



Propostas para o futuro  
da saúde no Brasil:  
**COMO CRIAR CAMINHOS  
DE ACESSIBILIDADE,  
IGUALDADE E  
MODERNIDADE**

---

## **Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados.**

### **Conselho de Administração**

Presidente: Eduardo Amaro | H. e Maternidade Santa Joana (SP)  
Vice-presidente: Henrique Neves | H. Israelita Albert Einstein (SP)  
Fernando Ganem | Hospital Sírio-Libanês (SP)  
Fernando Torelly | HCor (SP)  
Henrique Moraes Salvador | Hospital Mater Dei (MG)  
Mohamed Parrini | Hospital Moinhos de Vento (RS)  
Paulo Junqueira Moll | Hospital Memorial São José (PE)  
Rafael Borsoi Leal | Hospital Santa Lúcia (DF)  
Romeu Côrtes Domingues | Hospital São Lucas (RJ)

### **Conselho Fiscal**

Antonio Alves Benjamin Neto | Hospital Meridional (ES)  
Dario A. Ferreira Neto | Hospital Edmundo Vasconcelos (SP)  
Hilton Roesse Mancio | Hospital Tacchini (RS)

### **Suplente**

Eduardo Queiroz Jr. | Hospital Santa Izabel – Santa Casa da Bahia (BA)

### **Conselho de Ética**

José Antonio de Lima  
José Henrique Germann Ferreira  
Reynaldo Brandt

---

### **Redação**

#### **Entrevistas**

Débora Álvares  
Karina Pastore

#### **Texto**

Karina Pastore

#### **Edição**

Antônio Britto  
Evelyn Tiburzio  
Helena Capraro

### **Coordenação**

Laura Diniz  
Laura Ming

#### **Assistente de Coordenação**

Sophia Preto

#### **Direção de Arte**

Andrea Bacellar

#### **Fotos**

Shutterstock

---

## **Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados**

Rua Cincinato Braga, 37 – 3º andar – São Paulo – SP  
**www.anahp.com.br – 11 3178-7444**

**Julho/2022**

---

|                                                                          |            |
|--------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Carta do presidente .....</b>                                         | <b>4</b>   |
| <b>Os corredores estreitos do<br/>debate sobre saúde no Brasil .....</b> | <b>6</b>   |
| <b>Entrevistados .....</b>                                               | <b>11</b>  |
| <b>Capítulo 1. ....</b>                                                  | <b>17</b>  |
| <b>SUS: tão importante quanto frágil</b>                                 |            |
| <b>Capítulo 2. ....</b>                                                  | <b>34</b>  |
| <b>Qualidade e eficiência na saúde</b>                                   |            |
| <b>Capítulo 3. ....</b>                                                  | <b>52</b>  |
| <b>Pouca inovação, muita dependência</b>                                 |            |
| <b>Capítulo 4. ....</b>                                                  | <b>92</b>  |
| <b>Sobram ou faltam profissionais da saúde?</b>                          |            |
| <b>Capítulo 5. ....</b>                                                  | <b>113</b> |
| <b>Sobram informações, faltam indicadores</b>                            |            |
| <b>Capítulo 6. ....</b>                                                  | <b>127</b> |
| <b>A legislação e a regulação estão cumprindo com seu papel?</b>         |            |
| <b>Capítulo 7. ....</b>                                                  | <b>145</b> |
| <b>Saúde suplementar</b>                                                 |            |

## Carta do presidente

**A** Anahp - Associação Nacional de Hospitais Privados - entidade que congrega os principais hospitais privados de excelência do país - foi constituída em 2001 para defender os interesses e necessidades do setor, bem como expandir as melhorias alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da Saúde Suplementar, favorecendo assim todos os brasileiros. E com esse propósito, a Associação vem desempenhando seu papel em várias frentes e desenvolvendo iniciativas nos âmbitos técnico, político e social.

Em 2015, a partir de uma visão macropolítica, econômica e social e buscando a essência de um modelo de saúde que pudesse contribuir para a sociedade brasileira, com foco no cidadão usuário do sistema de saúde, a Anahp lançou o Livro Branco: Brasil Saúde 2015, fruto de extensa análise do sistema de saúde brasileiro e de experiências mundiais. O documento apresenta propostas para o aprimoramento da atenção à saúde e da atuação integrada entre os setores público e privado, visando uma assistência com maior qualidade e eficiência.

Em 2019, entendendo que as propostas do Livro Branco permaneciam atuais, a entidade revisitou o documento e, em parceria com a Universidade de Erasmus, na Holanda, traduziu na prática as propostas efetivamente aplicadas ao sistema de saúde. Foram incorporadas à publicação como deveriam ser as jornadas de três pacientes com diferentes condições clínicas, sociais e mentais, no sistema de saúde ideal. Esta reedição foi denominada: "Livro Branco: Brasil Saúde 2019 | Saúde & Cuidados do Amanhã".

Em 2022, pleno ano eleitoral no Brasil, revisitando as propostas do Livro Branco, lamentavelmente percebemos que pouca ou quase nenhuma evolução se concretizou em sete anos. E para piorar a situação, vivemos em 2020 e 2021 uma pandemia sem precedentes, que expôs as fragilidades e colapsou os sistemas de saúde no mundo todo. Foram quase 700 mil vidas perdidas só no País.

Desta vez, nosso objetivo como associação não será atualizar as propostas do Livro Branco, já que elas permanecem atuais, mas sim trazer elementos que ajudem os nossos governantes a identificarem de forma muito objetiva as necessidades e carências mais urgentes para o agora.

Com o mote “2022: o ano de ouvir a saúde”, a Anahp estabelece uma linha de ações e entregas que têm o objetivo de trazer para o debate político e social a importância do debate sobre melhorias para o sistema de saúde e seus players.

Para este suplemento, em parceria com o importante portal de informações JOTA, trouxemos propostas de mais de 50 nomes de especialistas notórios do setor, que estão organizadas pelos eixos: “SUS: tão importante quanto frágil”, “Pouca inovação, muita dependência”, “Qualidade e eficiência na saúde”, “Pouca inovação, muita dependência”, “Sobram ou faltam profissionais da saúde?”, “A legislação e a regulação estão cumprindo com seu papel?” e “saúde suplementar”.

O desejo é que este conteúdo, juntamente com o “Livro Branco: Brasil Saúde 2019 | Saúde & Cuidados do Amanhã” (versão mais atual do paper) possam contribuir para a reflexão e melhorias concretas da saúde dos brasileiros.

**Eduardo Amaro**, presidente do  
Conselho de Administração da Anahp.

## Os corredores estreitos do debate sobre saúde no Brasil

**U**m paradoxo que prejudica a todos nós, brasileiros. O debate sobre saúde não consegue se libertar dos corredores estreitos a que foi condenado no Brasil por mais decisivo que seja para o nosso futuro.

Ideologizado, carrega preconceitos recíprocos entre os setores público e privado. Infantilizado pelo populismo e pela demagogia, perde a noção da própria natureza técnica e científica. Partidarizado, persegue soluções mágicas de curto prazo e abandona, assim, a única fórmula para ter sucesso - consistência e continuidade ao longo do tempo com políticas de Estado. Segmentado, torna-se refém de interesses apenas parciais. Submisso às corporações, conflita no dia a dia com o que deveria ser sua motivação ética: trabalhar para todos.

No mundo real, as dificuldades do setor de saúde do Brasil tornam-se um complexo caleidoscópio onde é necessário, simultânea e contraditoriamente, ter orgulho pelo que avançamos e vergonha pelo que ainda sofremos; festejar ilhas de excelência ao lado de vazios onde o acesso digno à assistência é um sonho distante; enfim, uma confusa babel para a qual olham, na condição de vítimas, os brasileiros que poderiam ter um sistema de saúde, público ou privado, mais digno, mais organizado. Muito melhor.

Em novo período eleitoral, como o que vivemos, atores políticos, em campanha, oferecerão soluções imediatistas para problemas de longo prazo. Ou reproduzirão, na esperança de apoio, o ruído de corporações ou de segmentos, sem qualquer visão do todo.

Mas este não é um período eleitoral qualquer. Em 2022 vota-se logo depois ou ainda durante uma pandemia que diagnosticou exaustivamente nossas dificuldades. E demonstrou, às custas de centenas de milhares de mortes e tragédias pessoais e familiares, a inadiável importância de avançarmos.

Melhorias no sistema, porém, vão depender, antes de tudo, da nossa capacidade de fazer a saúde ser ouvida. Não faltam propostas tecnicamente consolidadas e majoritárias, quando

não unânimes, sobre o que precisa ser feito. O que nos falta são as condições para avançar o necessário e o correto em meio à babel.

Neste cenário, a Anahp foi criada há 21 anos com duas ideias centrais. Primeiro, a defesa do acordo nacional consagrado pela Constituição: um sistema de saúde, único, universal, integral, que prevê a presença e a atuação de prestadores de serviço privados. Segundo: respeitar o paciente, colocá-lo verdadeiramente no centro das atenções e prestar-lhe assistência digna e qualificada. Em outras palavras: que em nenhum hospital a escolha fique entre lucro e dignidade. Que o lucro seja buscado como condição para a sustentabilidade da atividade de prestação de serviços. E nunca como decorrência da redução do nível assistencial e moral da atividade.

O fato de ser parte de um sistema pulverizado e complexo obriga a Anahp, por decisão sua, a ouvir muito e ouvir a todos, como testemunham seus eventos, publicações e posicionamentos. Ouvir a sociedade e nela conviver, em especial, com as queixas, os anseios e as posições dos pacientes. Ouvir, ainda quando para discordar, as autoridades executivas, legislativas e regulatórias.

Ouvir, também, para ser ouvido. Parte das dificuldades da cadeia de saúde no Brasil decorrem da fraca voz do próprio setor, em grande parte por sua tendência à segmentação abusiva, à defesa apenas do específico e do particular. Ou à dificuldade para compreender que não há atividade, por mais rica ou economicamente poderosa que seja, capaz de ser ouvida se não se colocar objetivamente a serviço do sistema como um todo, leia-se contribuir para que o sistema cumpra seu maior objetivo - permitir acesso à assistência à saúde. E acesso digno.

Essas premissas fazem parte do direcionamento estratégico da Anahp, afirmado por seu Conselho de Administração, sua governança, seus associados. E fortalecida neste ano de 2022 pela constatação que este tem que ser um ano para ouvir a saúde.

Dentre as atividades organizadas para 2022, com este objetivo, a Anahp foi encontrar no portal de notícias JOTA um valioso

parceiro na tarefa de ouvir para ser ouvido. Em um intenso e profundo trabalho, desenvolvido há meses, JOTA e Anahp identificaram mais de 50 vozes influentes do setor de saúde. Não nos perguntamos se eram vozes que pensam como a Anahp. Não nos preocupamos com o que diriam. Não desejávamos editar a realidade do debate sobre saúde, ajustando-o às cores por nós preferidas. Queríamos, isto sim, que a coleção dessas opiniões, colhidas, redigidas e editadas pelo JOTA, contribuíssem com autoridades e candidatos e com o próprio setor no exercício de ouvir, tão difícil entre nós.

Não haveria tempo nem espaço para todas as vozes. Às ausentes, nossas desculpas. Mas as que estão presentes nessa consulta - a mais ampla e pluralista já feita nos tempos recentes do sistema de saúde no Brasil - formam um painel muito amplo, muito democrático e muito verdadeiro dos temas e posições em jogo no sistema de saúde do Brasil.

Observarão ainda que a Anahp fez questão de, como anfitriã, não participar dos sete capítulos/temas em que didaticamente o trabalho foi dividido. Preferimos, através destas colocações iniciais, discutir de forma breve porque não somos ouvidos, como setor. E como será decisivo passar a sermos ouvidos.

Move-nos, acima de tudo, a convicção de que existem soluções técnicas conhecidas para a quase totalidade dos problemas que o sistema enfrenta. O que falta é a criação de condições políticas para que elas possam ser adotadas, planejadas e executadas como Políticas de Estado, protegidas dos males da exacerbada ideologização, do populismo, do imediatismo, da falta de coerência e de sequência.

Quem deixaria de concordar que a batalha contra a doença estará perdida, se não conseguirmos retomar algo que o Brasil até já fez de forma mais consistente promovendo a saúde, prevenindo doenças?

Ou ainda, que é urgente reorganizar o sistema para que nele portas de entrada, no público ou no privado, organizem a jornada

do paciente, evitando o “modelo hospitalocêntrico”, a falta de resolutividade de postos iniciais de atendimento, a inferioridade salarial e profissional dos médicos de família, os generalistas, o bom e velho clínico geral?

Quem se oporia ao diagnóstico da necessidade urgente de reordenar instalações, equipamentos e profissionais ao longo do território brasileiro, fazendo ainda da saúde digital oportunidade imperdível para ampliar acesso?

Como divergir que pilotamos o sistema às cegas no Brasil em plena era dos dados, pela incapacidade de transformar informações esparsas em um sistema organizado para fins de planejamento? Como seguir desconhecendo a importância de métricas e indicadores que oferecem radar preciso para decisões sobre políticas e alocações de recursos?

Onde encontrar quem se recuse a constatar que nossa formação de profissionais, especialmente os de medicina, enfrenta grave crise por não se adaptar às novas exigências? E por termos trocado a pretensão de formar profissionais bem qualificados pela satisfação com números enganosos do aumento de diplomados?

Como encontrar, em pleno 2022, quem ainda tenha dúvidas sobre a necessidade de convivência e integração entre as estruturas públicas e privadas em nome do compromisso maior de ambos - contribuir para o acesso da população à saúde?

A propósito: como defender que o SUS precisa apenas de mais fontes de financiamento, desprezando a necessidade de uma vigorosa modificação em seus padrões de gestão e de coordenação entre os níveis federal, estaduais e municipais?

No setor privado, como desconhecer a obrigação - obrigação - de estimular e proteger os que insistem em oferecer assistência com qualidade, baseada em profissionais qualificados, tecnologia moderna e padrões internacionais de gestão?

Até quando poderemos seguir sem uma atenção carinhosa à ciência e aos cientistas através de uma política objetiva

---

sobre inovação no campo da saúde, que ponha fim aos desperdícios de talentos - hoje produto de exportação? E, também, do fortalecimento da capacidade nacional de produção de insumos e equipamentos, sem repetir erros do passado recente e usando, de forma séria e moderna, a capacidade de compra do Estado e seu poder de indução aos agentes produtivos do sistema, nacionais ou globais.

Enfim, sejamos discretamente otimistas. Há - e muito - para fazer. Há como fazer. Falta criar as condições estáveis para uma discussão mais plural, onde ouvir seja véspera de ser ouvido. A Anahp, recém completada sua maioria, acredita que este pode ser o momento. E está trabalhando para isso. Boa leitura.

