência, recebe desassistência. Início com um resumo do que ocorreu no Sistema de Saúde Pública do País até a criação do SUS.

Em 1979, na Conferência Internacional de Cuidados em Saúde de Alma-Ata, na Rússia, província do Cazaquistão, chegou-se à seguinte conclusão: as necessidades de saúde da população, em sua maioria, são de natureza simples, cujo atendimento adequado requer apenas recursos e técnicas em nível primário em saúde. A conferência concluiu que basta uma medicina primária de saúde, contando-se com a prevenção, e se evita chegar a um nível de complexidade que se vê hoje.

Mas o que vemos hoje? Uma medicina focada em pronto-socorro e hospitais lotados. Temos um modelo hospitalocêntrico. O movimento de Reforma Sanitária Brasileira, em 1978, questionou o modelo hospitalocêntrico, voltado para doença, para medicina curativa, assistencialista, em detrimento da formação de saúde e prevenção de doença. Dez anos depois da conferência, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira chegou à mesma conclusão. Isso culminou em 1988, na criação do SUS, Sistema Único de Saúde.

Hoje temos o SUS, mais de vinte anos depois, que não foi implementado em sua totalidade, em sua plenitude, um SUS totalmente sem alma, subfinanciado, sem uma política de recursos humanos adequada, gestores funcionalmente instáveis, ao bel-prazer do político do momento, mal remunerado, mal qualificado, sem perspectivas futuras, sem nenhuma segurança profissional. Não temos uma carreira médica de Estado. No DF, não atendemos pelo SUS, mas



nos estados atendidos pelo SUS, existe o famoso Pico 7, que é uma modalidade de pagamento aos médicos. Os médicos informam sua conta bancária e o Ministério da Saúde faz o pagamento dos honorários diretamente na conta do médico.

A proposta é copiar o Sistema Suplementar. O hospital é o atravessador e repassa honorários ao médico. Há atraso no pagamento, há desvios e toda dificuldade que nós, os que atuamos na Medicina Suplementar, sofremos, ou seja, se copia da Medicina Suplementar uma prática nefasta para o Sistema Público de Saúde.

Em alguns estados, onde a atuação sindical é mais forte, tem-se evitado isso. A maioria está extinguindo o Pico 7. Médicos descredenciam o SUS, e hospitais se fecham por falta de política adequada. Em valores atualizados, a consulta básica do SUS custa R\$2,50. Consulta com o especialista, R\$7,50. Esse é o valor bruto que o Estado Brasileiro paga ao médico de seus quadros. Parto cesariano por R\$150,00, o parto normal, R\$175,00, e a internação, R\$49,00. Nessa diária, estão inclusos medicamentos, hotelaria e higiene. A diária de UTI varia de quatrocentos a mil e trezentos reais. Uma diária não sai no mínimo pelo preço de três mil reais. Quem atua nessa área sabe disso.

O Professor Adib Jatene, quando foi Ministro da Saúde, fez uma conferência com diretores de hospitais universitários de Salvador e, nessa palestra, ele concluiu: *“Oitenta por cento das pessoas que diariamente estão às portas dos hospitais que os senhores dirigem deveriam ter sido atendidas nos Centros de Saúde. Os hospitais que os senhores dirigem são, na realidade, uma cabeça sem corpo”*.

É o modelo de atendimento hospitalocêntrico, sem atendimento em ambulatorios, consultórios, sem medicina preventiva.

O que ocorre com a Medicina Suplementar? Melhorou a qualidade de assistência à população? Não melhorou. Estamos vendo a precarização do atendimento e o nivelamento por baixo.

Temos quarenta, sessenta milhões de usuários no Sistema Suplementar. É um número cabalístico. E qual é a importância e a validade desse dado?

Quando o Ministro da Saúde, em sua posse, afirmou que o Brasil tem quarenta a sessenta milhões de usuários no Sistema Suplementar, ele quis dizer que o Estado não honrou a missão de fazer a cotação orçamentária para assistir essa parte da população, quando sabemos que a maioria dos usuários dos planos de saúde pagam suas mensalidades e tem assistência negada. Quando precisam de uma consulta, de uma internação ou de uma cirurgia não as conseguem. Eu li, hoje, no Jornal de Brasília, o caso de uma paciente que fez um plano de saúde, porque tem um filho asmático e, na primeira crise que ele teve, o atendimento foi negado.

A Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS) permite a criação de planos de saúde caça-níqueis, que só dão direito à consulta com mensalidade baixa. O paciente chega ao pronto-socorro e precisa de um exame ou de uma internação e o plano não lhe dá esse direito. Ele vai ao pronto-socorro para atendimento ambulatorial porque o plano só cobre urgências e emergências. Como é que se consegue a criação de plano de saúde com atendimento apenas em pronto-socorro?



É a realidade do País. Chega-se ao hospital e o pronto-socorro está pior do que hospital público. O porquê disso? Temos uma regulamentação deficiente do setor pela ANS. Não temos regra para contratualização. Se vou à concessionária, compro meu carro, tenho índice de reajuste. Se financio minha casa, há um índice de reajuste. Mas o contrato do médico do plano de saúde não tem tal reajuste. Em confronto, todo ano sai o índice de reajuste de salário das empregadas domésticas.

Há verticalização do setor. Os grandes planos estão comprando os pequenos. De vez em quando, é suspensa a comercialização de alguns planos de saúde. No ano passado, quatrocentas a quinhentas modalidades de planos de saúde foram suspensas. Quando esses planos se tornam inviabilizados, os grandes planos de saúde os compram e os incorporam. Os planos de saúde caça-níqueis não desaparecem, porque os grandes planos absorvem os pequenos, e essas práticas ficam sob o braço da Amil, da SulAmérica e outros planos por aí.

Em recente entrevista, Edson Bueno (tenho uma cópia da entrevista se alguém tiver a curiosidade de ler) declarou que existem vários tipos de planos de saúde da Amil. Existe plano que cobra quarenta a sessenta reais de mensalidade, mas há aquele plano pelo qual o doente é atendido nos melhores hospitais do País, que pagam honorários melhores, são dotados dos melhores médicos do País.

Na realidade, quando se fecha um plano de saúde caça-níquel, este não desaparece. Passa a fazer parte da carteira do grande plano de saúde.

A formação de especialistas focados em especialidades com procedimentos é outra deformidade na formação médica hoje. O que acontece?

Como os preços das consultas são muito baixos, os colegas e os estudantes de medicina optam por uma especialidade que tenha procedimentos especiais, em que se usem próteses e medicamentos específicos. Médico clínico e pediatras são especialidades em extinção. Até os ginecologistas estão desaparecendo. No ano passado, durante o Congresso na Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de São Paulo, um colega fez um depoimento, afirmou que foram fechadas 25 maternidades porque não há lucro. Há convênios que pagam R\$250,00 por parto normal ou cesariana.

Não há incentivo à formação de geriatra no mercado. Por quê? Geriatra vive de consulta. Não instala parafusos para receber 30% de comissão. Na Asa Sul em Brasília, o perfil etário se assemelha ao de Copacabana, porém não temos geriatras no Centro de Saúde da Asa Sul. Não temos uma política de saúde focada ao perfil etário idoso da população.