**Antônio Britto,**  
diretor-executivo da Anahp

## Entrevistados

**Adriano Londres**, economista, sócio-fundador da Arquitetos da Saúde

**Adriano Massuda**, médico professor da Escola de Administração de Empresas, da FGV, e integrante do FGVsaúde (Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde, da Fundação Getúlio Vargas)

**Ana Maria Malik**, médica, coordenadora da FGVsaúde

**André Medici**, economista, consultor em saúde

**Arthur Aguillar**, economista, mestre em Economia e Desenvolvimento, pela Universidade Harvard, e diretor de Políticas Públicas, do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Ieps)

**Catherine Moura**, médica sanitarista, CEO da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale)

**César Eduardo Fernandes**, mastologista, presidente da Associação Médica Brasileira (AMB)

**Chao Lung**, médico, professor associado da Universidade de São Paulo (USP), chefe da disciplina de telemedicina, no departamento de patologia, da Faculdade de Medicina da USP, chefe do grupo de pesquisa USP em telemedicina no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações

**Claudia Cohn**, biomédica, diretora executiva do Grupo da Dasa e CEO da Alta Excelência Diagnóstica

**Cláudia Colucci**, repórter especial do jornal Folha de S. Paulo, especializada em saúde

**Claudio Lottenberg**, presidente do Conselho do Hospital Israelita Albert Einstein e do Instituto Coalizão Saúde

**Cleiton Marques**, economista, sócio-fundador e CEO da Biolab

---

**Denizar Vianna**, cardiologista, professor titular de Medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde, entre 2019 e 2020

**Dirceu Barbano**, farmacêutico, diretor da B2CD Consultoria Empresarial e diretor-presidente da Anvisa, entre 2011 e 2014

**Eduardo Amaro**, diretor do Grupo Santa Joana e presidente do Conselho de Administração da Anahp

**Erno Harzheim**, médico de família, doutor em Saúde Pública e Medicina Preventiva, professor do programa de pós-graduação em epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e gestor de Atenção primária à Saúde, da rede de clínicas Salute

**Eugênio Vilaça Mendes**, médico, consultor em saúde pública

**Evandro Tinoco**, cardiologista, presidente do Departamento de Insuficiência Cardíaca, da Sociedade Brasileira de Cardiologia

**Fausto dos Santos**, médico sanitarista, especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, do Ministério da Economia, e pesquisador da Fiocruz – MG

**Fernanda De Negri**, pesquisadora do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)

**Fernando Ganem**, cardiologista, diretor geral do Hospital Sírio-Libanês e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**Fernando Torelly**, economista, CEO do HCor, presidente da Associação Voluntários da Saúde e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**Francisco Balestrin**, presidente do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (Sindhosp) e do Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde (CBEXs)

---

**Franco Pallamolla**, administrador de empresas, presidente da Associação Brasileira da Indústria de Dispositivos Médicos (Abimo) e da LifeMed SA e diretor do Comitê da cadeia Produtiva de Saúde e Biotecnologia (ComSaúde), da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp)

**Giovanni Cerri**, radiologista, coordenador do Instituto de Radiologia, do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo (USP) e secretário estadual de Saúde de São Paulo, entre 2011 e 2013

**Gonzalo Vecina**, médico sanitarista, professor da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo (USP), fundador e presidente da Anvisa, de 1999 a 2003

**Henrique Neves**, advogado, general manager na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e vice-presidente do Conselho de Administração da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**Henrique Salvador**, mastologista, presidente da Rede Mater Dei e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**João Gabbardo**, médico, coordenador executivo do Comitê Científico de Combate ao Coronavírus, do governo do Estado de São Paulo, e secretário executivo do Ministério da Saúde entre 2019 e 2020

**Jorge Kalil**, professor em imunologia clínica da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, diretor presidente do Instituto Todos pela Saúde e diretor do Laboratório de Imunologia, do Hospital do Coração

**José Cechin**, engenheiro, economista, ministro da Previdência entre março e dezembro de 2002, superintendente executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)

---

**José Gomes Temporão**, médico sanitário, pesquisador do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (CEE-Fiocruz) e ministro da Saúde entre 2007 e 2011

**Julio Flávio Dornelles de Matos**, médico, diretor-geral da Santa Casa de Porto Alegre

**Ligia Bahia**, médica, professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Luciana Holtz**, psico-oncologista, especialista em bioética, fundadora e presidente do Oncoguia

**Martha Oliveira**, pediatra, especialista em saúde pública e epidemiologia, e fundadora e CEO da Laços Saúde e da Designing Saúde

**Mauricio Ceschin**, médico, presidente da Agência Nacional de Saúde (ANS) entre 2009 e 2012

**Mohamed Parrini**, economista, CEO do Hospital Moinhos de Vento e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**Nelson Mussolini**, presidente executivo do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos (Sindusfarma)

**Nelson Teich**, oncologista, consultor em saúde e ministro da Saúde, entre 17 de abril e 15 de maio de 2020

**Nésio Fernandes**, médico com especialização em saúde preventiva e social, secretário estadual de Saúde do Espírito Santo e presidente do Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (Conass)

**Paulo Chapchap**, médico, conselheiro executivo para Negócio de Hospitais e Oncologia da Dasa

**Paulo Moll**, bacharel em economia, CEO da rede D'Or e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**Paulo Rebello**, advogado, diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

---

**Rafael Borsoi**, médico, membro do conselho administrativo do Hospital Santa Lúcia e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**Renato Casarotti**, advogado, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge)

**Reynaldo Brandt**, neurocirurgião do Hospital Israelita Albert Einstein e CEO da Vortics - Inteligência em Saúde

**Robson Capasso**, otorrinolaringologista, professor e associate dean da Escola de Medicina, da Universidade de Stanford

**Romeu Domingues**, médico radiologista, presidente do Conselho do Grupo Dasa e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**Rubens Belfort**, clínico e cirurgião oftalmológico, presidente da Academia Nacional de Medicina, entre 2020 e 2021

**Rudi Rocha**, economista, diretor de pesquisa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

**Ruy Baumer**, presidente do Sindicato da Indústria de Artigos e Equipamentos Odontológicos, Médicos e Hospitalares do Estado de São Paulo (Sinaemo), diretor do Comitê da cadeia Produtiva de Saúde e Biotecnologia (ComSaúde), da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp) e CEO da Baumer

**Wilames Freire Bezerra**, presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

# 2022

## O ANO DE OUVIR A SAÚDE



# CAPÍTULO 1

**SUS: tão  
importante  
quanto frágil**

## Entrevistados

**Arthur Aguillar**, economista, mestre em Economia e Desenvolvimento, pela Universidade Harvard, e diretor de Políticas Públicas, do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Ieps)

**Fernando Torelly**, economista, CEO do HCor, presidente da Associação Voluntários da Saúde e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**Julio Flávio Dornelles de Matos**, médico, diretor-geral da Santa Casa de Porto Alegre

**Ligia Bahia**, médica, professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Nésio Fernandes**, médico com especialização em saúde preventiva e social, secretário estadual de Saúde do Espírito Santo e presidente do Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (Conass)

**Rafael Borsoi**, médico, membro do conselho administrativo do Hospital Santa Lúcia e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**Wilames Freire Bezerra**, presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)



## Sobre a força e as fragilidades do sistema público de saúde brasileiro

**A**o romper os modelos tradicionais de cuidado, o novo coronavírus impôs aos sistemas globais de saúde desafios sem precedentes. UTIs lotadas, profissionais levados à exaustão, falta de equipamentos e materiais, desabastecimento de remédios essenciais... Frente a uma doença até então desconhecida, alguns países enfrentaram a ameaça do colapso. Mais raros, outros, graças à presteza no enfrentamento inteligente do SARS-CoV-2, atravessaram os períodos mais severos da pandemia com um pouco mais de serenidade. Acostumados a maldizer o Sistema Único de Saúde (SUS), os brasileiros descobriram, com o sucesso da vacinação, a força da maior rede assistencial pública do mundo, responsável por atender cerca de 160 milhões de pessoas – o equivalente a 75% da população do país.

E, assim, o #VIVAOSUS invadiu as redes sociais e ganhou o Brasil.

Mas, se a crise sanitária mostrou a importância do sistema, escancarou também suas fragilidades. O desperdício de dinheiro, a má distribuição de recursos humanos e financeiros, a precariedade dos investimentos, a concentração das inovações tecnológicas em determinadas regiões, as dificuldades de coordenação entre União, estados e municípios... Dos vários legados do SARS-CoV-2, fica a urgência em fazer valer os preceitos fundamentais do SUS, como previsto na Constituição. No papel, o sistema público de saúde brasileiro é um belo projeto. Na prática, porém, muitas vezes desigual, oneroso e mal administrado.

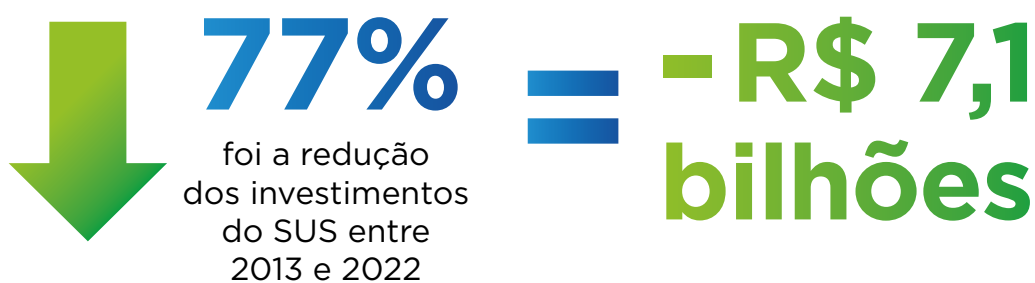
## Terra arrasada

Um dos principais entraves ao progresso do SUS é a falta de financiamento. Os gastos para a saúde, sugeridos no projeto de

lei orçamentária para 2022, são os menores em dez anos, indica estudo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Considerando os R\$ 7,1 bilhões previstos para o combate à pandemia, em termos reais, os R\$ 147,4 bilhões de agora são 5% menores do que os de 2019. E, proporcionalmente, representam a menor participação orçamentária do governo federal na última década, 3,19%. “Isso mostra a terra arrasada onde a gente está”, diz o economista **Arthur Aguillar**, mestre em Economia e Desenvolvimento, pela Universidade Harvard, e diretor de Políticas Públicas, do IEPS.

Também em queda, a capacidade de investimento do Ministério da Saúde depende de emendas parlamentares. Entre 2013 e 2022, a redução foi de 77%, saindo de R\$ 9,2 bilhões para R\$ 2,1 bilhões. “Nos próximos anos, crescerá a tensão entre necessidades de financiamento e sustentabilidade financeira do sistema de saúde pública”, lê-se na Nota Técnica nº 23, do instituto. “De um lado, projeções indicam que o financiamento da saúde demandará cada vez mais recursos, não apenas em termos absolutos, mas como proporção do PIB. De outro, o aumento das restrições para expansão do gasto federal força um debate quanto à priorização do tema em detrimento a outros.”

#### INVESTIMENTOS EM QUEDA



Fonte: IEPS

A análise das séries históricas dos gastos da União, estados e municípios revela queda na participação do governo federal na matemática da saúde. É um paradoxo. Afinal, o governo federal é o principal arrecadador de impostos, enquanto os outros entes da

federação são os grandes prestadores de serviços. “Faz-se urgente uma reforma no financiamento do SUS de modo a garantir aos estados e municípios, a grande fatia do bolo tributário.”, argumenta **Wilames Freire Bezerra**, presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). “Sem isso, vai ser sempre essa pendenga dos prefeitos e dos governadores pedindo o aumento do financiamento da saúde pública.”

## “Faz-se urgente uma reforma no financiamento do SUS de modo a garantir aos estados e municípios, a grande fatia do bolo tributário”

Wilames Freire Bezerra

Seria mais fácil avançar, se o fundo público para o financiamento do SUS fosse destinado exclusivamente ao SUS, defende a médica **Ligia Bahia**, professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). “O fundo público tem sido usado para financiar parte do setor privado, por meio de subsídios, empréstimos, créditos. E, muitas vezes, a agenda do setor privado é incompatível com a agenda de um sistema público universal.”, diz ela. “O setor privado caminha por um padrão de competição, de maior incorporação de tecnologia, mas não necessariamente essa maior incorporação de tecnologia significa melhor desfecho, melhores resultados.”

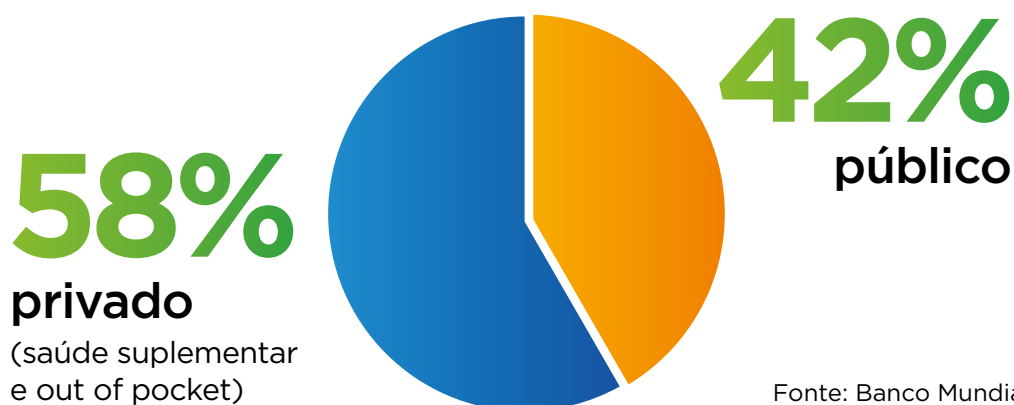
A subvenção só deveria acontecer, na opinião de Ligia Bahia, em projetos com propósito claro de melhoria do sistema de saúde. Um exemplo? Em sua opinião, a fabricação de medicamentos pelo SUS é muito precária. Quais são então os fármacos que a iniciativa

privada poderia produzir para oferecer serviços de saúde de melhor qualidade para a população? “Há muitas pontes a serem construídas com o setor privado, mas essas pontes têm de partir de determinados princípios. Um deles é que o SUS é imprescindível. Que, sem o SUS, a gente não vai para lugar nenhum”, diz a médica.

## Bilhões no ralo

O subfinanciamento leva a uma distorção. Do total gasto com saúde no Brasil, apenas 42% são públicos, informa o Banco Mundial. Ou seja, a rede encarregada de cuidar de 75% da população opera com menos da metade dos recursos destinados ao setor. Os 58% restantes vêm da medicina suplementar e dos pagamentos *out of pocket*, quando o dinheiro sai diretamente do bolso do consumidor. E, assim, o Brasil disputa com os Estados Unidos a liderança no ranking das nações com a mais alta participação privada no sistema de saúde.

### GASTOS COM SAÚDE NO BRASIL



Fonte: Banco Mundial

Segundo o Banco Mundial, as ineficiências custam R\$ 22 bilhões por ano, aos cofres públicos. Na atenção primária à saúde (APS), a perda anual é R\$ 9,3 bilhões e, na média e alta complexidade (MAC), de R\$ 12,7 bilhões. Porta de entrada para o sistema, a APS

deveria resolver a maioria dos problemas dos brasileiros e, dessa forma, desafogaria o sistema. Frise-se que a produtividade da APS é muito maior do que a da MAC --63% contra 29%, segundo a instituição financeira. Do ponto de vista econômico, investir na atenção primária, como se vê, é um bom negócio. Tem mais. A priori, é nesse nível do sistema onde ocorrem as políticas e programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

### ONDE ESTÃO AS INEFICIÊNCIAS...

**R\$ 22 bilhões**

é o prejuízo causados pelas ineficiências do SUS aos cofres públicos

**R\$ 9,3 bilhões**

acontecem na atenção primária e

**R\$ 12,7 bilhões**

na média e alta complexidade

### ... E A PRODUTIVIDADE

**63%**

é a taxa de produtividade da atenção primária e

**29%**

a da média e alta complexidade

Fonte: Banco Mundial

No âmbito hospitalar, indica a análise do Banco Mundial, “há espaço significativo para tornar o gasto público mais eficiente”.. “O que mais tem no país é hospital com, 20, 30 leitos, completamente deficientes, que não conseguem cuidar de ninguém”, diz Arthur Aguillar. “No máximo, rendem votos para os políticos que os construíram”, diz o economista. Ao operar em baixa escala, drenam os recursos públicos. Além disso, as taxas de ocupação são muito baixas. Giram, em média, por volta dos 45%. Nos leitos de alta complexidade, 37%. Para não dar prejuízo, o ideal seria que funcionassem entre 75% e 85% de sua capacidade.

---

**“O que mais tem no país é hospital com, 20, 30 leitos, completamente deficientes, que não conseguem cuidar de ninguém”**

Arthur Aguillar

## Falta de integração

Outro gargalo do SUS está na disponibilidade, distribuição e desempenho da força de trabalho. Em um país de dimensões continentais e com tantas desigualdades sociais e econômicas, como o nosso, a maioria dos médicos se concentra nas grandes cidades, atraídos pelos salários oferecidos pela medicina suplementar e/ou por onde existe atenção especializada. “Apesar da escassez de médicos, o Brasil ainda utiliza pouco outros profissionais na prestação de serviços de saúde. Embora a regulamentação nacional autorize as enfermeiras a fazer consultas e prescrever certos medicamentos e exames nas unidades de APS, na prática, isso não acontece frequentemente, pois enfrenta resistência institucional e das corporações médicas”, relata o Banco Mundial. Um levantamento conduzido por pesquisadores da OMS revela, por exemplo, que a cobertura pré-natal poderia ser ampliada na maioria dos municípios brasileiros se as equipes de enfermagem assumissem a responsabilidade por esse cuidado.