O custo das desconfianças resulta em baixos honorários médicos, em recusa de autorização de procedimentos de internação pelos planos de saúde. Negam porque declaram não haver indicação, que o colega está "conduzindo" o procedimento.

Existe o mercado paralelo de próteses e medicamentos e cobrança de percentual sobre procedimentos. A máfia da OPME conquista os médicos para conduzir procedimentos e ganhar percentual por isso.

Qual a dificuldade que as entidades médicas enfrentam para melhorar a Medicina Suplementar? Determinadas especialidades não estão preocupadas com a consulta. Eles até atendem de



ACADEMIA DE MEDICINA DE BRASÍLIA
Fundada em 18 de outubro de 1989 – CNPJ: 26.443.994/0001-04
Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei nº 4.185,
de 21 de julho de 2008, 120º da República e 49º de Brasília.
Filiada à Federação Brasileira de Academias de Medicina



graça, porque vão ganhar dinheiro com o procedimento. Tivemos recentemente em Santa Catarina, cinco colegas médicos cardiologistas processados por instalar *stents* sem necessidade em paciente do SUS. Eles atendem de graça, mas recebem a comissão.

Outra realidade é a enfermagem despreparada e insuficiente, o que leva a erros. Tivemos em Brasília uma enfermeira que administrou vaselina em lugar de soro fisiológico na veia de um paciente e este morreu, no Hospital Santa Maria. No Rio de Janeiro, houve o caso de uma paciente em que foi administrado leite com café na veia. Aplicou-se feijão no cateter, porque a enfermeira se confundiu com a sonda.

Trabalho em pronto-socorro da saúde privada. Coordenei a Clínica Médica do hospital durante vinte anos. Ali, há pouca enfermagem para muita gente. O paciente chega com dor, sofrendo, é medicado e duas horas depois, passa pelos corredores, gemendo "Não doutor, não fui atendido ainda!". Havia duas assistentes de enfermagem para atender aquela quantidade de gente. Isso é humanamente impossível e está ocorrendo também em relação aos médicos.

O empresário aloca duas auxiliares de enfermagem. Elas se viram para atender e aí os erros ocorrem. Por que será que se administra vaselina em vez de soro fisiológico? Observa-se o frasquinho e a diferença é o tamanho. Nós, médicos, reconhecemos as normas de segurança. Há cores para diferenciar os vidros. No entanto, a fiscalização não atua e deixa a embalagem com a mesma cor, dando margem a que, se depender da sobrecarga de trabalho, se comentam erros.

Está entrando no mercado de Brasília o Grupo D'Or, um grande conglomerado médico que tem como acionista o Grupo Pactual, que atua fortemente no mercado de ações. O Grupo D'Or já entrou no Rio de Janeiro, em São Paulo, em Recife e agora em Brasília. Comprou o Santa Luzia e o Hospital do Coração. Está querendo comprar a Rede Acreditar, que se compõe de clínicas de oncologia, e o Grupo Medgold, que inclui o Santa Lúcia, o Prontonorte e mais três ou quatro hospitais.

O Sindicato dos Médicos, convocado pelos médicos da cidade, fez uma assembleia e decidiu pela impugnação da compra do Medgold. Não houve ainda a incorporação. No Hospital Santa Luzia e no Hospital do Coração, já se efetivou a operação.

Fortalece-se, então, o modelo hospitalocêntrico, em que os hospitais só trabalham com atendimento em pronto-socorro, não há medicina preventiva.

O presidente da Rede D'Or, em entrevista ao Correio Braziliense, disse que iria trazer qualidade ao implantar nos hospitais de Brasília o modelo *smart track*, que consiste em *check-up* no pronto-socorro. Chega-se ao pronto-socorro, o médico examina e pede uma série de exames, avaliados todos na mesma hora entre eles, tomografia e ressonância magnética. Aumenta-se o custo dos gastos dos planos de saúde e conseqüentemente, a mensalidade.

O atendimento tem metas. Atendem-se duzentos pacientes por semana, internam-se 5% deles. Interna-se paciente sadio? O Grupo D'Or trabalha com isso.



ACADEMIA DE MEDICINA DE BRASÍLIA
Fundada em 18 de outubro de 1989 – CNPJ: 26.443.994/0001-04
Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei nº 4.185,
de 21 de julho de 2008, 120º da República e 49º de Brasília.
Filiada à Federação Brasileira de Academias de Medicina



O economista Cesar Márcio, fundamentou a ação do Sindicato baseado nas expressões *Modus Medicus* e *Modus Business*. O que é *Modus Medicus*? O paciente chega com enxaqueca ao consultório, com história de dor de cabeça há dez anos, fotofobia. Eu sei que ele tem enxaqueca, prescrevo Dramin e Tylenol e o mando para casa. Isso é o *Modus Medicus*, quando eu sei que o doente não precisa de tomografia.

No *Modo Business*, a saúde passa a ser um capital. Sendo um bem capital, eu não prescrevo exame porque é preciso. Prescrevo porque quero fazer dinheiro. Para o cidadão com enxaqueca crônica, em uma clínica exuberante, em vez de medicar, passar um analgésico e deixá-lo ir para casa, peço uma tomografia sem necessidade. É isso que é a prática do Grupo D'Or. Então, se são solicitadas trinta tomografias por mês, a meta do próximo mês será de quarenta e se o médico não alcançar a meta, vai ser substituído. Essa é a prática que estão querendo trazer para Brasília.

Resulta disso a criminalização do ato médico, em que o médico é compelido a solicitar procedimentos desnecessários. Caso contrário, há complicação e vai parar na Justiça. O médico se depara com um judiciário extremamente despreparado, não só aquele que vai denunciar o médico, como quem vai fazer sua defesa.

Agora existem especialistas na área de Responsabilidade Civil Médica, sendo poucos os escritórios de Brasília com experiência.

O Sindicato dos Médicos hoje tem grande experiência porque é o que a gente faz praticamente todo dia.

O judiciário tem mania de indicar o médico perito não pela formação periciosa, mas pela especialidade, o que é um tremendo erro. Está se tentando corrigir agora, com a fusão da Sociedade de Medicina Legal e Perícia Médica pelo Conselho Federal de Medicina. A especialidade agora é Medicina Legal e Perícia Médica.

Já houve duas provas de títulos de especialistas em Medicina Legal e Perícia Médica. A última ocorreu em setembro de 2012, em Fortaleza, no Congresso de Medicina Legal e Perícia Médica, em que fui aprovado por atuar na área há mais de quinze anos. O perito deve entender não só de Medicina, como também de processos e saber o que juiz quer. Não adianta um processo com laudo pericial como se fosse um trabalho científico.

É um desserviço ao judiciário. Então temos que ter médicos peritos preparados. Há uma corrente a qual acha que o perito tem que ser ginecologista, um obstetra, porque houve um problema no parto ou um neurocirurgião, porque houve um problema na cirurgia encefálica. Esse laudo, uma bela peça científica, não serve para nada no processo e, às vezes, complica a vida do médico.

Se não há Assistente Técnico ou se o laudo do perito for mal feito, o juiz vai julgar o único elemento que ele tem para julgar, que é o laudo do perito, até porque ele não tem conhecimento médico. Quando toda essa confusão surge na imprensa, se o médico não tiver uma defesa bem feita, na área pericial, vai haver a condenação antecipada pela imprensa. Quando a imprensa entra no caso, a justiça sai pela janela.



ACADEMIA DE MEDICINA DE BRASÍLIA
Fundada em 18 de outubro de 1989 – CNPJ: 26.443.994/0001-04
Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei nº 4.185,
de 21 de julho de 2008, 120º da República e 49º de Brasília.
Filiada à Federação Brasileira de Academias de Medicina



Ocorre hoje a americanização da Saúde Suplementar no Brasil. O filme SICKO – com Michael Moore – S.O.S Saúde retrata o que ocorre na medicina suplementar nos Estados Unidos. Colegas médicos são contratados exclusivamente para verificar o contrato que o usuário faz com o plano de saúde para ver onde a vírgula foi colocada erradamente e, assim, negar o procedimento, negar a autorização, negar o benefício que ele está comprando.

Há uns três anos, escrevi para a revista do Sindicato dos Médicos, um artigo “O paciente tem culpa”. Nele cobro também que o cidadão tem de exercer sua cidadania. Não basta receber benefícios do Governo. Não é só receber Bolsa Escola, Bolsa Família.

É preciso saber cobrar seus direitos. Tratamos o paciente como coitadinho. O paciente não cobra do Governo a regulamentação decente dos planos de saúde ou caso o plano de saúde não lhe dá assistência. Deixa o problema no colo do médico “Se meu plano de saúde negou a autorização da cirurgia e o caso é grave, o doutor vai ter que resolver”.

O hospital terá que fazer o procedimento sem receber nada? Onde está o cidadão que exerce sua cidadania? Ser cidadão não é só receber favor, como grande parte da nossa população entende, e ficar cada vez mais dependente do clientelismo do Governo.

Cunhamos também esta frase: “Paciente abandonado pelo SUS, desprezado pela Medicina Suplementar”, que é o que está acontecendo.

Na carta de Belém, do último encontro do Conselho Regional de Medicina que circulou pela internet na Academia de Medicina de Brasília com alguns dos itens que compõem a carta, revela a intenção do Governo de reduzir impostos, dar subsídios, em vez de dar recursos públicos para a Saúde Pública, para as operadoras de planos de saúde, conforme anunciado após encontros de representantes do Governo e empresários do setor. Isso demonstra, de forma contraditória, o favorecimento da esfera privada em detrimento da assistência à saúde pública, cujo subfinanciamento é o principal responsável pelo desestruturamento do SUS. No site do Conselho Federal de Medicina, há um *link*, da Comissão de Saúde Suplementar, que faz referência à reunião que a presidente Dilma teve com quatro grandes grupos de operadoras de saúde do País.

No dia 27 de fevereiro deste ano, a Folha de São Paulo publicou uma matéria intitulada “União quer ampliar o acesso a planos de saúde” segundo a qual, a presidente Dilma estaria negociando com empresas do setor privado de saúde “Qualicorp, Bradesco e Amil” medidas de redução de impostos para estimular as operadoras de planos de saúde a oferecerem planos de baixo custo para ampliação da assistência da Saúde Suplementar.

O paciente está sendo abandonado pelo Governo. Edson Bueno, na revista Veja, disse que a Amil, como seguradora norte-americana irá criar plano de saúde para pobre. A matéria está aí para quem quiser ver. Ele declarou que o plano de saúde dele paga muito bem, paga setenta reais a consulta, mas existe plano de saúde que paga trinta ou quarenta reais. Se ele vai criar plano de saúde para pobre, quanto ele vai pagar pela consulta? Dez, cinco reais? Quem vai atender esses pacientes? São os estrangeiros que a Dilma quer importar? São os cubanos? É o pessoal da Andaluzia da Espanha, que o Governo quer que venha sem validação do diploma? A entrada irresponsável de médicos estrangeiros e brasileiros com diplomas de Medicina obtidos no exterior sem sua validação ferem a norma legal e expõe a qualidade de assistência à população a situação de risco.



“Gutemberg, você é contra plano de saúde para pobre?” Eu sou a favor que pobre seja bem atendido no Sistema Público de Saúde. Pobre não tem dinheiro para pagar trezentos, duzentos, cem ou cinquenta reais por uma mensalidade de plano de saúde para ter assistência. Eu gostaria de que Dr. Fausto, em seus comentários, fizesse suas digressões sobre isso. Infelizmente é o que nosso Governo está querendo – destruir integralmente o SUS. Devemos viver segundo o princípio de que saúde é um direito de todos. É constitucional, e o próprio Governo está desrespeitando esse preceito.

Então, senhores, essas considerações eu trouxe à Academia para que possamos refletir por meio dessas conversas e, assim, possam surgir ações eficazes. Agora, vamos passar um vídeo de atendimento em hospital, em pronto-socorro de hospital.

Âncora vídeo. Com espera de até seis horas por atendimento médico, pacientes de *planos* de saúde reclamam que estão pagando para enfrentar filas. Eles se queixam da falta de médicos e dizem que muitos hospitais não têm equipamentos suficientes para fazer atendimento adequado.

Dr. Fausto. Boa noite a todos. Gostaria de inicialmente agradecer a oportunidade de comparecer a este debate, cumprimentar Dr. Gutemberg por sua exposição e tentar, nestes vinte minutos, contextualizar um pouco as questões que ele levantou.

Dr. Gutemberg fez um diagnóstico da situação do setor público e privado no Brasil, bastante extensa, que reflete um pouco da realidade na qual ele milita. O que ficou faltando é termos uma perspectiva histórica desse processo de organização da saúde, tanto público quanto privado no Brasil. Trouxe um pouco da discussão de modelo, extremamente pertinente. Essa discussão da atenção primária na saúde é definitivamente, apesar de todos os esforços e todas as discussões que foram feitas no País até agora, ainda é uma discussão contra-hegemônica.

É claro que o sistema brasileiro tem forte inspiração de organização no modelo norte-americano de prestação de serviços, baseado em procedimentos, nos pagamentos de procedimentos, no qual quanto mais faço, mais ganho. No caso das empresas, quanto menos autoriza, mais economiza e maior é o lucro. No meio disso, como que prensado em um sanduíche, está o beneficiário ou usuário do plano de saúde.

No setor público, apesar dos grandes avanços na organização da atenção primária no Brasil, ainda temos um modelo fortemente centrado na alta complexidade e nos hospitais. O diagnóstico que podemos fazer do setor hoje no Brasil, tanto no privado quanto no público, é que ainda é um modelo baseado na produção de procedimentos. É como se a saúde das pessoas fosse um somatório dos procedimentos que foram realizados.

Isso provoca uma distorção. Na prática médica, ocorrem distorção na organização de sistemas, custos exponenciais e distorção na linha de cuidados ao paciente. Hoje, o doente hipertenso não é tratado do ponto de vista do que poderia tê-lo levado à hipertensão e os cuidados que ele precisa cumprir, ou uma opção secundária ou eventualmente uma intervenção. Ele é fruto de uma sequência de procedimentos que teria feito a qual, no fim, pode culminar com qualquer uma das consequências do processo da hipertensão arterial crônica.

Ao lado desse modelo de organização de sistema, temos ainda, no Brasil, um mercado de produtos médico-hospitalares extremamente forte. Talvez sejamos o segundo maior mercado do mundo em consumo de produtos médico-hospitalares, com expressiva presença da indústria de equipamentos e de fármacos e de produção de materiais. Isso influencia o processo da produção e organização dos serviços de saúde em que a consulta é um troco.