A fragmentação do sistema, sem a coordenação adequada entre União, estados e municípios, também compromete a excelência do SUS. O Banco Mundial tem exemplo do prejuízo causado por esse tipo de desorganização. Na cidade de Araraquara, no

interior paulista, metade dos exames realizados na APS tem de ser repetida em outras etapas da jornada do paciente dentro do sistema. Isso custa às finanças municipais 5% do orçamento anual de saúde.

Falta integralidade também na composição do financiamento da saúde pública. “Ao longo do tempo, cada estado, cada município criou uma organização contábil própria”, conta o médico **Nésio Fernandes**, presidente do Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (Conass). “Isso impede a organização e a gestão dos recursos de maneira adequada.” A fragmentação se estende, segundo os estudiosos, para o setor de compras e aquisições. Com isso, a transparência dos processos acaba comprometida. “Se eu não tenho claro como eu compro, como eu contratualizo, o meu financiamento pode ser um saco sem fundo”, afirma.

As compras públicas de saúde têm como base a tabela do SUS e seguem o modelo *fee for service*. Ou seja, pagam melhor quem realiza mais procedimentos e não necessariamente quem presta o melhor serviço. “Eu posso diagnosticar uma pneumonia porque tem estertores, febre, tosse com expectoração, frequência cardíaca acima de 30 respirações por minutos e raio X alterado”, explica o presidente do Conass. “Pelo modelo atual, para esse mesmo paciente, vou pedir um monte de exame de sangue, tomografia... Vou estabelecer nele um conjunto de intervenções desnecessárias.” Perde-se dinheiro e tempo.

---

## “O modelo de financiamento do SUS atual pode ser saco sem fundo”

Nésio Fernandes

## Conhecimento democratizado

Uma das saídas para aumentar a eficiência do SUS, apontada pelos especialistas, passa pela governança. E aí o setor privado tem muito a contribuir, com uma gestão mais bem estruturada, ágil, avançada e aberta às novas tecnologias. “É preciso democratizar o conhecimento”, defende o economista **Fernando Torelly**, CEO do HCor, presidente da Associação Voluntários da Saúde e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). “A maior desigualdade na saúde é a desigualdade de conhecimento, da competência de gestão.” Os 22 anos de experiência no Hospital das Clínicas, de Porto Alegre, ensinaram a Torelly que pode ser bom mesmo sendo público.

Mais recentemente, à frente do Hospital Moinhos de Vento, centro de referência no Rio Grande do Sul, por meio do PROADI, o economista liderou o projeto de criação de um complexo de saúde na região mais pobre da capital gaúcha, o bairro da Restinga, no extremo sul da cidade. “A gente desenvolveu um sistema com hospital, atenção primária e escola de formação para técnico de enfermagem”, orgulha-se. “É o único hospital do SUS com ar-condicionado, inclusive nos corredores. A questão térmica é muito importante para o cuidado do doente.”

Na primeira onda da pandemia, frente às imensas dificuldades enfrentadas pelo Brasil, Torelly se deu conta de que deveria retribuir para a sociedade todo o aprendizado adquirido ao longo dos anos. E, assim, nasceu o grupo Voluntários da Saúde, de apoio à melhoria da gestão de hospitais do SUS. Sem fins lucrativos, a associação conta com 600 profissionais, responsáveis por dar consultorias a 14 instituições espalhadas no Brasil. “Não adianta apenas dar dinheiro se não há competência para gerir os recursos”, afirma o CEO do HCor.

Um estudo da Fiocruz, publicado na revista especializada *The Lancet Respiratory Medicine*, revela que, nos primeiros meses da pandemia, 80% dos pacientes intubados no Brasil por causa da

# “A maior desigualdade na saúde é a desigualdade de conhecimento, da competência de gestão”

Fernando Torelly

covid-19 morreram. O trabalho avaliou 254 mil internações, entre 16 de fevereiro e 15 de agosto de 2020. “Não adianta você ter um leito de UTI com respirador, mas com médico sem formação, fisioterapeuta sem formação e enfermeiro sem treinamento”, desafia o CEO do HCor. “Se a governança não é eficiente, o processo é ineficiente.” Torelly propõe aos governos adotar uma linha de financiamento nos moldes do FMI. “Um programa estruturante de gestão para os hospitais públicos e filantrópicos, que alocasse recursos com o compromisso de qualidade”, explica. “Mas, dada a incompetência do governo, organizações de alta reputação deveriam atuar como interventoras na busca da melhor governança.”

Para o médico **Julio Flávio Dornelles de Matos**, diretor-geral da Santa Casa de Porto Alegre, as parcerias público-privadas são fundamentais na construção de uma rede assistencial eficiente e sustentável. Desde, no entanto, que a liderança dessa colaboração fique a cargo da iniciativa privada. Só assim, segundo ele, será possível garantir o melhor uso dos sempre escassos recursos do SUS. “O modelo privado tem como parâmetro a geração de resultados para viabilidade econômica e financeira das instituições, trabalha centrado na profissionalização, focado em custos, receitas, investimentos e alcance de resultados”, explica o médico. “A gestão hospitalar é uma ciência que requer alta especialização e visão de longo prazo. São diversas atividades que compõem a dinâmica de um hospital, e cada uma requer domínio do negócio,

como, por exemplo, assistência médica, laboratório, diagnóstico por imagem, nutrição, lavanderia, fisioterapia...”

Em contraponto, além de trabalhar com base orçamentária pré-definida, a governança pública não foca necessariamente na dinâmica do resultado e na viabilidade do negócio. “E não raras vezes o corporativismo e o baixo nível de produtividade se fazem muito presentes na área pública”, reforça Dornelles de Matos. Da teoria para a prática –um hospital público federal custa cinco vezes mais para o sistema de saúde do que uma instituição sem fins lucrativos, informa o médico.

---

## “Se não fosse o setor privado, não teríamos o SUS”

Julio Flávio Dornelles de Matos

O diretor-geral da Santa Casa de Porto Alegre é eloquente na defesa da imprescindibilidade do setor privado na complementaridade ao setor público. Para ele, não teríamos o SUS, como sistema universal, integral e gratuito, em toda a sua amplitude, se não fossem as instituições privadas. “Os hospitais sem fins lucrativos atingem 51% de toda a assistência SUS, sendo que na alta complexidade chega a 70% de cobertura por esta rede”, diz o diretor-geral da Santa Casa de Porto Alegre. “Ou seja, o setor público é absolutamente insuficiente para cobertura assistencial no país.”

O médico **Rafael Borsoi**, membro do conselho administrativo do Hospital Santa Lúcia e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), é outro entusiasta das parcerias público-privadas, firmadas com o objetivo de agilizar os processos no SUS. Os hospitais privados, segundo ele, operam com uma capacidade ao redor de 70%. O governo, diz, poderia desenvolver

um projeto para aproveitar a ociosidade da rede hospitalar privada para dar um suporte para os hospitais públicos e os filantrópicos, com a intermediação do Estado. “Isso seria muito bom para o Brasil, como se fosse um *upgrade* para o SUS”, defende. “No nosso negócio, a gente sempre sonhou que isso acontecesse. Porque é muito desequilibrado –o SUS, com muita gente para ser atendida, e o privado, com toda a tecnologia, com uma medicina de alta qualidade.”

**“O governo  
poderia  
desenvolver um  
projeto para  
aproveitar a  
ociosidade da  
rede hospitalar  
privada para dar  
um suporte para  
os hospitais  
públicos e os  
filantrópicos”**

Rafael Borsoi

Já a professora Ligia Bahia se questiona se o modelo adotado pela Ebserh (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) não poderia ser uma saída para aumentar a eficiência do SUS.. “Não existe uma bala de prata, mas várias propostas. Uma delas seria essa: a Ebserh tem sido exitosa no sentido de uma administração mais moderna. É uma proposta radical e heterodoxa, mas estratégica para mudar o *modus operandi* atual, que se tornou padrão de má qualidade”, diz a médica. “Por que não pensar no modelo Ebserh para as Santas Casas?”

Criada em 15 de dezembro de 2011, por meio da lei 12 550, a Ebserh é uma empresa pública de direito privado,

vinculada ao Ministério da Educação. Com quase 50 hospitais universitários federais, a empresa é 100% independente da União e suas instituições atendem a média e alta complexidade. Para Ligia, do modo como foi estruturada, a Ebserh possui algumas características que poderiam inspirar o SUS. A primeira delas é a facilidade de contratação –o que, dada a burocracia do sistema público, acaba por atravancar a fluidez operacional das equipes e, conseqüentemente, da atividade assistencial. As políticas e práticas de recursos humanos sempre foram um dos maiores gargalos do SUS.

---

## “Por que não pensar o modelo Ebserh para as Santas Casas?”

### Ligia Bahia

“Nos hospitais administrados, segundo as regras do direito público, a capacidade de gestão do quadro de pessoas é limitada. A começar pela falta de autonomia na definição dos selecionados para o trabalho na instituição”, lê-se no artigo *A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo de hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais*, assinado por Marina Campos Morici e Allan Claudius Queiroz Barbosa, e publicado na *Revista de Administração Pública*. “O setor de recursos humanos não tem liberdade de negociação de salários e planos de carreira, de mudança de cargos ou de contar com o desligamento dos trabalhadores inaptos de forma ágil. Com isso, cabe ao setor atividades cotidianas menos estratégicas para a instituição, tais como assistência aos funcionários e o apaziguamento de conflitos.”

Para os autores, a morosidade na contratação de profissionais públicos leva a uma grave distorção. “A falta de provisão de

profissionais aprovados em concurso faz com que seja necessária a contratação de trabalhadores por meio de outros vínculos mais flexíveis, garantindo assim o número adequado de profissionais para o atendimento assistencial. Essa contratação contraria as leis vigentes, mas é vista como única alternativa para o pleno funcionamento das instituições de saúde pesquisadas”, explicam. “A tentativa de garantir o ingresso justo de profissionais mediante a realização de concurso públicos, por sua própria ineficiência, gera uma situação paralela de contratação irregular.”

Para Ligia Bahia, a adoção de um modelo como o da Ebserh poderia ajudar a diminuir a fragmentação da saúde pública brasileira –da governança ao atendimento da população. “Dá uma padronização. A gente passa a ter alguma coisa que é igual em todos os lugares”, afirma a professora da UFRJ. Por fim, há a questão financeira. Os investimentos da União nos hospitais federais são maiores. Segundo o médico Dornelles de Matos, do total investido na rede hospitalar brasileira pela União, 54% vão para os hospitais federais. As 1 800 Santas Casas, espalhadas pelo Brasil, ficam com 34%. “Precisamos tentar conjugar propostas de mudança estrutural com propostas de compromisso público. E isso inclui todos os setores, o público, o privado e o filantrópico”, defende Ligia. “Se a rede filantrópica for de qualidade, pode dar uma virada nesse jogo.”

Mas para a Governança forte, regras do direito privado, parcerias, modernização do processo de financiamento serem efetivos, é preciso que a saúde pública receba tratamento de política de Estado, de longo prazo. “Hoje nós trabalhamos muito o SUS de ministro a ministro, de secretário a secretário, a curto prazo”, critica o médico Dornelles de Matos. Em suas contas, desde a criação do sistema de saúde brasileiro, com a promulgação da Constituição, em 1988, o Brasil já teve 31 ministros da Saúde. Um ministro, em média, por



ano. E cada um vai ter a sua política, vai eleger suas prioridades, descreve Matos. Existe um desperdício de recursos públicos muito importante por causa de políticas descontinuadas.

### O FUTURO

**4%**

do PIB é a projeção  
de gastos com  
saúde em 2050

Fonte: Banco Mundial

**R\$ 113  
bilhões**

são os ganhos nominais  
previstos para 2030, apenas com  
o controle da ineficiências do SUS

A busca por tornar o SUS mais eficiente, como se vê, faz-se urgente. O aumento da expectativa de vida, com a consequente alta na incidência das doenças crônicas, e a incorporação de novas tecnologias encarecem (e vão encarecer ainda mais) a medicina. E o SUS tem de estar preparado para enfrentar a nova realidade. “Calcula-se que o envelhecimento da população leve a um aumento correspondente a 4% do PIB no gasto total com a saúde em 2050”, preveem os analistas do Banco Mundial. O controle das ineficiências, segundo eles, poderia resultar em ganhos nominais de até R\$115 bilhões em 2030. Só assim é possível garantir a sobrevivência do SUS nos moldes idealizados em sua criação. Um sistema, de fato, universal, integral e equânime.

#### Referências:

A Proposta de Orçamento para Saúde em 2022, IEPS ([https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/IEPS\\_NT23.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/IEPS_NT23.pdf)); Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro, Banco Mundial (<https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>); Covid-19: initiative analyzed 250 thousand hospitalizations in Brasil (<https://portal.fiocruz.br/en/news/covid-19-initiative-analyzed-250-thousand-hospitalizations-brazil>); Apresentação -- Ebserh (<http://portal.mec.gov.br/ebserh--empresa-brasileira-de-servicos-hospitalares>); artigo A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo de hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais (<https://www.scielo.br/j/rap/a/VmRdCJNWmTPd3Ldn7xGKfdk/?lang=pt>)

## As Propostas

- ✓ Usar o fundo público para o financiamento única e exclusivamente do SUS
- ✓ Oferecer subsídios públicos para o setor privado apenas em projetos e programas com o propósito de melhorar a saúde pública
- ✓ Fortalecer e ampliar a atenção primária à saúde
- ✓ Incentivar políticas nacionais, estaduais e municipais de prevenção e promoção da saúde
- ✓ Modernizar o modelo de financiamento do SUS, com base em evidências e resultados
- ✓ Padronizar nacionalmente os processos de compra e aquisição pelo SUS
- ✓ Garantir aos estados e municípios a maior parte dos recursos usados para financiar a saúde
- ✓ Estimular as parcerias público-privadas, desde que o financiamento seja público
- ✓ Profissionalizar a governança do sistema, mediante parcerias com o setor privado e com planejamento de longo prazo
- ✓ Usar o modelo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares na gestão dos hospitais estaduais e municipais e na Santas Casas



## CAPÍTULO 2

# Qualidade e eficiência na saúde

## Entrevistados

**Catherine Moura**, médica sanitária, CEO da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale)

**Claudio Lottenberg**, presidente do Conselho do Hospital Israelita Albert Einstein e do Instituto Coalizão Saúde

**Eduardo Amaro**, diretor do Grupo Santa Joana e presidente do Conselho de Administração da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**Erno Harzheim**, médico de família, doutor em Saúde Pública e Medicina Preventiva, professor do programa de pós-graduação em epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e gestor de Atenção primária à Saúde, da rede de clínicas Salute

**Eugênio Vilaça Mendes**, médico, consultor em saúde pública

**Luciana Holtz**, psico-oncologista, especialista em bioética, fundadora e presidente do Oncoguia

**Paulo Chapchap**, médico, conselheiro executivo para Negócio de Hospitais e Oncologia da Dasa

**Romeu Domingues**, médico radiologista, presidente do Conselho do Grupo Dasa e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)



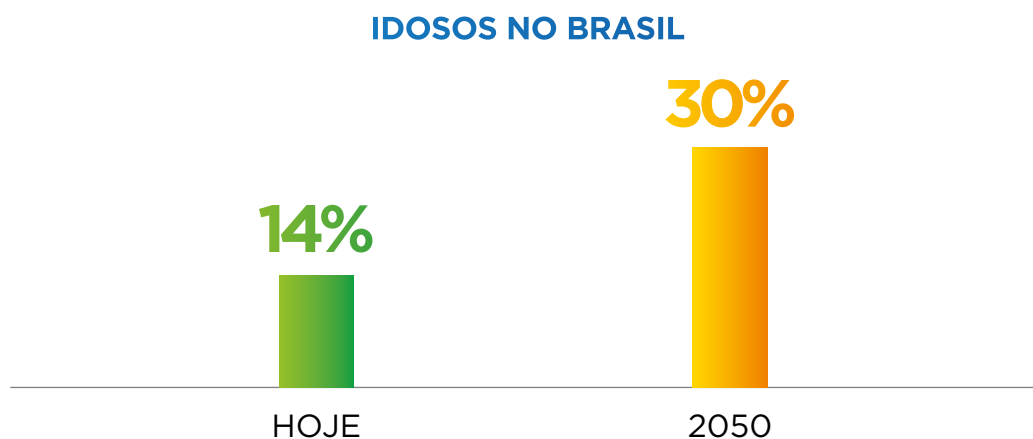
## Sobre a importância da promoção da saúde e a prevenção para aumentar tornar o sistema mais ágil e mais resolutivo

**A** proposta é revolucionária. Cuidar da doença antes que ela aconteça. De modo a que, se acontecer, seu impacto na qualidade de vida seja o menor possível. A filosofia por trás dos programas e políticas de promoção da saúde impõe aos sistemas públicos e privados e à população uma mudança radical de paradigma. Um passo anterior à prevenção, o foco da atenção não está na enfermidade, mas no bem-estar físico, mental e social. “A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver”, lê-se na *Carta de Ottawa*, de 1986, redigida durante a Primeira Conferência Internacional para a Promoção da Saúde. “O papel do setor de saúde deve mover-se (...) além de suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência.” E, sob tal ótica, o indivíduo deixa de ser paciente para se transformar em agente de seu próprio cuidado.

A promoção da saúde exige a reorganização da assistência em torno da APS. “A atenção primária à saúde é a melhor maneira de assegurar a sustentabilidade dos resultados de saúde e a garantia de que o acesso será justo”, defende a médica chinesa Margaret Chan, diretora-geral da OMS entre 2007 e 2017. “As evidências internacionais demonstram que os sistemas orientados em função da atenção primária apresentam muitas vantagens, com custos mais baixos e resultados bastante satisfatórios.”

As orientações em torno da promoção da saúde representam a resposta do que há de mais moderno na medicina ao aumento na incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Graças aos avanços nos conhecimentos fisiopatológicos e ao sucesso das políticas sanitárias, as mortes por doenças infecciosas e parasitárias caem e a expectativa de vida aumenta. De meados do século 20 até agora, os brasileiros ganharam cerca de três décadas a mais de vida. A esperança ao nascer hoje gira em torno

dos 80 anos - lembrando que, nessa conta, o IBGE não avaliou o impacto da pandemia na mortalidade de 2020. Atualmente, os idosos somam cerca de 14% da população. Nas projeções para 2050, eles serão três em cada dez.



Ao envelhecimento da população segue-se a escalada das DCNT, um fenômeno registrado globalmente, mas em diferentes momentos, conforme o país em análise. Quarenta e um milhões de pessoas morrem todos os anos, no mundo, em decorrência das condições crônicas, informa a Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, essas doenças respondem por 74% dos óbitos por causas naturais. Os problemas cardiovasculares lideram o ranking dos eventos mais fatais, seguido pelos cânceres, distúrbios respiratórios e diabetes.

## Risco de colapso

Os principais fatores de risco para as DCNT são bem conhecidos e estão diretamente associados a hábitos pouco saudáveis. Sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, abuso de bebidas alcoólicas e ingestão excessiva de calorias, entre os mais importantes. Imagine uma doença crônica, qualquer uma, o estilo de vida contribui com 50% para sua manifestação e o peso de indicadores como educação, saneamento básico e habitação

entram com outros 30%. “Ou seja, 80% da melhoria nas condições crônicas se dá em ações de promoção da saúde e prevenção”, diz o médico **Eugênio Vilaça Mendes**, um dos grandes estudiosos brasileiros da saúde pública no país.

**74%**

das mortes por causas naturais no Brasil são causadas pelas doenças crônicas

**80%**

das doenças crônicas podem ser prevenidas com um estilo de vida saudável

Publicado, em fevereiro de 2019, na revista especializada *Cancer Epidemiology*, um estudo da Faculdade de Medicina, da USP, em parceria com a Universidade Harvard, nos Estados Unidos, mostra que o controle dos fatores de risco poderia evitar 114 mil novos casos de câncer e 63 mil mortes pela doença, todos os anos, no Brasil –o que equivale a 27% e 34% do total de diagnósticos e óbitos, respectivamente. Só a prática regular de atividade física impediria 12% dos tumores malignos de mama e 19% dos de intestino. Um outro trabalho, esse assinado pelo Instituto Coalizão Saúde, indica que o manejo adequado das doenças crônicas poderia economizar R\$ 100 bilhões, ao ano. “Valor equivalente ao rombo das contas públicas em 2015”, aponta o relatório *Uma agenda para transformar o sistema de saúde*. Resumindo, as políticas de promoção da saúde e de prevenção às DCNT garantem o bem-estar da população, aumentam a eficiência dos serviços de assistência e preservam os cofres públicos e privados. “E não fazemos nada disso no Brasil”, afirma Vilaça Matos. “Nem no SUS nem na saúde suplementar, o que torna muito difícil implantar um modelo válido e efetivo para condições crônicas.”

Sem atenção adequada, as doenças crônicas podem levar ao colapso do setor. “Os custos exorbitantes das DCNT, incluindo o tratamento frequentemente longo e caro e a perda de chefes de família, forçam milhões de pessoas à pobreza anualmente e

sufocam o desenvolvimento, lê-se no relatório *Linhas de Cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde*, produzido pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Não dar atenção às medidas de controle das DCNT denota descaso com os cidadãos e incompetência na gestão da saúde.

## As filas do SUS

Para que o Brasil pudesse enfrentar o futuro com alguma tranquilidade, as medidas de promoção e prevenção já deveriam estar em curso. “O país não tem estratégia. Até a metade da primeira década desse século, por exemplo, o Brasil teve um programa exitoso de vacinação, mas depois os níveis de imunização começaram a cair”, conta o médico **Erno Harzheim**, professor do programa de pós-graduação em Epidemiologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. “Muito mais importante do que o movimento antivacina nesse processo (As pessoas adoram culpar o movimento antivacina!) é a falta de estruturação dos serviços de atenção primária para vacinar as pessoas quando elas têm disponibilidade para vacinar. Às vezes, vacinar uma criança é uma gincana, sabia? Pai e mãe trabalham e não conseguem levar o filho à unidade de saúde.”

---

**“O país não tem estratégia. Até a metade da primeira década desse século, por exemplo, o Brasil teve um programa exitoso de vacinação, mas depois os níveis de imunização começaram a cair”**

Erno Harzheim

No SUS, a promoção da saúde e a prevenção de doenças cabem às prefeituras, responsáveis pela APS. E existe uma razão para isso, como explica **Paulo Chapchap**, conselheiro executivo para Negócio de Hospitais e Oncologia da Dasa. “A atenção primária é o ordenador da jornada das pessoas ao longo do sistema”, diz ele. Se funcionasse a contento, desafogaria as unidades de pronto atendimento e os serviços especializados. “Inclusive, as equipes de saúde da família deveriam contar com o apoio de especialistas através de telemedicina”, diz Chapchap. “Ainda aplicamos pouco esse recurso, fazendo com que as filas para atendimento especializado sejam grandes, lentas e mal ordenadas, em relação às prioridades.”

---

## “As equipes de saúde da família e da comunidade deveriam contar com o apoio de especialistas através da telemedicina”

Paulo Chapchap

Por isso, os estudiosos defendem a reestruturação e fortalecimento da APA e a expansão do acesso a seus serviços. “Em 90% dos casos, uma consulta no centro de atenção primária, com coordenação do cuidado, resolve o problema do paciente”, defende **Claudio Lottenberg**, presidente dos conselhos do Hospital Israelita Albert Einstein e do Instituto Coalizão Saúde.

**“Em 90%  
dos casos,  
uma consulta  
no centro  
de atenção  
primária resolve  
o problema do  
paciente”**

Claudio Lottenberg

Uma minoria, apenas, é encaminhada da APS para outros níveis do sistema. Considerando-se o percurso ideal, o médico especialista refaria o plano de trabalho e devolveria o paciente para a UBS ou USF. “Nós sabemos que, em qualquer população, qualquer município, qualquer estado do Brasil ou em qualquer organização da saúde suplementar, entre 1% e 5% das pessoas têm condições de alta complexidade”, diz o consultor Eugênio Vilaça Mendes. “Os estudos mostram que 1% da população, em qualquer lugar do mundo, gasta 33% dos recursos do sistema e 5% gastam 60%.”



**1% a 5%**

dos pacientes têm condições  
de alta complexidade

Fácil entender, portanto, as filas do SUS. Por falta de orientações e cuidados adequados no início da jornada no sistema, as pessoas vão em busca de atendimento especializado. Mas, a maioria delas não deveria estar lá. Seus problemas seriam facilmente resolvidos com a atenção primária. “O especialista é fundamental, mas para pacientes de alto ou muito alto risco”, explica Vilaça Mendes.

Na saúde suplementar, a APS livraria a maioria dos pacientes de procedimentos desnecessários. Alguém com dor de cabeça não deveria ter como primeira opção de cuidado a consulta com um neurologista. “Nós não podemos pensar em ter apenas uma medicina de alta tecnologia”, defende **Eduardo Amaro**, diretor do Grupo Santa Joana e presidente do Conselho de Administração da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp).

**“Nós não podemos pensar em ter apenas uma medicina de alta tecnologia”**

Eduardo Amaro

## 7 motivos

No documento *Linhas de Cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde*, os analistas do IEPS listam os sete grandes motivos associados à precariedade dos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças na rede pública. Veja a seguir:

### **1. Gargalos de acesso impedem que usuárias e usuários realizem o rastreio e o tratamento de DCNT.**

Rastrear adequadamente as doenças crônicas e tratá-las em tempo oportuno depende de acesso a uma APS capilarizada e efetiva. Nesse sentido, é preciso aumentar a cobertura e resolver barreiras de acesso em serviços já existentes.

### **2. Faltam profissionais e treinamento para a atuação em equipes multiprofissionais no SUS.**

Além da escassez de equipes qualificadas, os modelos de treinamento têm pouco espaço para melhora.

### **3. As linhas de cuidado são operadas em total ou parcial segregação entre níveis de cuidado.**

A fragmentação compromete a integralidade. É preciso que serviços de saúde de diferentes complexidades atuem de forma coordenada e sinérgica para que cada usuária ou usuário do SUS tenha o tratamento de que necessita, em tempo oportuno.

O que caracteriza a doença crônica? Uma condição que não se resolve rapidamente e que, por isso, requer monitoramento constante. Ou seja, o paciente crônico permanece no sistema (público ou privado) por muito tempo –quicá a vida toda. Sua jornada, em geral, perpassa todas as esferas de cuidado –a ambulatorial, a emergencial e as de média e alta complexidade. Se essas áreas não conversam entre si, o doente não recebe o melhor cuidado e o setor de saúde perde eficiência e dinheiro.

### **4. A maioria dos portadores de doenças crônicas não está sendo acompanhada.**

Os números do Previne Brasil [programa lançado em 2019, de mudança do modelo de financiamento da APS] mostram baixo percentual de hipertensos e diabéticos, com registro de pressão arterial e hemoglobina glicada, respectivamente, destacando que a longitudinalidade está longe de ser uma realidade.

Tomemos o diabetes como exemplo, propõe o médico Eugênio Vilaça Mendes. Metade dos doentes tipo 2 não se sabem doentes. Da metade diagnosticada, apenas 26% têm a glicemia controlada. Com a falta de tratamento, 45% evoluem para retinopatias ou perdem a visão, 44% apresentam alguma neuropatia e muitos deles têm de ser submetidos a amputações; e 16% apresentam alterações renais. “Esses números não diferem muito entre o SUS e a saúde suplementar”, frisa o especialista.

### **5. A maioria dos portadores de doenças crônicas não está cadastrada.**

Pesquisas mostram que os brasileiros iniciam o cuidado a partir de um diagnóstico, sem prevenção. Para que o cuidado se inicie em momento oportuno, o cadastro dos usuários do território da unidade precisa ser realizado. Para isso, há diversos desafios, como equipes incompletas e desmotivadas, agentes comunitários de saúde como peças facultativas das equipes e territórios descobertos, caracterizando desertos sanitários.

### **6. Lentidão do processo de informatização da APS.**

Falta de infraestrutura, de financiamento amplo, de profissionais de tecnologia com interseção em saúde e sensibilidade das gestões sobre os benefícios do uso de dados são os principais desafios.

“É imprescindível passarmos de um SUS analógico para um SUS digital”, defende Catherine Moura, médica sanitarista, presidente da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale). “E isso significa ter não apenas sistemas de informações oficiais, como já temos vários, mas que esses sistemas sejam integrados. Um sistema de prontuário eletrônico, o compartilhamento de dados clínicos entre os diferentes níveis de atenção.” Para ela, a transformação digital bem-feita facilita a governança e o planejamento das ações e viabiliza a regulação do financiamento. “Com a informatização, o sistema ganha eficiência porque, automaticamente, reduz desperdícios, evitando, por exemplo, duplicidades”, ressalta Caroline.

### **7. Por fim, a variável que impede a implantação adequada das linhas de cuidado de DCNT é a baixa adesão ao tratamento por parte dos portadores de doenças crônicas.**

Profissionais têm dificuldades de sensibilizar os usuários para a importância do autocuidado e adesão às orientações, incluindo

tomar medicações, seguir recomendações alimentares e/ou mudar comportamentos.

Por exemplo, apenas 30% dos brasileiros seguem as orientações de saúde prescritas por mais de seis meses.

## A urgência das evidências

Priorizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças prevê uma mudança no modo de pensar e organizar a saúde. Mas, com raras exceções, a assistência continua voltada para o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a palição. “As políticas públicas deveriam passar por uma revisão, um redesenho para valorizar a etapa anterior a essas, quando a pessoa ainda nem entrou na jornada de cuidado”, diz a presidente da Abrale.

O manejo das doenças crônicas é complexo. Sob o guarda-chuva da atenção primária, requer ações intersetoriais e equipes multiprofissionais, com fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos... Exige políticas baseadas em evidências e dados acionáveis. Se no modelo tradicional, o foco é no indivíduo doente; agora, é no coletivo. “A cultura de saúde implica em fazer da saúde um valor societário compartilhado”, diz Vilaça Mendes. É conhecer o perfil e as necessidades da população atendida na área de cada UBS. Quantos são os hipertensos? Estão controlados? Quem não está seguindo as recomendações dos profissionais de saúde? “Se antes a ação era reativa, agora passa a ser proativa”, define Vilaça Mendes. “Se a pessoa não vai até o sistema, o sistema tem de ir até ela.”

---

**“A cultura de saúde implica em fazer da saúde um valor societário compartilhado”**

Eugênio Vilaça Mendes

O médico radiologista **Romeu Domingues**, presidente do Conselho do Grupo Dasa e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), tem um caso que ilustra a importância desse movimento. Nos dois primeiros mandatos como prefeito do Rio de Janeiro, entre 2009 e 2016, Eduardo Paes ampliou a cobertura da APS. No início de sua gestão, as clínicas de família atendiam 5% dos cariocas, conta Domingues. Ao sair, essa abrangência chegava a 70%. “As emergências públicas aqui no Rio caíram drasticamente”, lembra o médico. “O paciente bem cuidado não vai para o pronto-socorro com um AVC [*acidente vascular cerebral, o popular derrame*], um edema de pulmão ou um infarto.” Como ele lembra, a equipe de saúde vai na casa das pessoas: “Seu João, está tomando a insulina? Como está a sua pressão?”