ACADEMIA DE MEDICINA DE BRASÍLIA
Fundada em 18 de outubro de 1989 – CNPJ: 26.443.994/0001-04
Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei nº 4.185,
de 21 de julho de 2008, 120º da República e 49º de Brasília.
Filiada à Federação Brasileira de Academias de Medicina



Conto o caso da Unimed de Fortaleza, em que um colega ortopedista parou de apresentar faturas à Unimed e ao hospital. A Unimed pagava o hospital, mas nunca tinha as faturas do médico. Mas ele continuou apresentando faturas dos materiais utilizados na sala cirúrgica. Chamaram-no para conversar. Ele disse que preencher formulários dava trabalho. Ele ganhava mais com a prescrição das próteses.

Assim, 56% do faturamento dos hospitais privados não é feito pela produção de internações e taxas. É pela comercialização de material e medicamentos. Então, esse sistema é muito mais um intermediário de comercialização, do que um prestador de serviço hospitalar. Nessa cadeia, há um conjunto de vantagens que passa desde o prescritor até quem compra no fim da cadeia.

A atenção, hoje, da saúde passa por um processo de urgência que norteia o funcionamento dos prontos-socorros, UPAs, hospitais. Os consultórios, a organização da atenção em níveis de atenção, primário, secundário, terciário – perdem espaço gradativamente para o pronto-socorro ou a unidade de urgência que assume o papel central. É uma prova de desestruturação do tipo de atendimento influenciado pelo próprio modelo de sociedade, em que as pessoas não têm "tempo" de percorrer processos: ir ao médico, pedir exame, fazer exame em outro lugar.

Ele é capturado por uma lógica de que ele vai ao pronto-socorro e que ali ele vai resolver o conjunto de seus problemas no menor espaço de tempo, com menor deslocamento, fruto típico das grandes cidades e da organização da própria sociedade em que vivemos.

Os serviços de saúde, nem o público nem o privado, não tiveram, até o momento, capacidade de se reorganizarem e oferecer opções a esses processos, que é o funcionamento de unidades em outros momentos, fora do horário comercial. O sistema, além de pouco resolutivo, é muito mais caro, porque ali o paciente vai fazer um conjunto de exames, alguns deles desnecessários. Se voltar dali a três dias, irá fazer todos os exames de novo, porque não registrou no prontuário, não teve acompanhamento. Vai fazer toda a bateria outra vez e possivelmente vai continuar com seu problema não resolvido. Esse tipo de cuidado acaba sendo pouco resolutivo e muito dispendioso para qualquer tipo de sistema. O funcionamento de unidades em prontos-socorros durante 24 horas tem um impacto de custo extremamente elevado para o sistema.

Outra questão é a do financiamento do setor. O setor de saúde no Brasil, do ponto de vista do gasto total com saúde, não é distante de outros países. O Brasil gasta em torno de 9% do seu PIB com a saúde. Agora, como é que esse gasto com saúde é distribuídos no Brasil? Primeiro, é um gasto fortemente privado. O setor público é responsável por 4,6% desse PIB, e quase todo esse recurso é de origem privada. Uma parte importante dos planos de saúde, em torno de 28% do total, e outra parte do imposto direto das pessoas, principalmente com a questão de medicamentos.

Na verdade, apesar de se gastar, do ponto de vista de volume, uma quantidade de recursos relativamente grande, temos um sistema pulverizado, com forte desperdício de recursos e com baixa regulação por parte do Estado, diferentemente da Inglaterra, que tem um sistema organizado. O Estado não consegue, com o conjunto de recursos de que dispõe, responder às principais dificuldades e aos principais problemas da população e da organização dos serviços de saúde no Brasil.

Na perspectiva histórica, temos sinais evidentes de melhoras do sistema de saúde brasileiro, porém ainda muito aquém do que gostaríamos e muito distante de um sistema mais organizado. Mas temos, do ponto de vista dos indicadores de saúde do Brasil, uma melhora extremamente importante, na mortalidade infantil, na expectativa de vida, uma queda importante da mortalidade materna, redução de mortes por doenças crônicas evitáveis e uma intervenção importante na identificação precoce do câncer.

Temos um conjunto de indicadores que mostram que o serviço de saúde brasileiro passou por um processo relevante da atenção primária, apesar de ser ainda insuficiente, com um sistema



de transplantes relativamente organizado, que consegue fazer um conjunto de intervenções importantes. Nós temos uma atenção peculiar às pessoas com HIV.

Temos alguns exemplos importantes de avanços no sistema e do ponto de vista geral, indicadores muito positivos no sistema de saúde brasileiro no campo da atenção e do sistema mais geral. No campo da Saúde Suplementar, também existem avanços relevantes durante o período de quatorze anos da regulamentação e de doze anos da Agência Reguladora. É claro que é uma agência reguladora insuficiente para o tamanho da sua tarefa, do ponto de vista da sua capacidade, do número de servidores, da sua estrutura, mas que tem avanços significativos.

Quero destacar a questão que nos diferencia fortemente dos Estados Unidos e praticamente de quase todos os outros mercados regulares de planos de saúde no mundo –, é o rol mínimo de procedimentos. O sistema norte-americano vende o plano com limitação de procedimentos, com limitação de dias e com exclusão de doenças. Há hoje no Brasil uma lei que proíbe a dose ou limitação quantitativa, que não permite a exclusão de qualquer doença que seja prevista na CID-10. Isso é um avanço muito importante e constitui um dos pilares da reforma do Obama. Significa talvez a diferença que o Edson informou na revista Veja e seja a grande aspiração de operação da United no Brasil.

A grande aspiração da United no Brasil é fazer aqui o que faz com os mais de oitenta milhões de beneficiários nos Estados Unidos. A United sozinha tem mais beneficiários do que todos os planos de saúde no Brasil e essa é a grande expectativa e a grande visão.

Já apresentei parte de um conjunto de propostas para a Presidente com reação da sociedade, das entidades médicas, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, do conjunto de organizações sociais. Essas manifestações são absolutamente legítimas e devidas. Penso que todas as medidas em defesa do SUS, do Sistema que construímos, ou estamos construindo, que tem muitas mazelas e muitos problemas, mas que sem dúvida nenhuma, é um fator de inclusão social extremamente importante no Brasil.

Quero dizer aos senhores que não existem medidas, não existe redução de imposto, não existem subsídios adicionais ao mercado de planos, além do que já temos, que é a tal da renúncia fiscal em que todos podem abater do imposto de renda sem nenhum tipo de limite seus gastos com o plano de saúde.

Além dessas medidas que já existem no Brasil, não existe nenhuma outra medida que o Governo esteja implementando para fomentar o setor de saúde suplementar. É verdade que as reuniões existiram, não foram reuniões escondidas, todas constavam na agenda oficial da Presidente. Não existe nenhuma atitude do Governo no sentido de favorecer a expansão dos chamados planos de baixo custo ou autorizar subsegmentação, que é a formatação dos planos com exclusão. Posso garantir aos senhores que isso não está em estudo no Governo.