## “O paciente bem cuidado não vai para o pronto-socorro com um AVC, um edema de pulmão ou um infarto”

Romeu Domingues

Da mesma forma que não se promove saúde apenas dentro da unidade básica, não há programa que dê certo sem o engajamento de cada um com seu próprio cuidado. Para tanto, não basta apenas conhecimento. Como costuma dizer **Luciana Holtz**, psico-oncologista, fundadora e presidente do Instituto Oncoguia, a conscientização tem de estar conectada ao acesso. “Não dá para simplesmente falar: ‘Ponha um tênis e vá caminhar’”, diz ela. “A calçada é segura? Ou será que a pessoa vai enfiar o pé em um buraco e se machucar? Será que ela vai ser assaltada? Sem levar isso em consideração, não podemos ter uma política efetiva de incentivo à prática de atividade física, por exemplo.”

## “A conscientização tem de estar completamente conectada com o acesso”

Luciana Holtz

anos, a partir dos 50 anos. Essa medida reduz em até 90% o risco de morte. “Ah, não dá para oferecer colonoscopia para todo mundo?”, provoca a presidente do Oncoguia. “Então vamos oferecer o exame de sangue oculto nas fezes, que é mais barato, e encaminhar, para a colonoscopia, os pacientes que apresentem resultados alterados.”

O mesmo raciocínio vale para os programas de rastreamento das doenças. Um programa de combate ao câncer de intestino, o segundo mais incidente entre brasileiras e brasileiros, tem pouca serventia se não oferecer acesso à colonoscopia, pontua Luciana. As diretrizes médicas preconizam que o exame deve ser feito, para quem não tem histórico familiar, de dez em dez

## Service versus value

A falta de recursos é um problema na saúde. E seus modelos de financiamento e de pagamento dos serviços são alvo de críticas: “Tanto no setor público quanto no setor privado trabalham com o chamado pagamento por procedimentos, *fee for service*. Esse modelo induz a mais e mais intervenções”, diz o médico Vilaça Mendes. “É preciso adotar um sistema baseado em valor para as pessoas, o *fee for value*. Ou seja, transitar pagamento por procedimento, por performance, por pacote ou episódio.” Os países que adotam esse método, normalmente, trabalham com uma composição híbrida de pagamentos.

Os melhores programas de promoção de saúde e prevenção de doenças raramente ficam restritos apenas ao âmbito da saúde e costumam envolver outras esferas do poder público. Em Portugal, por exemplo, a política nacional de controle do câncer envolve sete ministérios, além do da Saúde. Nesse sentido, o Brasil tem um caso emblemático, referência no mundo todo. No final dos anos 1980, foi instituída a Política Nacional de Controle do Tabaco. Em um “arranjo colaborativo”, como define Catherine Moura, entre o Executivo, o Legislativo, a União, os estados e os municípios. Só assim foi possível proibir o fumo nos espaços coletivos fechados públicos e privados, aumentar a tributação, obrigar os fabricantes de cigarros a estampar alertas sobre os perigos do tabaco nos maços.

Em cerca de trinta anos, segundo o INCA, houve uma redução de cerca de 15% no número de fumantes no país. Hoje, apenas um em cada dez brasileiros é fumante. Resolvemos então o problema do tabagismo? Não, a vigilância tem de ser constante. Atualmente, os profissionais alertam para os perigos do cigarro eletrônico e do lobby forte da indústria do cigarro no Congresso Nacional para derrubar as leis anti-cigarro.

Vejamos o que aconteceu com a vacinação das meninas contra o HPV, a medida mais eficaz contra o câncer uterino. Em meados da década de 2010, com o apoio das secretarias municipais de Educação, o Ministério da Saúde levou a prevenção para dentro das escolas e conseguiu imunizar 100% do público-alvo. Porém, hoje, sem essa mobilização, apenas metade das garotas está com o esquema vacinal completo.

## Janela de oportunidade

Para o consumidor de saúde, seja ele público ou particular, a valorização da atenção primária também exige um novo *mindset*. Somos hospitalocêntricos. Nossa referência de saúde é a doença. Só pensamos na saúde no momento da crise. Aí, corremos para o

hospital. Essa atitude, além de dispendiosa, atravança o sistema e, em se tratando de condições crônicas, é um perigo. A maioria das DCNT avança lenta e silenciosamente e, quando se manifesta, tende a ser tarde demais. Entre 2019 e 2021, por exemplo, 63% das neoplasias malignas diagnosticadas no Brasil, segundo dados do Radar do Câncer, do Instituto Oncoguia, foram detectadas em fases avançadas. Nesses estágios, as chances de cura são menores e os tratamentos, mais agressivos e, frequentemente, mais caros.

Adotar novos comportamentos, mudar uma cultura não é fácil. Por isso, os especialistas defendem a importância das escolas na educação da população para a saúde. “Como todo processo educativo, o ideal é que ele aconteça o mais precocemente possível”, defende a médica Catherine Moura. A infância e a adolescência são aquelas etapas da vida nas quais as pessoas estão mais abertas para absorver novas informações. As crianças e adolescentes se transformam em multiplicadores de conhecimento. E, assim, vai-se criando uma rede ampla de conscientização sobre a importância da vida saudável.

---

**“O papel das escolas é vital na educação da população em saúde. As crianças e os adolescentes são replicadores, multiplicadores de conhecimento”**

Catherine Moura

E aqui, a pandemia abriu uma inestimável janela de oportunidade, como defende Claudio Lottenberg. O novo coronavírus despertou a população para a importância do autocuidado. “Temos de aprimorar e incentivar esse empoderamento, esse autoconhecimento”, diz o médico. “Por mais que tentassem, os movimentos contrários à vacina, inclusive uma ação descoordenada do governo federal, não conseguiram evitar a ação coordenada do programa de imunização. E por quê? Porque a sociedade assim o quis.” O recado foi dado.

**Referências:**

Carta de Ottawa ([https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)); Escassez de trabalhadores qualificados na saúde: uma chamada para ação à enfermagem ([http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200001&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200001&script=sci_arttext&lng=pt));

Linhas de Cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde, do IEPS ([https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Panorama\\_IEPS\\_02.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Panorama_IEPS_02.pdf)),

Radarm do Câncer (<http://radardocancer.org.br>); Dados e Números da Prevalência do Tabagismo, do INCA (<https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>);

Ministério da Saúde quer voltar a vacinar meninas nas escolas contra o HPV, da Agência Brasil (<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-09/ministerio-da-saude-quer-voltar-vacinar-meninas-nas-escolas-contr-hpv>);

Recomendações para o rastreamento do câncer colorretal, do Instituto Oncoguia (<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/recomendacoes-para-o-rastreamento-do-cancer-colorretal/11404/179/#:~:text=As%20colonoscopias%20de%20acompanhamento%20devem,dos%20resultados%20da%20colonoscopia%20anterior.&text=Essas%20pessoas%20geralmente%20precisam%20fazer%20colonoscopia>);

Proportion of cancer cases and deaths attributable to lifestyle risk factors in Brazil (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877782118305253>);

Uma agenda para transformar o sistema de saúde, da Coalizão Saúde (<http://icos.org.br/wp-content/uploads/2017/04/RelatórioNet.pdf>)

## As Propostas

- ✓ Acelerar a transformação digital do SUS
- ✓ Mudar os modelos de gestão, financiamento e pagamento
- ✓ Aumentar o financiamento destinado à APS e fazer da área uma prioridade dos governos
- ✓ Treinar e valorizar as equipes multidisciplinares da APS
- ✓ Reestruturar e fortalecer a APS para aumentar sua resolutividade
- ✓ Garantir a longitudinalidade da atenção primária
- ✓ Por meio da telemedicina, oferecer às equipes de APS o apoio de especialistas
- ✓ Cadastrar e conhecer, por meio de dados acionáveis, a população do território da UBS
- ✓ Basear as políticas e programas de promoção à saúde e prevenção de doenças em evidências científicas
- ✓ Nas campanhas, usar linguagem amigável e inclusiva
- ✓ Usar a tecnologia para divulgar essas mensagens em diferentes plataformas e formatos
- ✓ Abrir espaço para participação social na construção e validação desses conteúdos
- ✓ Garantir a integralidade entre os diferentes níveis da saúde
- ✓ Reforçar junto à população seu papel de responsável pelo cuidado
- ✓ Conectar sempre a conscientização com o acesso



## CAPÍTULO 3

**Pouca  
inovação,  
muita  
dependência**

## Entrevistados

**Chao Lung**, médico, professor associado da Universidade de São Paulo (USP), chefe da disciplina de telemedicina, no departamento de patologia, da Faculdade de Medicina da USP, chefe do grupo de pesquisa USP em telemedicina no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações

**Cleiton Marques**, economista, sócio-fundador e CEO da Biolab Farmacêutica

**Denizar Vianna**, cardiologista, professor titular de Medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde, entre 2019 e 2020

**Fernanda De Negri**, pesquisadora do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)

**Franco Pallamolla**, administrador de empresas, presidente da Associação Brasileira da Indústria de Dispositivos Médicos (Abimo) e da LifeMed SA e diretor do Comitê da cadeia Produtiva de Saúde e Biotecnologia (ComSaúde), da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp)

**Jorge Kalil**, professor em imunologia clínica da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, diretor presidente do Instituto Todos pela Saúde e diretor do Laboratório de Imunologia, do Hospital do Coração

## Entrevistados

**José Gomes Temporão**, médico sanitарista, pesquisador do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (CEE-Fiocruz) e ministro da Saúde entre 2007 e 2011

**Mohamed Parrini**, economista, CEO do Hospital Moinhos de Vento e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**Nelson Mussolini**, presidente executivo do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos (Sindusfarma)

**Paulo Moll**, bacharel em economia, CEO da rede D'Or e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**Robson Capasso**, otorrinolaringologista, professor e associate dean da Escola de Medicina, da Universidade de Stanford

**Ruy Baumer**, presidente do Sindicato da Indústria de Artigos e Equipamentos Odontológicos, Médicos e Hospitalares do Estado de São Paulo (Sinaemo), diretor do Comitê da cadeia Produtiva de Saúde e Biotecnologia (ComSaúde), da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp) e CEO da Baumer



## Sobre a importância do desenvolvimento científico e tecnológico para a saúde - e o Brasil

Indispensáveis aos leitos intensivos e usados para a ventilação mecânica em pacientes com dificuldades respiratórias, os respiradores tornaram-se o símbolo mais dramático da falta de visão política e de valorização da indústria nacional de saúde como área estratégica. No auge da pandemia, em 2020, com as UTIs abarrotadas de gente, os relatos de doentes morrendo sufocados (sem ar, pela ausência das máquinas), chocaram o Brasil. A tragédia era anunciada.

O SARS-CoV-2 pegou o mundo de surpresa. Ninguém poderia imaginar, óbvio, que aquele novo vírus, identificado pela primeira vez em 1º de dezembro de 2019, na cidade chinesa de Wuhan, em pouco tempo, lançaria a humanidade no período mais sombrio da história contemporânea. A própria China, um dos maiores fabricantes globais de respiradores, teve de decuplicar a produção dos aparelhos. Mas os chineses, graças a um parque industrial de saúde bem montado, tiveram como responder à urgência. Nós, não. “O Brasil ficou de joelhos”, define o médico sanitário **José Gomes Temporão**, pesquisador da Fiocruz e ministro da Saúde, entre 2007 e 2011. “Não tínhamos respiradores, não tínhamos equipamentos de proteção individual, não tínhamos insumos.”

De afogadilho, o governo entrou na disputa internacional por suprimentos médicos. Os preços, naturalmente, foram às alturas. Os respiradores, por exemplo, que custavam entre R\$ 50 mil e R\$ 60 mil, passaram a ser vendidos por R\$ 180 mil, no mínimo. Mesmo assim não foi fácil achá-los. Uma centena de países colocaram barreiras de acesso aos produtos, impedindo a importação. Parte da demanda brasileira foi suprida graças à reconversão industrial, uma estratégia típica dos períodos de guerra. “Esse processo consiste na rápida transformação de plantas industriais (...) em unidades produtivas adaptadas emergencialmente para

a produção de bens ou equipamentos de primeira necessidade temporariamente escassos”, lê-se no relatório *Reconversão industrial em tempos de Covid-19: o papel dos governos para salvar vidas*, de maio de 2020, elaborado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese). Companhias do setor energético, automobilístico, aeronáutico e até da educação passaram a produzir ventiladores pulmonares.

Vivia-se uma grave emergência, O.K. Mas, a pandemia sozinha não foi a responsável por levar o Brasil a tamanha vulnerabilidade. O SARS-CoV-2 apenas escancarou o quão grande é a dependência tecnológica do país. Nas últimas décadas, as importações de respiradores praticamente sextuplicaram. Foram de US\$ 9 milhões, em 1999, para US\$ 52 milhões, em 2019. No primeiro ano do novo coronavírus, atingiram US\$ 167 milhões. Os ventiladores não são um caso isolado. “Alguns números dão uma ideia da brutal situação de dependência do nosso país: em 2020, o Brasil importou algo como US\$ 15 bilhões das indústrias da saúde e exportou US\$ 2 bilhões”, escreve Temporão, no artigo *As duas faces da saúde: política nacional e espaço de desenvolvimento econômico*, de fevereiro de 2022. Do total das importações, segundo o médico, 75% são da área farmacêutica e de vacinas. De cada dez princípios ativos utilizados no país para a fabricação de remédios, nove vêm de fora.

#### IMPORTAÇÕES X EXPORTAÇÕES DO BRASIL NA SAÚDE EM 2020



Em uma das muitas lições deixadas pela covid-19, fica a certeza de que a falta de autonomia, além de provocar impactos negativos na balança comercial, compromete a qualidade da saúde no país. Não é de agora, argumentam os especialistas, o Brasil já deveria estar se preparando para um futuro mais autossuficiente. Nada, porém, pelo menos por enquanto, aponta nessa direção. Nas últimas décadas, a dependência só faz aumentar. “Nos anos 1980, o cenário era bastante distinto: tínhamos uma capacidade de produção interna em torno de 50%. Isto é, produzíamos metade dos princípios ativos do que utilizávamos para a produção de medicamentos”, pontua o pesquisador da Fiocruz, em seu artigo.

---

**“É preciso ter muita maturidade nessa discussão [da dependência externa]. Precisamos discutir efetivamente em que áreas o país tem competitividade, pois sabemos que, eventualmente, a gente não tem competitividade em algumas linhas”**

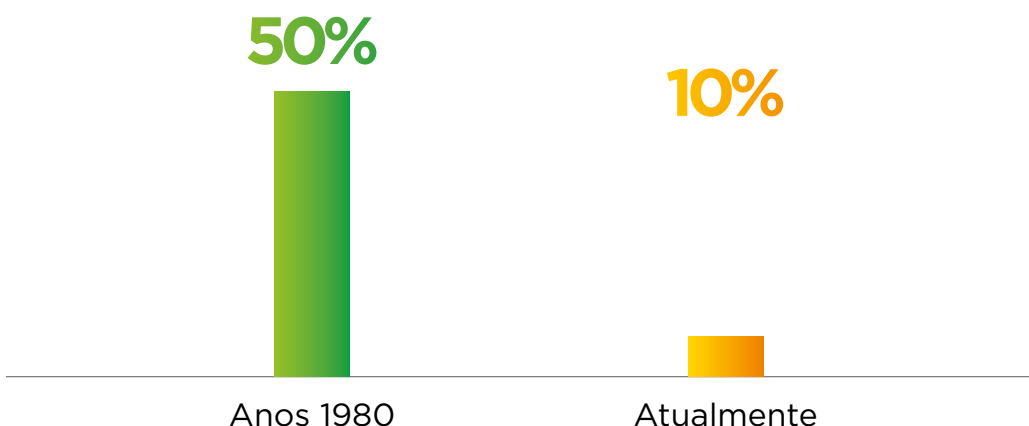
Paulo Moll

Para o executivo **Paulo Moll**, bacharel em economia, CEO da rede D’Or e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), a discussão sobre a dependência externa não é fácil. “Frente à falta de insumos básicos, durante a pandemia, a tendência é imaginar que devemos ser autossuficiente em todas as linhas, que precisamos produzir tudo no Brasil”, diz ele.

“Mas sabemos que, eventualmente, a gente não tem a mesma competitividade em algumas linhas. Será preciso ter muita maturidade nessa discussão.” Em sua opinião, é preciso encontrar um meio termo e discutir efetivamente em que áreas o país tem competitividade, o que é estratégico, o que é preciso realmente fomentar e ter uma produção nacional. “Antes da pandemia, o pêndulo estava em um extremo, onde se dependia da importação de tudo, dado que se conseguia comprar mais barato. Agora, o pêndulo está para o outro lado”, completa o CEO.

### PRODUÇÃO EM QUEDA

Quantidade de princípios ativos produzidos no Brasil



Em 2007, ao assumir o ministério da Saúde, Temporão e sua equipe já alertavam para o fato de o SUS “estar assentado em ‘pés de barro’ pela fragilidade da capacidade produtiva e tecnológica local”. Deu-se início, então, ao processo de fortalecimento do CEIS (Complexo Econômico Industrial da Saúde), que culminou, em maio do ano seguinte, com a criação, por decreto presidencial, do Grupo Executivo do CEIS, do qual participavam sete ministérios, sob a coordenação da pasta da Saúde. Tendo o BNDES como órgão de fomento, o CEIS contava com um departamento dentro do banco. A iniciativa tinha, por princípio, a filosofia de que a saúde “deve ser entendida como política social fundamental para a melhoria da qualidade de vida da sociedade, mas também como

espaço de desenvolvimento econômico –e não apenas de gasto ou alocação de recursos, geralmente escassos, como a economia conservadora costuma nos apontar”, explica Temporão. “A saúde é fonte de geração de renda, de investimento e de emprego. A saúde também é fonte de inovação e de conhecimento estratégico para a quarta revolução tecnológica que está aí.”

A ideia era definir uma lista de produtos prioritários para a internalização da produção. E, assim, diminuir as vulnerabilidades de acesso, a partir de parcerias interministeriais, com entidades reguladoras, institutos de ciência e tecnologia, universidades, agências de fomento à pesquisa e à iniciativa privada. A ordenação das necessidades como ponto de partida para o desenvolvimento científico e tecnológico do setor é uma unanimidade entre líderes e estudiosos da saúde brasileira.

Conforme os governos mudavam, o Grupo Executivo do CEIS foi sendo esvaziado, esvaziado... até a extinção em 2017. Lê-se no artigo 21, parágrafo primeiro, do decreto número 9 245, de 17 de dezembro, daquele ano: “Ficam revogados: o decreto de 12 de maio de 2008, que cria, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo da Saúde (...)”. E, mais recentemente, um ano antes do início da crise sanitária, o Palácio do Planalto encerrou as atividades do departamento responsável pela gestão do complexo industrial e fechou a Coordenação de Equipamentos e Materiais Médicos, justamente o setor encarregado pelas estratégias de fornecimento de insumos,

---

**“Se a área da  
inovação da  
saúde não for  
uma política  
de Estado, de  
longo prazo,  
a gente não  
vai caminhar”**

Denizar Vianna

como respiradores, máscaras e luvas, entre outros. “Se a área da inovação da saúde não for uma política de Estado, de longo prazo, a gente não vai caminhar”, diz o cardiologista **Denizar Vianna**, professor titular de medicina, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), e secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde, entre 2019 e 2020. Ao que **Franco Pallamolla**, presidente da Associação Brasileira da Indústria de Dispositivos Médicos (Abimo) e da LifeMed SA e diretor do ComSaúde Fiesp, completa: “Não se faz ciência com governo de plantão, com mudanças de quatro em quatro anos”.

A pesquisa científica, sobretudo na saúde, leva muito tempo. O desenvolvimento de um remédio pode consumir mais de dez anos de trabalho. E, em geral, de cada dez moléculas testadas, apenas uma se transforma em remédio de fato. “A ciência e o conhecimento não podem ser solução de continuidade [*interrompidas*]”, diz **Jorge Kalil**, professor em Imunologia Clínica, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo (USP), diretor presidente do Instituto Todos pela Saúde e diretor do Laboratório de Imunologia, do Hospital do Coração. “Se você está construindo uma ponte e o dinheiro acaba, você pode retomar a obra depois e terminar a ponte. Quando você encerra um projeto científico, você perde tudo o que você fez até então.” Perenidade é a palavra-chave.

---

**“Se você está construindo uma ponte e o dinheiro acaba, você pode retomar a obra depois. Quando você encerra um projeto científico, perde tudo o que você fez até então”**

Jorge Kalil

O Brasil tem tudo para se tornar um país de relevância global, como centro produtor de conhecimento em saúde. “Temos pontos fortes”, diz Vianna. “A gente tem capacidade instalada de pesquisa e pesquisadores de ponta.” Teoricamente, o país é atraente à ciência. Somos muitos, quase 213 milhões de habitantes, e somos diversos, tanto do ponto de vista étnico e demográfico quanto cultural –uma variedade rara no mundo.

O otorrinolaringologista **Robson Capasso**, professor e *associate dean* da Escola de Medicina, da Universidade Stanford, nos Estados Unidos, lembra outra característica bastante peculiar do Brasil – o perfil demográfico de doença. De um lado, o mais rico, está um país onde as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) crescem em ritmo acelerado e os centros de pesquisa, muitos deles, se comparam em excelência aos melhores e mais avançados do mundo. Do outro lado, o mais pobre, está uma população que ainda hoje sofre com as mazelas da falta de saneamento básico, carente de cuidado, onde as infecções e parasitárias ainda têm um peso importante. Em um estudo clínico, o ideal é que o grupo de voluntários convidado a testar, por exemplo, um novo medicamento seja espelho da realidade. Portanto, quanto maior a diversidade, mais abrangentes e amplos serão os resultados da investigação clínica. “O Brasil oferece inúmeras possibilidades para projetos de pesquisa bastante interessantes”, diz Capasso.

Há de se considerar ainda a potência do país como mercado interno consumidor, uma característica que, normalmente, impulsiona a pesquisa científica e, conseqüentemente, a inovação. Só o governo gasta cerca de 12% do PIB em compras públicas, segundo a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como apontado no relatório *O Brasil na OCDE – Compras Públicas*, organizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e divulgado em julho de 2021. “E muitas dessas compras estão concentradas na área da saúde”, diz Vianna. José Gomes Temporão tem os números. Na área de medicamentos, as compras públicas representam 35% do total e chegam a incríveis 90% do mercado de remédios de alta tecnologia.

De cada cem vacinas consumidas no país, 95 foram adquiridas pelo poder público. Nos setores de equipamentos e de testes diagnósticos, esses índices são 50% e 60%, respectivamente.

**12%** do PIB é o gasto do governo brasileiro com compras públicas

Se for levado em conta o consumo privado, esses números vão às alturas. Em 2017, informa o IBGE, as famílias brasileiras desembolsaram o equivalente a 5,4% do PIB com o consumo de produtos e serviços de saúde, contra os 2,3%, em média, dos países da OCDE. Naquele ano, o gasto do governo brasileiro equivaleu a 3,9% do produto interno bruto, menor do que a média de 6,5% das nações da organização. No ranking dos maiores consumidores globais de medicamentos, devemos chegar à quinta posição até o fim de 2022, segundo a Interfarma (Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa). Em 2012, estávamos em sétimo.

Pois é, apesar de todas essas riquezas, a burocracia e a morosidade envolvidas na concessão de licenças afugentam os pesquisadores e os patrocinadores de pesquisas clínicas. No artigo *Mais agilidade para as pesquisas clínicas*, **Nelson Mussolini**, presidente executivo do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos (Sindusfarma), diz que esses problemas custam ao Brasil 2 bilhões de reais por ano. Quando produz ciência, um país recebe mais investimentos para pesquisa, aumenta a capacitação de profissionais do setor e ganha autonomia econômica e tecnológica. Torna-se, enfim, uma nação mais próspera e inovadora.

**R\$ 2 bilhões**

é a perda anual do Brasil com a falta de incentivo às pesquisas no país

A pandemia deixa um legado importante para a pesquisa clínica global – o de que as tecnologias digitais podem impulsionar o

setor. Não fossem elas, durante o isolamento social, imposto pela crise sanitária, muito estudo científico teria sido interrompido. Essas inovações não só conseguiram manter as investigações em andamento quanto foram imprescindíveis para que novas pesquisas, inclusive sobre o SARS-CoV-2, pudessem ser levadas a campo –ainda que todos, pesquisadores e voluntários, estivessem trancados em casa. “Por telemedicina, é possível recrutar pacientes em todo o que é lugar do Brasil, fazer o procedimento de consentimento e até mesmo oferecer algum tratamento”, elogia o professor de Stanford. “Além disso, as ferramentas digitais são importantes para a retenção dos pacientes.”

Esse tem sido um problema para os grandes centros produtores de pesquisas clínicas. Segundo mostra a consultoria americana Deloitte, no artigo *Reimagining digital clinical trials – The age of the digital patient*, dois terços dos ensaios hoje não têm pacientes em número suficiente e 30% são cancelados por causa do abandono dos voluntários. “A baixa adesão pode ser decorrente da desconexão entre as expectativas e as experiências dos pacientes nas pesquisas”, escrevem os analistas da Deloitte. “Os pacientes de hoje estão cada vez mais digitais e esperam que a tecnologia ofereça conveniências. Ainda que os patrocinadores dos ensaios tenham digitalizado alguns processos, não foi o suficiente para reter os voluntários nas pesquisas.”

O desenvolvimento científico e tecnológico da saúde é uma das atribuições do SUS, determinada pela Constituição. Não só isso, como a lei 9639, de 1998, alterada pela medida provisória 2.143/2001, reforça tal competência como atribuição do Ministério da Saúde. “Portanto, a ciência, tecnologia e inovação tornaram-se fundamentais ao desenvolvimento e melhoria na saúde pública do cidadão brasileiro”, informa o relatório *Panorama da ciência brasileira: 2015 – 2020*, lançado, em junho de 2021, pelo Observatório de Ciência, Tecnologia e Inovação (OCTI), do Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE), vinculado ao Ministério de Ciência e Tecnologia. No papel, valorizamos, mas na prática, rechaçamos.

## Diáspora acadêmica

E a fragilidade só aumenta. “Nós estamos vivendo o pior momento do financiamento da ciência no Brasil”, define José Gomes Temporão. Cortes de recursos, fuga de cérebros para o exterior, bolsas de mestrado e doutorado congeladas, laboratórios fechando... Nosso problema não tem nada a ver com falta de produção ou de qualidade das pesquisas. Ao contrário. O Brasil é o 13º no ranking dos países com mais artigos de saúde indexados na *Web of Science* (WoS). Durante a crise sanitária, foi um dos mais profícuos em trabalhos sobre a covid-19. “O dinamismo da produção permitiu realizar importantes coautorias com pesquisadores alocados em outros países, transferindo e compartilhando conhecimento de extrema relevância no enfrentamento do coronavírus”, lê-se no documento do OCTI. Dos 867 artigos científicos sobre o SARS-CoV-2, publicados até dezembro de 2020, 34% aconteceram com colaboração internacional. No ano anterior, esse índice foi de 31%. “Ou seja, (...) a pandemia resultou em maior internacionalização da nossa ciência e em maior aproximação com outros centros de pesquisa.”

Dito isso a favor da excelência de nossos acadêmicos, chegue-se ao primeiro entrave para a expansão e o fortalecimento da

ciência, tecnologia e inovação da saúde. “A gente forma poucos cientistas”, diz a economista **Fernanda De Negri**, pesquisadora do IPEA. Em *Rumo a 2030, visão geral e cenário brasileiro*, da Unesco, o país aparece muito atrás dos grandes polos globais, em número de pesquisadores. Os cientistas brasileiros somam cerca de 700 por um milhão de habitantes. Em Israel, essa taxa

---

**“Nós estamos  
vivendo o pior  
momento do  
financiamento da  
ciência no Brasil”**

José Gomes Temporão

é de 8,3 mil; em Singapura, de 6,4 mil; nos Estados Unidos, de 3,9 mil; na União Europeia, Rússia e China, respectivamente, de 3,2 mil; 3,1 mil; e 1,1 mil. Na América Latina, a Argentina lidera, com 1,2 mil. Tem mais. “Além de formarmos poucos cientistas, os poucos que formamos não conseguimos manter no país”, completa Fernanda. “A principal valorização de um profissional é ele ter um lugar onde possa exercer suas qualificações.”

Diferente do que acontece nos países mais desenvolvidos, a iniciativa privada poderia absorver parte desses cientistas, mas as empresas brasileiras investem pouco em pesquisa e desenvolvimento (P&D). Em relação à receita líquida, o percentual médio de aporte para a área de inovação corporativa é de apenas 2%, conforme pesquisa da Confederação Nacional da Indústria, de 2020. O caminho natural dos cientistas brasileiros acaba sendo, portanto, prestar concurso para trabalhar como professor em alguma universidade pública. Sem mercado, quem tem oportunidade vai embora. Na bagagem, leva mão de obra altamente

---

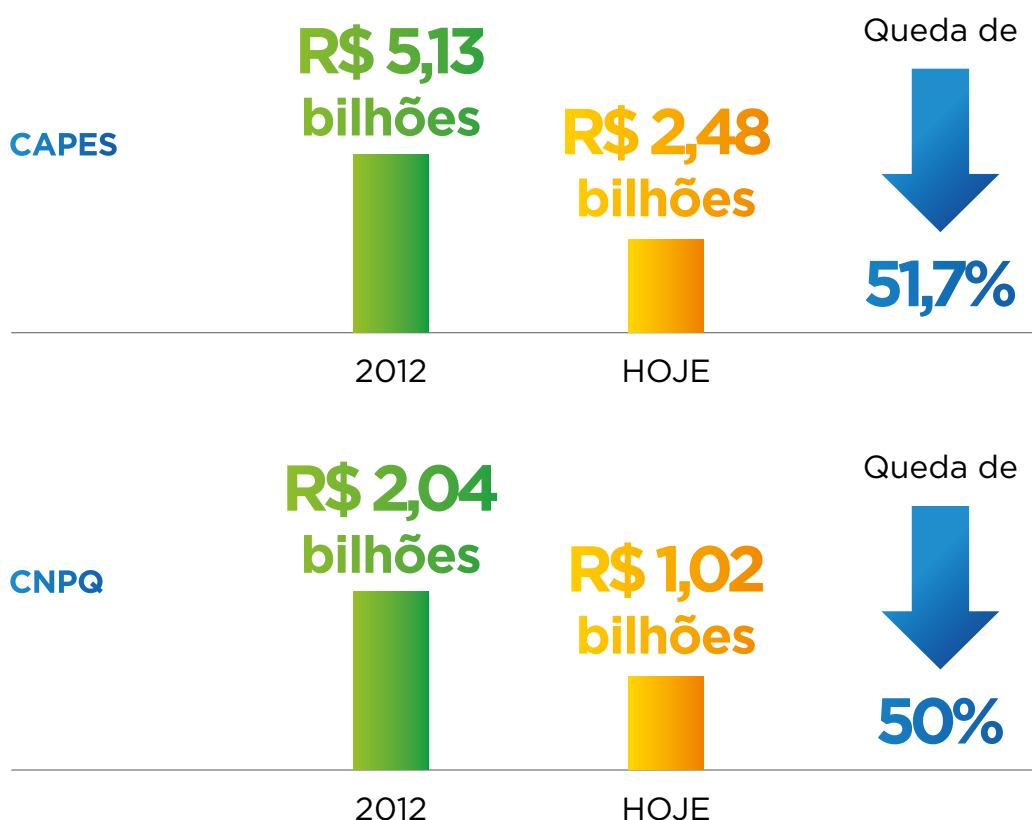
**“A principal  
valorização de  
um profissional  
é ele ter um  
lugar onde possa  
exercer suas  
qualificações”**

Fernanda De Negri

qualificada. “E a maluquice disso é que, normalmente, esses pesquisadores foram formados pelo Estado brasileiro; ou através de universidades públicas ou de agências de fomento, como a Capes”, diz Franco Pallamolla. Como já sintetizou o filósofo e cientista político Renato Janine Ribeiro, presidente da SBPC e ministro da Educação em 2015, “o Brasil está financiando os países ricos”. Segundo o levantamento do CGEE, entre 5 e 6 mil pesquisadores brasileiros trabalham atualmente no exterior. A maioria está nos Estados Unidos.