O setor empresarial vai continuar em sua luta de pressionar desde a época da regulamentação dos planos, na década de 90, em que os setores de saúde suplementar se mobilizaram fortemente para que não existisse um valor mínimo de procedimentos na Lei. O CFM, as entidades médicas na época e os órgãos de defesa ao consumidor se mobilizaram para que existisse um valor mínimo de procedimentos. Então, isso significa que eles não abandonaram essa luta.

Por outro lado, não vai existir nenhum tipo de flexibilização de regras para permitir o chamado plano segmentado, plano desenhado ou plano formatado para a necessidade da população, que é um pouco da expressão do filme do SICKO, que mostra muito isso, pessoas que tem um limite de renda anual de até trinta mil dólares são aceitas. Com 30 mil e 10 centavos de renda, a pessoa está fora. Essa é a lógica. Passados dez dias de UTI a que tem direito, no 11.º estará



fora, qualquer seja a situação em que esse paciente esteja. Mas a legislação brasileira não permite essa atitude em nosso país.

Continuamos a ter problemas com empresas que oferecem produtos de baixa qualidade. Existe um conjunto de Unimed's no Brasil muito pequenas, com baixa capacidade de operação, e muitas medicinas de grupo também nessa situação, e isso é um trabalho que vem progredindo. Não se pode retirar todas elas do mercado ao mesmo tempo, sob pena de se criar problemas na assistência desse conjunto de credenciados. Mas elas vêm sendo sistematicamente monitoradas, com exigência de melhor desempenho, com suspensão de planos quando não cumprem os prazos estabelecidos pela Agência Reguladora.

Ainda estamos longe de termos um sistema, tanto público quanto privado, como gostaríamos de ter. Os senhores podem ter certeza que os técnicos da Agência Reguladora e especialistas concursados são em número absolutamente insuficiente para o tamanho da sua responsabilidade, mas estão lutando cotidianamente para inverter esse quadro. Sabemos que não será de forma muito rápida, nem imediata.

Precisamos de mais recursos para a saúde, precisamos de mais recursos públicos, que são claramente insuficientes. Na parte da assistência, a Saúde Suplementar tem três vezes mais *per capita* do que o SUS tem hoje, no Brasil, para fazer essa assistência. Há uma diferença grande e muita coisa sido feita, mas ainda temos um caminho muito longo para percorrer.

Essas eram as questões que gostaria de trazer e colocar em debate. Obrigado.

Participação do Auditório

Acad. Dra Janice Magalhães. Então vamos abrir nosso debate.

Acad. Dr Casulari. Eu queria cumprimentar os membros da nossa Academia, mais uma vez propiciando uma excelente discussão sobre um assunto muito importante com pessoas que entendem de saúde no Brasil, o Gutemberg, com toda a capacitação dele e o Dr. Fausto, que falou agora.

§Já se discutiu muito a respeito da Agência Nacional de Saúde Suplementar, mas os dois últimos médicos que foram colocados lá, um deles o Dr. Leandro Reis Tavares, foi chefe médico da Amil de Niterói. O outro, Dr. Mauricio, era um preposto do pessoal da Amil. Ele trabalhou no Qualicorp e na Medial Saúde. Isso foi colhido no *site* da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Esses dois médicos são profissionais que estão defendendo interesses escusos de amigos. Isso passou pelo Congresso Nacional e nossos colegas médicos não fizeram absolutamente nada e os dois foram nomeados pelo presidente da República.

É hora de nós, médicos, exigirmos ou o Conselho Federal de Medicina, ou algum deputado ou líder comprometido com a medicina – exigir que esses profissionais nomeados para Agência Nacional tivessem de responder a acusações de conflitos de interesses.

Acad. Dr. Leonardo Lima. Gostei da palestra do Gutemberg e concordo plenamente com a maior parte do que foi falado. É a realidade que se vive em Brasília. Gostei dos comentários do Dr. Fausto, mas gostaria de fazer comentários.

O Brasil não aplica 9% do PIB de maneira alguma. O setor público aplica muito pouco. Eu vivenciei experiências na França e Estados Unidos. O comentado United, equivale a pelo menos 20% do PIB americano em gasto com a saúde. O conhecimento da realidade estrangeira não permite esse tipo de afirmação. A realidade é que lá fora, se somarmos plano de saúde e Governo, facilmente resultarão 15%, 20% ou 30% do PIB aplicados em saúde no mundo moderno. Essa é a realidade.



Em resposta ao Dr. Fausto, digo que precisamos de mais dinheiro para a saúde, para sanar parte dos problemas evidenciados. A resposta está aí, o básico. Copiem os países que conseguem uma saúde melhor.

Não há jeito de gerenciar melhor a saúde com pouco investimento na mesa. Eu gostaria que fosse reconsiderado o exposto pelo Dr. Fausto porque nós precisamos realmente de uma saúde de melhor qualidade e isso implica mais dinheiro e mais controle. A ANS está de parabéns, em parte porque venho acompanhando esses avanços, mas é evidente que nosso controle está muito aquém da necessidade real e é isso que nós acadêmicos debatemos e tentamos – trazer soluções.

Dr. Rui Nogueira. Toda a minha vida está centrada em trabalhar como médico de família. O SUS é uma luta extraordinária que não é do Governo e nem de partidos políticos. É uma luta de idealistas, uma luta de associações, uma luta de sindicatos e o SUS está sendo comido pelas beiradas.

Fui trabalhar um período no interior. É uma tristeza o que estão fazendo com os médicos no interior. Médico de família é a chave politicamente correta para partidos políticos conseguirem votos. Trabalha-se oito horas por dia e existem filas e mais filas de doentes para serem atendidos. Querem que o médico atenda. Mas não querem resolubilidade, querem números.

A UPA é usada para o proselitismo do Governador do Estado atuar no município se o município tem um partido que não é o dele. O Ministério da Saúde deveria definir como deveria ser pago o médico do PSF e do SUS, porque eles falam uma coisa, mas, em realidade, fazem outra. Os prefeitos não assinam contratos, se assinam, não cumprem e, se não gostam da cara do doutor, ele não atinge o número de atendimento necessário.

Em relação ao salário é uma mentira o que a mídia anuncia ser de vinte a trinta mil reais. Recebemos entre oito e nove mil reais. Para fazer plantão eles são muito camaradas. O médico assina um contrato de quarenta horas e só trabalha vinte. Mas terá que completar com plantões. É o negócio da urgencialização. É aquele sistema norte-americano: interessa o número de atendimentos. O resto não interessa. O médico tem que dar plantão. Se recusar, ele vai embora na mesma hora, como fizeram comigo! Porque eu examinava, instituí o tratamento e acompanhava.

Secretário de Saúde no Brasil afora é mulher do prefeito, cunhada do prefeito, amante de um Secretário. Secretário de Saúde hoje é o elemento mais incapaz que existe dentro dos pequenos municípios.

O remédio vem, e a Prefeitura declara que não tem o remédio, mas o vereador X tem. O remédio, em lugar de ir para o consultório, em vez de ir para a Prefeitura para ser entregue aos doentes que estão precisando, vai para a casa do vereador.

Encaminhamento é uma indústria terrível entre os municípios. R\$1,20, R\$1,30 R\$1,50 por quilômetro – e é uma beleza! “Prefeito, minha mãe está passando mal!” “Meu companheiro, não se preocupe. Mário, pegue a mãe aqui do nosso correligionário e leve ao hospital Distrital e só sai de lá quando ela for vista.” Ganha-se, assim, gratidão e voto. É algo para refletir.