Em dez anos, as duas principais agências de fomento à pesquisa, o CNPq e a Capes, perderam cerca de metade de seus orçamentos. Em 2012, o total de investimentos na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior foi de aproximadamente R\$ 5,13 bilhões. Agora, gira em torno de R\$ 2,48 bilhões. No Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, o drama se repete – os R\$ 2,04 bilhões viraram R\$ 1,02 bilhão. Juntos, CNPq e Capes financiam cerca de 180 mil pesquisadores. E 90% do que as entidades recebem é para o pagamento de seus bolsistas. Hoje em dia, o mestrando recebe, em média, R\$ 1,5 mil, por mês, e o doutorando, R\$ 2,2 mil. Preços congelados desde 2013.

#### ORÇAMENTOS EM QUEDA



A fuga de cérebros no Brasil mereceu, em julho de 2021, reportagem na revista inglesa *The Economist*, intitulada *Brazil's*

*brain drain is getting worse*. Ouvida pela publicação, a pesquisadora Ana Maria Alves Carneiro da Silva, doutora em Política Científica e Tecnológica, pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), foi taxativa: “Estar em um país que ataca diariamente a ciência é muito desanimador”. E o paradoxo é que o descaso com o conhecimento acontece em uma nação cuja Constituição foi uma das primeiras do mundo a mencionar explicitamente a importância da ciência para o bem público. Está lá no artigo 218: “O Estado promoverá e incentivará o desenvolvimento científico, a pesquisa, a capacitação científica e tecnológica e a inovação”.

## Do *paper* à nota fiscal

Os entraves à inovação da saúde brasileira são muitos. O primeiro deles é o descompasso entre a academia e o setor industrial. O volume de patentes cresce em ritmo inferior ao da produção científica. O estudo da Unesco mediu o desequilíbrio. Os pedidos de patentes registrados no INPI, em doze anos, entre 2000 e 2012, aumentaram 62%, enquanto as publicações científicas, 308%. “Ao se considerar apenas os pedidos de patentes de residentes, a taxa de crescimento ao longo do período foi ainda menor, 21%”, lê-se em *Rumo a 2030, visão geral e cenário brasileiro*. “Outro gargalo se encontra no baixo número de patentes concedidas pelo USPTO [o escritório americano de marcas e patentes] para requerentes brasileiros. Essa tendência demonstra que as empresas brasileiras ainda não são competitivas internacionalmente quando se trata de inovação.”



O economista **Cleitton Marques**, sócio fundador e CEO da Biolab Farmacêutica, tem um caso que ilustra à perfeição a precariedade da coordenação entre indústria e academia. Líder de mercado no segmento de tratamento para enjoo e vômito, o Vounau foi desenvolvido pela Biolab em parceria com a USP. Apenas esse medicamento, segundo ele, representa hoje 90% de tudo o que um dos principais centros de pesquisa acadêmica do país recebe de *royalties*. “Eu fico orgulhoso disso, mas, ao mesmo tempo, triste”, diz Marques. “A gente está falando da Universidade de São Paulo, não é?” Como resume Franco Pallamolla, é preciso transformar os *papers* científicos em nota fiscal.

## “É preciso transformar *paper* científico em nota fiscal”

Franco Pallamolla

Na opinião de Denizar Vianna, a articulação entre os dois setores deveria ficar a cargo da Casa Civil, “o grande gerente da Esplanada”. “Essa articulação é tão importante e exige uma interação tão grande entre os ministérios que deveria ficar a cargo da Secretaria de Assuntos Estratégicos”, defende o cardiologista. Esse foi o expediente usado na parceria entre a Fiocruz e a AstraZeneca, por exemplo, para a transferência de tecnologia da vacina contra a covid-19, lembra o professor da UERJ. “Não estou excluindo o setor privado disso, não. Mas quem tem de ter o ponto de partida dessa articulação é o governo”, completa.

O economista **Mohamed Parrini**, CEO do Hospital Moinhos de Vento e Conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), lembra, inclusive, que os grandes polos de desenvolvimento industrial da saúde, os vencedores, são híbridos - frutos de parcerias entre o Estado e a iniciativa privada. “Não

adianta ser keynesianista e dizer que o Estado tem de fazer tudo ou ser totalmente liberal, defendendo que as empresas façam”, diz ele. “O importante é que, em uma visão menos corporativista, a gente possa usar a saúde como polo de desenvolvimento industrial do Brasil.”

O ex-secretário de Ciência e Tecnologia costuma dizer que a saúde precisa reproduzir dois casos de sucesso no Brasil – o da Embraer e o da Embrapa. Graças a uma articulação entre indústria e academia, organizada pelo Estado, hoje, o Brasil produz aeronaves de médio porte para o mundo todo. “É sinal de que o país pode e tem capacidade de promover inovação”, defende Vianna. O mesmo aconteceu no agronegócio, com a Embrapa. E o que possibilitou o avanço dessas duas áreas? “Uma política de Estado que ficou [*a despeito das trocas de governo*]”, reforça ele.

---

## **“Que a gente possa usar a saúde como polo de desenvolvimento industrial Brasil. Os grandes polos vencedores são híbridos – o Estado e o privado trabalhando juntos”**

Mohamed Parrini

Mas, para avançar, é preciso conhecer as competências existentes no país. E aí tem-se mais uma deficiência brasileira – a falta de dados, de dados acionáveis, de informações que, bem analisadas, permitem a elaboração de estratégias de negócios e, conseqüentemente, a melhor tomada de decisão. “É preciso

mapear... Quem faz pesquisa clínica bem? Quem faz pesquisa clínica em oncologia? E na área de equipamentos?”, diz Vianna. “Eu sou da universidade pública, se você quiser botar dinheiro a fundo perdido, você coloca lá. O pesquisador vai fazer um negócio da cabeça dele, sem nenhuma articulação em torno das necessidades e prioridades do país.” Ao que Robson Capasso, completa: “Tem de ter estratégia, a partir da visão de quais áreas são prioritárias. Só assim é possível alocar os recursos de forma adequada”. Os especialistas defendem ainda a importância de investimentos na interoperabilidade dos dados de saúde, tanto os do sistema público quanto os da medicina suplementar, na busca por tomadas de decisão mais assertivas, melhorando a qualidade da gestão e do atendimento.

**“Tem de ter estratégia [para pesquisa clínica], a partir da visão de quais áreas são prioritárias. Só assim é possível alocar os recursos de forma adequada”**

Robson Capasso

## Previsibilidade

Para alavancar o progresso da indústria da saúde rumo à economia 4.0, é preciso tornar o ambiente de negócios favorável à inovação. Para os porta-vozes da indústria, um dos primeiros passos nessa direção é modernizar os marcos legais que regulam as pesquisas. Conforme Nelson Mussolini, no Brasil, depois de ser

protocolada, uma proposta de pesquisa leva, em média, oito meses para ser analisada. “Some-se a isso as inevitáveis pendências e exigências de alteração dos protocolos de pesquisa durante seu desenvolvimento”, escreve ele no artigo *Mais agilidade...* Nos Estados Unidos, esses trâmites consomem 45 dias. Na Europa, 60. Aqui, na América Latina, na Argentina e no México o prazo varia entre 30 e 90 dias. “Hoje nós temos um sobretrabalho”, critica o presidente do Sindusfarma. “É preciso registrar cada pesquisa clínica na Anvisa, depois na Conep [*Comissão Nacional de Ética em Pesquisa*] .... Precisamos encurtar caminhos.” Por que, sugere ele, a agência não deixa pré-determinado o que espera dos ensaios clínicos? “Se eu, quando terminar minha pesquisa e for registrar meu produto, não cumpro aqueles parâmetros, perco minha pesquisa. Azar de quem? Azar de quem não sabe fazer pesquisa”, argumenta.

Faz-se urgente também reformular o termo de consentimento do paciente. A Conep determina que o patrocinador da pesquisa clínica mantenha os voluntários para o resto da vida. “Isso não tem parâmetro em lugar nenhum do mundo”, crítica Mussolini. “É mais uma jabuticaba que a gente tem aqui e que afasta muitas pesquisas no Brasil.” Em sua opinião, o procedimento adotado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em relação às doenças ultra raras deveria servir de exemplo.

Em 2017, por meio da resolução 563, o CNS determinou que o “dono” dos estudos deve assegurar a todos os participantes o acesso gratuito aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos por cinco anos, depois da obtenção do registro na Anvisa. No caso de medicamentos, o prazo começa a contar a partir da definição do preço pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). “Crie-se um tempo... Até três, cinco, vinte anos, não sei.... Mas que se defina um prazo qualquer”, cobra o presidente do Sindusfarma. “Eu não posso não saber qual é o fim de alguma coisa que eu começo. Pesquisa é cara, os produtos são caros, o trabalho é estafante... Muitas vezes dá errado e se perde muito dinheiro. Nós precisamos ter previsibilidade.”

## Inovação incremental

Os representantes da indústria da saúde defendem também mudanças no marco regulatório de preços. “Nossa legislação sobre o tema é de 2002, quando os medicamentos genéricos nem existiam; quando não havia competição”, afirma Mussolini. “O Brasil não aposta na inovação incremental.” Marques, CEO da Biolab, coleciona algumas histórias que ilustram à perfeição a fala do presidente do Sindusfarma.

**“O Brasil  
não aposta  
na inovação  
incremental”**

Nelson Mussolini

Alguns anos atrás, a farmacêutica criou um gel retal anticonvulsivante para crianças. “Você não consegue administrar o medicamento injetável ou o oral em uma criancinha que está tendo uma convulsão”, explica o executivo. “Nós desenvolvemos o produto a partir de um medicamento já existente sob a forma de comprimido. Registramos na Anvisa, que era o processo mais difícil e fomos pedir preço”, lembra Marques. Para cada cinco miligramas do gel, a

CMED estipulou o valor equivalente a um comprimido de cinco miligramas do produto antigo. E não houve argumento capaz de reverter a decisão dos técnicos da câmara, conta o empresário. Na matemática do governo federal, não importa a tecnologia usada pelo fabricante no aperfeiçoamento do fármaco.

Outro caso, ainda com a Biolab. A empresa desenvolveu uma solução oral para o tratamento infantil do hipotireoidismo, a partir também de um medicamento mais antigo, também em comprimido. “Foi difícil para chuchu”, diz Marques. “E qual foi o preço que o governo nos deu? O equivalente ao valor de um comprimido”, critica ele. “Sem o medicamento nas farmácias, os

médicos mandam manipular o gel.” E o que era para custar R\$ 70 acaba saindo por R\$ 250, diz o CEO. “Essas pequenas soluções têm de ser reconhecidas. Com a inovação incremental, eu vou me capitalizar para gastar na radical, onde o nível de risco é multiplicado por mil –e os gastos e os prazos também”, defende o executivo. “Não dá para chegar nas inovações radicais, sem passar pela incremental.”

O médico **Chao Lung**, professor associado e chefe da disciplina de telemedicina, no departamento de patologia, da Faculdade de Medicina, da USP, e chefe do grupo de pesquisa da Universidade em telemedicina, no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações, gosta de usar o exemplo do imposto de renda. “Nós começamos com a declaração em papel, para depois evoluir para o disquete, para depois, com a internet, fazer a declaração em website. Vieram os aplicativos e hoje enviamos a declaração pelo smartphone”, compara ele. “Portanto, a inovação incremental ocorre ao longo do tempo, de acordo com a evolução tecnológica. Ela tem um tempo de latência.”

Na opinião de Denizar Vianna, o governo deveria elaborar critérios bem definidos para a classificação de o que é realmente inovação incremental. Houve ganho terapêutico em relação aos produtos com a mesma indicação já disponíveis? Melhorou a conveniência do paciente? Nesse caso, o acréscimo de preço se justifica.. “O problema é que as regras não estão claras hoje sobre isso”, critica o cardiologista. “A legislação é muito antiga.” E tudo o que a CMED não consegue precificar pela norma existente, explica o médico, vai para a categoria de “caso omissso”. Quando isso acontece, cabe ao comitê técnico-executivo da Câmara de Regulação definir regras específicas para o caso. A legislação de preços tem de acompanhar os avanços da medicina. Do contrário, tudo vira excepcionalidade. “Isso fragiliza muito o processo”, completa o professor da UERJ.

## Liberdade de preço

Para Nelson Mussolini, desde que o originador e mais um concorrente estejam no mercado, a inovação incremental não deveria ter preço controlado. “O preço tem de ser livre para incentivar que mais gente o faça. Se o produto for um sucesso, rapidamente, surgem concorrentes”, defende o presidente do Sindusfarma, “O empresariado quer liberdade de preço no varejo. O que não significa preço descontrolado”, frisa ele. “Por intermédio do CADE, o Estado tem como monitorar e penalizar os abusos.”

No último ano, segundo Claiton Marques, 47 projetos de lei foram apresentados no Congresso com propostas de congelamento de preços dos remédios. “Medicamento não é ônus. Nós não somos a indústria da doença. Nós vendemos saúde”, defende Marques. “O Brasil precisa decidir se quer ser um país de genéricos ou um país de inovação”, diz. Se for para acompanhar a revolução da saúde 4.0, segundo ele, o Estado tem de incentivar a indústria com mais benefícios e menos tributação.

Esse é um ponto nevrálgico para o setor privado. “Todo mundo diz: ‘Empresário só pede subsídio’. Eu quero facilidade, regra de jogo clara e segurança jurídica”, afirma **Ruy Baumer**, presidente do Sindicato da Indústria de Artigos e Equipamentos Odontológicos, Médicos e Hospitalares do Estado de São Paulo (Sinaemo), diretor do ComSaúde, e CEO da Baumer. Nas vendas para o SUS, segundo ele, a indústria paga 46% de imposto. “E o importado não paga nada”,

---

**“Todo mundo diz:  
‘Empresário só  
pede subsídio’.  
Eu só quero  
facilidade, regra  
de jogo clara e  
segurança jurídica”**

Ruy Baumer

diz. Em outubro de 2021, o governo federal reduziu o imposto de importação de uma série de remédios e equipamentos médicos. Mais recentemente baixou também o IPI (Imposto sobre Produto Industrializado) de uma variedade de outros bens. “Vamos seguir importando, comprando produtos de fora”, afirma Franco Pallamolla.

Além disso, as vendas para o sistema público são especialmente complicadas. Os empresários nunca sabem quando vão receber, argumentam. “Mas o imposto eu pago em dia conhecido. E se não pagar, recebo multa mais taxa Selic”, critica Baumer. “Se o governo não me paga, não corrige nada.” O executivo conta ainda que frequentemente o Estado faz uma licitação ou um edital de compra para adquirir, digamos, mil unidades de um produto. A fabricante então determina o preço para aquela quantidade. “Aí vem o governo e compra duas peças”, completa o presidente do Sinaemo.

## Por que não?

Ninguém questiona a importância do setor privado para a expansão científica do país. “A indústria é a grande provocadora da inovação”, diz Ruy Baumer. Ao que Nelson Mussolini completa: “O erário público não pode desviar seus recursos para fazer alguma coisa que não se tem certeza de que vai dar certo. Ninguém tem certeza na pesquisa, se aquele insumo, aquela molécula se tornará um produto para a saúde. Se não der certo, o problema é do investidor e não da sociedade”, diz o presidente do Sindusfarm. “Entre gastar US\$ 1 bilhão com pesquisa e gastar US\$ 1 bilhão com saneamento básico, ao governo compete gastar 1 bilhão em saneamento básico. Ele vai salvar muito mais vidas do que o melhor produto que ele possa vir a descobrir.”

Pergunte aos porta-vozes da indústria porque eles não bancam os riscos da inovação e ouvirá de todos: “Porque o SUS não incorpora. Porque não temos preço. Porque não tem previsibilidade.

Porque não tem segurança jurídica”, como diz Mussolini. “E não tem também regras claras nem direcionamento do governo para fazer alguma coisa”, emenda Baumer. É o ciclo vicioso da pobreza e miséria, na definição do presidente do Sindusfarma.