Acho que nós devíamos dar um prêmio a quem *bolou* o *marketing* da obtenção da pressão sanguínea de 12 por 8. Hoje, em conversa com um colega cardiologista, fiz um convite – “Você vai vir ao lugar onde estou trabalhando e almoçar comigo. O cardápio será formidável – arroz, feijão, depois furosemda...” Anteontem eu vi uma receita de dezesseis medicamentos. Há pouco tempo, atendi uma paciente que tomava dez medicamentos. Cinco deles eram anti-hipertensivos. A medicalização está violenta.



ACADEMIA DE MEDICINA DE BRASÍLIA
Fundada em 18 de outubro de 1989 – CNPJ: 26.443.994/0001-04
Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei nº 4.185,
de 21 de julho de 2008, 120º da República e 49º de Brasília.
Filiada à Federação Brasileira de Academias de Medicina



Em todo o sistema, há o empenho dos grandes laboratórios que dominam os meios de comunicação para multiplicar as pessoas capazes de receitar. Eles querem aumentar o número dessas pessoas. O médico faz a receita e diz ao cliente o que ele vai consumir. Todos são aprendizes de feiticeiro, querendo receitar.

E o tal do remédio contínuo? Receitas de medicamentos para usar por quatro, cinco, seis meses. Isso é uma situação terrível, porque não há promoção da saúde.

Eu gostaria de que o nobre Ministério da Saúde desse uma olhadinha nos municípios que têm metas de vacinação de 134, de 120 – porque se anotam duas vezes. Anotam na rotina e anotam na campanha. Deem uma olhadinha no problema, precisamos ter uma comissão de alto nível para discutir programa de vacina.

Há vinte e dois anos não há pólio no Brasil. Mas, para aqui, trazem vacina velha, importada, norte-americana, para espetar nas nádegas dos meninos, contra pólio. Isso é um grande negócio para os laboratórios, mas não para os doentes.

Obrigado e nos desculpem pelo desabafo.

Dr. Antônio José dos Santos. Sou Diretor de Formação Profissional e Residência Médica e diretor do nosso sindicato.

O financiamento da saúde pública do Brasil é pífio. O Governo quebrou lanças para impedir a aplicação da taxa de 10% da receita corrente bruta, o que está levando à perda de setenta bilhões de reais em médio e longo prazo. Pior do que isso, não tem coragem de investir em uma carreira nacional, com segurança profissional e condições de trabalho, com piso salarial decente.

Está investindo em um programa que leva médicos jovens e despreparados para o interior do Brasil, que lá não vão ficar, vão permanecer no máximo dois anos. Recebem 10% de bônus ao fazer provas de residência médica. Já é certeza absoluta que a pessoa vai, mas sem fazer vínculo, porque ela vai receber 10% de bônus para fazer sua prova de residência para cada ano do programa, até dois anos.

Também, estatisticamente, já está aprovado que esses bônus modificam qualquer concurso de residência no Brasil. Esse programa não resolve e ainda destrói nossa esperança de haver uma carreira nacional.

Estamos com o movimento Saúde Mais 10, que foi lançado pela Associação Médica Brasileira e acolhido por outras entidades médicas. É preciso obter mais de doze milhões de assinaturas para mudar esse panorama.

Se os Estados têm que usar 12% e os Municípios 15%, nada mais justo que o Governo Federal aplique sua cota proporcionalmente de 10% para fazer uma saúde pública de boa qualidade.

Não se fez a saúde suplementar para substituir a responsabilidade do Governo. Há que se fazer um sistema único exemplar, copiado no mundo inteiro pela sua qualidade de concepção em que a saúde é direito de todos e garantida pelo Governo.

Nosso PIB não tem crescimento. Estagnamos a verba da saúde. Se, por acaso, for verdade a afirmação de que temos 9% do PIB investidos na saúde brasileira, certamente esse dinheiro não sai dos cofres públicos.

Eu quero chamar a todos aqui presentes para fazer uma cruzada: defender uma carreira nacional para o Sistema Único de Saúde, com concurso público, estabilidade, segurança



ACADEMIA DE MEDICINA DE BRASÍLIA
Fundada em 18 de outubro de 1989 – CNPJ: 26.443.994/0001-04
Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei nº 4.185,
de 21 de julho de 2008, 120º da República e 49º de Brasília.
Filiada à Federação Brasileira de Academias de Medicina



profissional e qualidade para que se possa trabalhar aos moldes de outras carreiras como a dos militares e as da Justiça.

Qualquer médico que se forme em qualquer lugar do mundo e queira trabalhar no Brasil será muito bem-vindo, desde que se submeta a um processo de qualificação, mostre conhecimentos e conheça a língua brasileira e o Sistema Único de Saúde.

Dr. Emmanuel Cícero. Boa noite a todos. Trabalho com tecnologia, e a tecnologia é importante, não só no diagnóstico precoce das doenças, como no tratamento, desde que usada com bom senso. Mas o que temos visto como médicos do Sindicato, nas visitas semanais a diversas unidades de saúde no Distrito Federal, é uma fila imensa de pacientes desassistidos, médicos trabalhando em condições insalubres, com falta de material, de segurança, de equipamentos e pacientes reclamando.

Existe um grande paradoxo: de um lado, temos uma medicina sofisticada e, do outro, filas imensas nos prontos-socorros e nas UPAs. Na verdade, não se precisa de tanto recurso para atender esses pacientes. Precisa-se de médicos bem formados, com tempo suficiente para ouvir o doente, examiná-lo e explicar a ele o resultado do exame médico. Mas, o que está acontecendo? Está se perdendo a relação médico-paciente. Consequências disso: processos judiciais e medicina defensiva. O que se faz? Tome exames complementares, exames e mais exames. Então, a medicina se torna inviável.

Dr. Cid Carvalhaes. Eu peço ordens para poder falar. Gostaria de cumprimentar Dra. Janice, Dr. Gutemberg, saudar Dr. Fausto, cumprimentar os acadêmicos do Brasil e trazer o respeito da Academia de São Paulo. Quero fazer algumas considerações.

Sem dúvida nenhuma, o estado da saúde no Brasil é caótico, é extremamente complexo. Partimos do ponto essencial de que nos falta uma política de Estado para a saúde. Faltando tal política, todas as outras posições acabam sendo atropeladas decorrentes do vício de origem essencial de nascimento. Vamos enfrentar algumas dificuldades em relação ao financiamento.

O argumento do Sr. Ministro da Saúde, quando encaminhou favoravelmente a votação da regulamentação de venda de títulos ao Congresso Nacional relatou que o orçamento de 2010 com prática para 2011 havia déficit orçamentário de 45 bilhões de reais dentro do Ministério da Saúde.

Outro aspecto de relevância é que a capacidade instalada é extremamente complexa, difícil, e está sucateada de norte a sul no País. Não temos um processo devidamente direcionado em um planejamento das ações. É verdade que sobressaem a medicina preventiva e a saúde coletiva. Mas a saúde individual peca por falta de planejamento.

Criamos uma dificuldade enorme no atendimento básico da saúde, que é precário e tentamos conseguir minimizar, criando unidades de pronto atendimento que, em realidade, representam o que eu chamo de antessala do IML com luz acesa. Realmente terrível.

Temos uma política de recursos humanos deplorável. Vou falar da minha cidade. Eu me sinto muito mais à vontade para falar sobre seus problemas. O salário base de admissão à Prefeitura de São Paulo – que tem hoje o orçamento da saúde na casa de oito bilhões de reais, orçamento maior do que alguns estados da federação – é de R\$1.273,00 por uma jornada de vinte horas de trabalho. O Governo do Estado lançou um projeto de carreira de Estado para o médico, e o Hospital das Clínicas de São Paulo publicou um edital abrindo as inscrições para concurso médico. O salário inicial no Hospital das Clínicas, da Universidade de São Paulo, para vinte horas semanais é de R\$1.900,00. Diante de uma situação caótica dessa ordem, ou enfrentamos o problema sem arremedios de solução ou vamos aprofundar o caos.



ACADEMIA DE MEDICINA DE BRASÍLIA
Fundada em 18 de outubro de 1989 – CNPJ: 26.443.994/0001-04
Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei nº 4.185,
de 21 de julho de 2008, 120º da República e 49º de Brasília.
Filiada à Federação Brasileira de Academias de Medicina



Quando falamos em número de médicos no País, não focamos que, segundo alguns dados da enfermagem, faltam cerca de trezentos mil enfermeiros e técnicos de enfermagem no País. Como se médico fosse panaceia, retirado bem no centro do Olimpo, onde os deuses vão benzer os médicos e teremos a condição de resolver tudo, como se fôssemos partes potentes, que resolvêssemos tudo, de todas as formas, de todas as maneiras. As políticas de recursos humanos devem incluir desde o agente da segurança na porta da unidade de atendimento até o médico, que é um líder e, naturalmente, o coordenador da equipe de saúde.

Para finalizar, as academias representam indiscutivelmente o peso essencial de fomentar ideias. Lanço aqui, para provocação, que as academias brasileiras, nosso querido Presidente Dr. Saraiva, comecem a despertar para esse aspecto essencial que é uma política pública, de estado para a saúde, que de fato coordene todos esses aspectos. Muito obrigado pela oportunidade.

Dra Maria Sucupira. Dr. Posso só dizer uma frase? É o seguinte, eu não gosto de futebol, mas a maioria aqui gosta. Se estabelecêssemos uma prioridade neste país para educação, eu garanto que não se iria gastar bilhões para se construir elefantes brancos como o de 1,5 bilhão gasto neste estádio de futebol. Cada vez que passo por lá, tenho raiva.

O dinheiro foi retirado da saúde, da educação e da segurança, para colocar vinte e dois vagabundos, dos mais bem pagos do Brasil, para o pessoal ficar na plateia, em casa, enfartando de raiva porque seu time não ganhou. Precisa-se estabelecer prioridades neste país. Não podemos continuar ganhando mil e poucos reais.

Eu sou aposentada do Ministério da Saúde, fiz estudo de carreira universitária. Meu salário, se eu mostrar aos colegas com quem trabalhei, vão dizer que sou débil mental. Eu não ganho cinco mil reais por mês. Isso é uma vergonha.

Dr. Fausto. Volto a comungar de um conjunto de diagnósticos que estão sendo feitos a respeito do Sistema de Saúde Brasileiro. Só que não se pode perder a perspectiva histórica sob pena de irmos para a questão do desalento.

Tivemos uma diminuição no orçamento. Temos uma grande polêmica na Câmara, alusiva ao que é gasto com serviços de saúde. O que a Câmara acabou entendendo, com a Assessoria Legislativa da Câmara, com o apoio do Tribunal de Contas, é que um conjunto de gastos que foram realizados o ano passado, como gasto de saúde, esse ano não contabilizou. Mas, o orçamento do Ministério da Saúde este ano é maior, corrigido pelo PIB e corrigido pela inflação.

O Brasil gasta 9% do PIB com saúde, mas a menor quantidade desse gasto é público, na organização do sistema.

O grande dispêndio do setor de saúde no Brasil é privado, ou seja, metade é gasta com planos de saúde e a outra metade é com desembolso direto das famílias, do que resulta um sistema extremamente desorganizado. É um gasto relativamente alto, se formos pensar no tamanho do PIB brasileiro, mas altamente desorganizado e com baixo impacto no sistema. Diferentemente da Inglaterra, que gasta 11%, quase 12% do PIB, mas 86% do gasto é público. Então é muito diferente. Isso dá um impacto para os ingleses certamente muito diferente. Quando se fala de 6,5 a 8% do PIB, fala-se de gasto público, porque se for gasto geral, vai criar um sistema com forte iniquidade. Quem tem dinheiro será mais bem atendido e terá acesso a uma boa qualidade de sistema de saúde. Isso acarreta um sistema muito iniquo e contraditório com os princípios constitucionais brasileiros.

Agradeço ao doutor, quando se referiu aos diretores da ANS, quanto a eventual conflito de interesses – nem me citou e nem ao André, que é o atual presidente. Eu me salvei. Realmente, eu concordo com o senhor. Não quer dizer que quem já trabalhou em setor privado tenha arcado com uma demonização, mas sem dúvida, ocorre um conjunto de indefinições sobre



ACADEMIA DE MEDICINA DE BRASÍLIA
Fundada em 18 de outubro de 1989 – CNPJ: 26.443.994/0001-04
Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei nº 4.185,
de 21 de julho de 2008, 120º da República e 49º de Brasília.
Filiada à Federação Brasileira de Academias de Medicina



quem está regulando o setor. Dr. André, que é o atual presidente, é de origem do movimento médico, foi do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco, estava no colegiado do Conselho Nacional de Medicina como suplente, tem uma longa trajetória de militância médica e foi recém-empossado como Presidente Efetivo da ANS. Nós temos muitas expectativas do trabalho que Dr. André vai fazer à frente da ANS.

O que fazer para solucionar? Temos muitas discussões em andamento, de organização de serviços, das redes de assistência, para desenvolver maior funcionamento do sistema. Mas temos um conjunto de problemas, que os senhores mesmos relataram, entre eles essa questão das mazelas da política local, na sucessão de prefeitos. Tivemos problemas gravíssimos, de demissão de equipes inteiras, uma renovação absurda, interrupção de projetos.

É preciso se construir, no Brasil, uma lei de responsabilidade sanitária. É fundamental que tenhamos um modelo de responsabilidade sanitária, e que essas pessoas se tornem inelegíveis, que elas tenham punições exemplares para esse tipo de política ou dessa falta de política. Eu acho que uma lei de Responsabilidade Sanitária seria extremamente importante para que houvesse maior continuidade das ações e dos serviços de saúde no Brasil e fugir dessa descontinuidade administrativa.

No Brasil, as descontinuidades administrativas ocorrem de dois em dois anos; de quatro em quatro entre os prefeitos; de dois em dois anos, a de Governador; depois a de Presidente. É claro que a questão da Democracia, da participação do voto e do direcionamento das políticas é extremamente importante, mas é preciso que as políticas tenham um mínimo de estabilidade para que possam ter repercussão na saúde da população.

Além do déficit do financiamento do sistema, aqueles números que o Ministro apresentou na discussão de R\$45 bilhões é para aproximarmos um pouco do que é o gasto chileno e, proporcionalmente, do que é o gasto argentino com a questão da saúde. Estamos, do ponto de vista público, ainda muito distantes, reflexo do desfinanciamento, como também reflexo de planejamento de muito curto prazo.

Estamos sem mapeamento da capacidade instalada no Brasil, público e privado. As operadoras de planos de saúde vendem muito plano e não têm capacidade instalada para entregar o produto que vendeu. Não têm capacidade própria nem mesmo para contratar, e isso tem causado um conjunto de problemas no setor público, com a questão do desfinanciamento, da dificuldade de pagamento das instituições filantrópicas e empresas privadas que eram contratadas ao SUS.

Tivemos um processo de segmentação muito importante. Hoje, o setor privado contratado é responsável por menos de 13% das internações no País e já foi responsável por mais de 40%. O setor filantrópico, com isso, cresceu sua participação. O setor público também cresceu e o setor privado fez um giro para a saúde suplementar. O setor privado é também chamado setor privado lucrativo. Mas hoje temos problemas graves de capacidade instalada no conjunto do sistema e poucos investimentos, poucos projetos importantes em andamento, neste momento no Brasil, do ponto de vista de capacidade instalada. A não ser alguns grandes hospitais, há pouco investimento público, assim como privado, do ponto de vista de melhorias da capacidade instalada e de reposta.

Do ponto de vista da atenção básica, como última questão que vou abordar, estamos fazendo um investimento grande com o Governo Federal, seja na construção de novas unidades, seja na adequação de novas unidades básicas, as UBS, com a resolução 150 da Anvisa, que define um padrão mínimo, seja de reforma, seja de ampliação. A determinação da Presidente é que tenhamos uma reformulação completa até o término de 2014, uma reformulação extremamente importante na capacidade instalada das unidades básicas precárias e improvisadas que ainda temos espalhadas pelo País.



ACADEMIA DE MEDICINA DE BRASÍLIA
Fundada em 18 de outubro de 1989 – CNPJ: 26.443.994/0001-04
Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei nº 4.185,
de 21 de julho de 2008, 120º da República e 49º de Brasília.
Filiada à Federação Brasileira de Academias de Medicina



É o prefeito que tem o recurso, mas não o usa. Ele o toma e não faz. Ele atrasa e não licita. Ele fica com o recurso, vai para o Tribunal de Contas. Quer dizer, ele faz um ritual burocrático e ao fim, o usuário não tem acesso àquele, e o profissional tem que trabalhar em condições inadequadas.

A questão do trabalho médico e das iniciativas para ampliar o acesso à população à atenção, especialmente a atenção primária do Brasil, ninguém tem a expectativa de que nós vamos resolver o problema com uma solução mágica. Seja o Programa de Valorização do Profissional de Assistência Básica – Provacab, seja a possibilidade de médicos estrangeiros, de Portugal ou Espanha, poderem vir trabalhar no Brasil. Ninguém tem expectativas de que elas sejam, por si, salvadoras da pátria.

Também não é possível assistirmos sem iniciativas parte da população brasileira não ter acesso a serviços de saúde. Sabemos que nenhuma delas é definidora, mas o conjunto delas pode ter impacto positivo. Temos propostas, muitas vezes, controversas. Temos feitas numerosas rodadas de discussão com as entidades médicas. Estamos dispostos a fazer todas as discussões que forem necessárias no sentido de aprimorar esse conjunto de políticas, de corrigir eventuais distorções que esses processos possam trazer.

Precisa-se buscar opções para construir o Sistema de Saúde no Brasil que passou pelo financiamento, mas também passou pela questão da gestão. Não é a discussão do ovo e da galinha. Ninguém faz boa gestão sem dinheiro. Nós temos ainda uma tarefa importante para a melhoria de gestão. As questões que os senhores relataram aqui mostram isso. Isso no setor privado também, não só no setor público.

O setor privado brasileiro também é ineficiente e faz política de curto prazo. Como uma operadora paga um hospital, quando 56% do ganho do hospital é taxa? Por que ela, que é grande pagadora, faz isso? Ela não sabe? Todo o mundo sabe disso. E por que ela o faz? Ela o faz por uma série de motivos. Por ineficiência, porque de outra forma é muito mais difícil, porque ela tem que sair da sua área de comodidade, ela tem que sair desse papel de intermediadora econômica para o papel de gestão muito mais apurado.

Então acho que o setor privado também tem grande espaço para melhorias e é dever nosso, tanto regular, do ponto de vista do Estado, como é dever das entidades e de todos nós, que militamos na área da saúde, exigir mais qualidade e melhor desempenho nesse setor, que eu volto a dizer, tem um *per capita* só para assistência três vezes maior do que o *per capita* do SUS.

Em relação à pólio, sou um dos últimos casos da pólio, eu sou da década de 60. O Ministério não tomou essa atitude sem haver nenhuma base científica. Há um conjunto de estudos, mas também há muita controvérsia. Não foi uma decisão simples. Mas há vários estudos que demonstram que a vacina injetável é muito mais eficaz que a vacina oral. Mas eu mesmo tenho dúvidas e confesso, como sanitarista, se esse é o momento de fazer esse tipo de inflexão, sabendo que existem casos de pólio no mundo.

Eu fiquei muito preocupado com essa mudança. Acho que talvez tenha sido um pouco precipitada, diante, principalmente do processo de globalização do mundo. Uma coisa é discutir epidemia de pólio há vinte anos, quando o mundo já se locomovia de avião, mas em velocidade muito menor. Hoje, com a interação e com o trânsito das pessoas em todo o mundo, confesso que fiquei um pouco preocupado com essa mudança de forma de vacinação.

Mais uma vez, obrigado pela oportunidade e me coloco à disposição da Academia.

Dr. Gutemberg. Só queria fazer um comentário a respeito da gestão anterior da ANS mencionada pelo Dr. Fausto. Tivemos, no ano passado, uma audiência pública no Senado em que Maurício fez apologia da medicina suplementar como alternativa ao SUS. O presidente da



ACADEMIA DE MEDICINA DE BRASÍLIA
Fundada em 18 de outubro de 1989 – CNPJ: 26.443.994/0001-04
Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei nº 4.185,
de 21 de julho de 2008, 120º da República e 49º de Brasília.
Filiada à Federação Brasileira de Academias de Medicina



Agência Nacional de Saúde discursa em audiência pública no Senado e teve a audácia de afirmar que a medicina suplementar é uma alternativa ao SUS.

O segundo aspecto é a questão das rentabilidades médicas. Não bastam pessoas interessadas, é preciso haver compromisso e nós não vimos isso até agora. A entrevista que o Dr. André Longo deu ao jornal do Sindicato da Bahia, em momento algum, indicou compromisso em implantar na ANS as demandas do movimento sindical. Pelo contrário, ele fez apologia à política de governo da ANS. Uma questão da contratualização de hospitais e plano de saúde com criação de pacotes. Ele foi favorável à criação desses pacotes, incluindo-se os honorários médicos entre hospitais e operadoras de saúde, sem a participação do movimento médico. Quando descobriu esse fato, resolveu suspender o processo e chamar os representantes das entidades médicas para discutir a questão dos honorários médicos. Então, mais uma vez, não é uma questão de pessoa, é uma questão de compromisso.

Muito obrigado.