Em sua opinião, cabe ao Estado normatizar. “Precisamos de uma regulamentação forte para criar os patamares do desenvolvimento e não essa intervenção nefasta”, diz, já ressaltando que não está em defesa de um Estado minimalista. “E a prova disso é a lei de patentes. Antes dela, nós não tínhamos medicamentos genéricos no país.” O Estado não precisou criar fábrica de genéricos, o setor privado foi atrás. E foi porque tinha segurança, sabia que, depois de um certo tempo, o prazo de vigência de um determinado produto terminaria e a indústria poderia então usar aquele princípio ativo na fabricação do medicamento genérico.

## As PDPs e a encomenda tecnológica

Lançado em 2009, o programa de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) foi recebido com entusiasmo pelo setor da saúde. Como parte da estratégia de apoio ao CEIS, estruturava-se na confluência dos interesses públicos e privados e visavam ampliar o acesso a produtos estratégicos para o SUS e garantir a incorporação de novas tecnologias para a indústria.

Mas, segundo os analistas, as PDPs poderiam ser mais do que são hoje. “É uma boa ideia, mas que precisa ser aperfeiçoada”, diz Denizar Vianna. Para funcionar a contento, no entanto, eles argumentam, é preciso garantir ao programa uma política de Estado – é o problema da falta de perenidade dos projetos em saúde no Brasil. “Com o tempo, o programa virou política de governo; mudou o governo, virou política de ministro; mudou o ministro, virou política de secretário; mudou o secretário... E, hoje quem cuida desse assunto é uma diretoria que não sabe o que

está fazendo. E assim as PDPs estão indo por água abaixo”, critica o representante do Sindusfarma. “Uma boa política que deveria ser mantida, mas sem a obrigatoriedade de um parceiro público.” Sem parceiro público, do modo como o programa está estruturado atualmente, não é possível.

Na prática, essas parcerias funcionam da seguinte forma: o Ministério da Saúde firma acordo com as farmacêuticas para transferência de tecnologia para os laboratórios públicos, ao longo de até dez anos. Para que ambos os lados saiam ganhando, o governo garante à indústria exclusividade na compra do produto, durante o mesmo período. Terminado o prazo, as instituições estatais, agora autossuficientes, iniciam a produção completa do medicamento. “Minha crítica em relação ao programa sempre foi em relação a esse tempo”, diz Vianna. “Em dez anos o que pode acontecer? O produto se tornar obsoleto. Para a indústria pode ser muito interessante porque em dez anos o produto já caducou e a indústria ganhou mercado cativo por esse período.”

Um dos pontos positivos das PDPs é que exigem que se determine os fármacos estratégicos para o SUS. “Mas, é preciso ter regras claras para definir quais são esses medicamentos”, diz o ex-secretário do Ministério da Saúde. Sem revelar exatamente em qual governo, Vianna conta, que, em certo momento, a lista dos imprescindíveis contava com mais de uma centena de remédios. “Ora, mais de cem não são medicamentos essenciais. Que prioridade é essa?” O professor da UERJ tem outro caso revelador da importância de regras claras nos processos de saúde. Se não for muito bem-feito, compromete o atendimento da população e onera os cofres públicos. A administração da saúde – seja pública ou privada—é complexa, repleta de nuances, que não podem passar despercebidas. Exige dos gestores conhecimento e atenção. Quando envolve alta tecnologia, então, o cuidado tem de ser redobrado.

É o que acontece, por exemplo, com o desenvolvimento de similares dos medicamentos biológicos. Desde os anos 1980, essa classe de fármacos vem ampliando seu campo de atuação e,

com isso, revolucionando o tratamento de algumas das doenças mais prevalentes no Brasil –de câncer a diabetes, passando por condições agudas como o infarto e o derrame.

Diferente dos remédios sintéticos, os biológicos são produzidos a partir de células vivas, como plantas e microorganismos. Grande parte deles usa uma tecnologia conhecida como DNA recombinante, pela qual é possível modificar geneticamente uma célula e programá-la para produzir uma determinada proteína. Como se vê, é tecnologia de ponta, aplicada em processos extremamente delicados e precisos. Por isso, os medicamentos biológicos exigem cuidados que os sintéticos dispensam. Um deles é a intercambialidade. Os novos compostos, ao contrário do que acontece com os genéricos, por exemplo, não permitem a intercambialidade. Se um paciente está em tratamento com o biológico X, produzido pela farmacêutica A, ele não pode trocar de fabricante de forma automática, abruptamente, como os sintéticos permitem –ainda que o princípio ativo seja o mesmo.

No Brasil, conta Denizar Vianna, certa vez, decidiu-se investir na compra de biossimilares, de três laboratórios diferentes. “Isso gerou um problema na assistência farmacêutica”, lembra o professor da UERJ. Em um mês, as secretarias estaduais recebiam o medicamento do fabricante A; no seguinte, do B; no outro, do C... Está errado. Não pode trocar. O problema aconteceu, segundo Vianna, porque um economista olhou para o complexo industrial da produção e esqueceu da política de saúde. “Houve um descompasso: economista que não entende de saúde, dando pitaco: ‘Ah, eu vou lançar três produtos e gerar concorrência’. Só esqueceu de combinar política de saúde”, critica o cardiologista. Se nunca foi fácil produzir medicamentos, agora, está mais complicado ainda.

Um outro instrumento de estímulo à inovação é a encomenda tecnológica (ET). Prevista na lei 10.193, de 2004, e atualizada em 2018, trata-se de um modelo de compra pública, segundo a qual o governo pode contratar um serviço de pesquisa e desenvolvimento para solução de um problema técnico específico ou a obtenção

de produto, serviço ou processo inovador. A ET sempre pressupõe risco para o comprador, já que a eficácia e segurança da tecnologia ainda estão em estudo. Se a pesquisa der certo e resultar em produto, o governo paga pela inovação preços mais baixos do que os do mercado --uma forma de compensação pela aposta do Estado em um remédio ou equipamento que ainda não tinha eficácia comprovada. Como dispensa licitação, o processo de compra é mais rápido..

Foi o que aconteceu com a Fiocruz e a farmacêutica inglesa AstraZeneca e a Universidade de Oxford, na Inglaterra. Para fazer frente à emergência global, a fundação brasileira comprou a Coveshield, a vacina contra a covid-19 desenvolvida pelos ingleses, quando o imunizante ainda estava na fase 3, dos ensaios clínicos. Nessa etapa, a penúltima antes da conclusão das pesquisas, ainda serão determinados a relação risco-benefício do produto a curto e longo prazo, seu valor terapêutico e suas reações adversas. Entre 25% e 30% dos medicamentos/tratamentos passam desse estágio. Ou seja, a probabilidade de o Brasil ter feito a aposta errada não era pequena. Mas, deu certo. A dose da vacina saiu por US\$ 3,16, segundo disse na ocasião Marco Krieger, vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde, da Fiocruz --um dos preços mais baixos do mercado mundial para um imunizante contra o coronavírus.



Se no primeiro momento, a fundação desenvolveu a vacina importando o princípio ativo e fazendo o envase e o controle de qualidade, agora, o Brasil passa a ter domínio do desenvolvimento e da produção da Covishield. E isso tudo em tempo recorde. “Esse processo levou a Fiocruz a outro patamar tecnológico no campo das vacinas”, comemora o José Gomes Temporão, em *As duas faces da saúde...* “E a tecnologia envolvida nessa produção poderá ser de grande utilidade no desenvolvimento de outros imunizantes e no tratamento de outras doenças infectocontagiosas e crônicas.”

## Os laboratórios estatais

Há no Brasil 18 laboratórios estatais. Em seu artigo, o ex-ministro da Saúde diz que “não deve haver país que disponha de uma estrutura de produção pública assim”. Essas instituições podem desempenhar um papel fundamental na redução da dependência brasileira e na aceleração do desenvolvimento tecnológico do país. Para isso, no entanto, como lembra Temporão, é preciso antes resolver problemas estruturais, tecnológicos, de modernização administrativa e de capacidade produtiva.

Esses centros são alvo constante de críticas dos empresários. “Laboratório estatal tem de fazer aquilo que a iniciativa privada não faz”, defende Marques, CEO da Biolab. O que, segundo eles, não acontece. Um caso clássico é o da ameaça constante de desabastecimento da penicilina benzatina. Presente na lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde (OMS), o antibiótico é o tratamento padrão para a sífilis, sendo a única opção terapêutica para as grávidas. Desde os anos 1990, lê-se em estudo da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), o Brasil depende da importação de matérias-primas da indústria de química fina. E só há quatro fabricantes no mundo do Insumo Farmacêutico Ativo (IFA), usado na produção da penicilina –três deles, na China. Aqui, um parêntese, para mais um exemplo da falta de autonomia brasileira na saúde: em 1995, 7% do IFA para o antibiótico usado no país vinha de fora; em 2016, as importações chegaram a 92%.

---

**“Laboratório estatal tem de fazer aquilo que a iniciativa privada não faz”**

Claiton Marques

Voltando... Em 2018, a Fundação para o Remédio Popular (Furp), o maior laboratório público brasileiro, por problemas na qualidade do IFA chinês, não conseguiu entregar a quantidade prevista. “A solução, então, seria produzir, em nível nacional, o IFA para a obtenção de penicilina. Entretanto, esbarra-se na questão de que é uma matéria-prima de valor mercadológico –um medicamento sem patente –o que desestimula a produção local do fármaco e explica sua escassez cíclica”, escrevem os pesquisadores da Unifesp, em *O impacto do desabastecimento de penicilina no tratamento da sífilis: crise na relação entre uma doença antiga e um tratamento antigo, porém eficaz*.

A patente da penicilina benzatina venceu há pelo menos três décadas, diz Nelson Mussolini. Não é, portanto, difícil fabricá-la. “Não tem de fazer transferência de tecnologia, não tem de construir fábrica nova, não tem de comprar equipamentos modernos. Só tem de ter vontade política de fazer alguma coisa”, afirma. “Ah, penicilina é tão barata, não vale o investimento’... Não vale o investimento para mim, que sou privado. Para o governo tem de valer porque o dinheiro é público, vem dos impostos que nós pagamos, e será usado para resolver um problema da população.”

O desinteresse da iniciativa privada na produção de determinados medicamentos, em geral, os sem patentes e mais baratos, somada à falta de valorização da indústria nacional da saúde, acarreta situações complicadas – para a população. Em determinadas situações, quando um remédio tem sua venda suspensa, sem que haja um substituto no mercado, o paciente fica órfão. Em 2019, a farmacêutica Sanofi Medley descontinuou o dissulfiram, vendido sob o nome comercial de Antietanol. Usado desde a década de 1950 e recomendado pelo Projeto Diretrizes para o Tratamento das Dependências de Álcool e de Cocaína, das associações Médica Brasileira, Brasileira de Psiquiatria e Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas, o remédio era o único disponível nas farmácias brasileiras para o tratamento do alcoolismo. A caixa do remédio era vendida, em média, por R\$ 10. “O que assusta é que a produção do dissulfiram não foi interrompida por problemas com o composto e,

sim, por uma decisão de mercado. Podemos até discutir os motivos que levaram a empresa a parar com a fabricação, porém, uma situação se torna preponderante: milhares de pacientes em recuperação, de todas as classes sociais, viram-se da noite para o dia sem um de seus principais e mais acessíveis recursos no combate à doença. E sem qualquer ação de órgãos públicos para impedir que isso ocorra”, disse à época o psiquiatra Ronaldo Laranjeira, referência em dependência química no Brasil e no exterior. “A Anvisa também reconheceu que existem outros dois remédios registrados para a mesma indicação terapêutica, mas com composição e mecanismos de ação diferentes, que não substituem o dissulfiram” diz Laranjeiras. Restou aos pacientes a importação. Cada comprimido vindo de fora custa, em média, ao equivalente a 20 comprimidos do produto nacional. E aqueles pacientes sem condições financeiras para comprar o remédio vindo da China ou da Índia? Por essas e outras, Cleiton Marques é taxativo: “Esses assuntos deveriam ser tratados como de segurança nacional”.

## Judicialização

A falta de incorporação de novas tecnologias pelo SUS leva a um fenômeno danoso à saúde pública e privada –a judicialização. “A sociedade procura o caminho para atender suas necessidades”, diz Nelson Mussolini, do Sindusfarma. A demanda por tratamentos via Justiça começou nos anos 1990, com os antirretrovirais usados no cuidado dos pacientes portadores do HIV, o vírus da aids, e tem tido importante papel como alternativa de acesso a medicamentos no SUS, informa o artigo *A judicialização da saúde e os novos desafios da assistência farmacêutica*, publicado na revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). “É consenso que o uso da via judicial para o fornecimento de medicamentos presentes nas listas oficiais públicas é uma forma legítima de garantir o pleno exercício do direito à assistência individual terapêutica, que integra o direito à saúde na lei brasileira”, lê-se na apresentação do estudo.

O problema é que a judicialização desorganiza o sistema e leva a profundas desigualdades, quando o que está em jogo são, sobretudo, as terapias de alta tecnologia. Segundo o Ministério da Saúde, o fenômeno custa cerca de R\$ 1,8 bilhão por ano, aos cofres federais. Os gastos do SUS com a judicialização cresceram 4.600%, entre 2007 e 2018. Em abril de 2022, durante seminário sobre o tema, o advogado Richard Pae Kim, do Conselho Nacional de Justiça, trouxe um dado impressionante: entre 2015 e 2021, entraram, em média, por ano, cerca de 400 mil novos processos ligados à temática da saúde. Desses, 130 mil se referiam à medicina suplementar. No setor privado, os pacientes têm o ganho de causa em 42,9% dos casos. Quando o alvo da ação é o SUS, esse número sobe para 77,7%.

**R\$ 1,8**  
**bilhão anual**

é quanto o  
governo federal  
perde com a  
judicialização da  
saúde

**600**  
**%**

é o aumento  
dos gastos  
públicos com  
a judicialização,  
entre 2007  
e 2018

**400**  
**mil**

é o número  
médio anual  
de processos  
que entraram  
na Justiça, entre  
2015 e 2021

Com os avanços tecnológicos da medicina, a previsão é a de que os gastos com a judicialização aumentem ainda mais. Os tratamentos para doenças raras, contra as quais não havia remédio até pouco tempo atrás, estão cada vez mais dispendiosos. Lançado em 2019, pela AveXis, da farmacêutica suíça Novartis, a terapia gênica Zolgensma é indicada para o tratamento de atrofia muscular espinhal (AME), uma doença genética, degenerativa e progressiva. Com uma taxa de mortalidade ao redor dos 90%, atinge um a cada 10.000 nascimentos vivos. Pois bem, o Zolgensma é o remédio mais caro do mundo. Ao custo médio de US\$ 2,1 milhões, uma única dose faz a AME regredir em 90% dos casos. O

medicamento contém um adenovírus geneticamente modificado, o AAV9, que substitui o gene SMN1, envolvido na fisiopatologia da doença. Entre a aprovação pela Anvisa em 2020 e agosto de 2021, segundo o Instituto Nacional de Atrofia Muscular Espinhal, a terapia gênica já havia sido utilizada por 52 pacientes no Brasil, dos quais 70% obtiveram o remédio por meio judicial. O que dá, aproximadamente, cerca de US\$ 76,5 milhões.

“O Judiciário brasileiro tende a desconsiderar o impacto orçamentário de uma decisão judicial que obriga o sistema de saúde a fornecer um determinado tratamento”, indica o relatório *Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa*. “Para os juízes, em geral, questões relativas ao orçamento público, como a escassez de recursos e a não previsão de gasto, bem como o não pertencimento do medicamento pedido às listas de medicamentos do SUS, não são razões suficientes para se denegar o pedido de um tratamento médico, dado que este encontra respaldo no direito à saúde assegurado pela Constituição Federal.”

Uma forma de ampliar o acesso às terapias mais inovadoras é por meio das pesquisas clínicas. Pacientes portadores de doenças raras têm amparo na legislação para participar de ensaios que visam o desenvolvimento de novos medicamentos. Mesmo quem não faz parte de um protocolo de pesquisa pode solicitar à Anvisa o uso de fármacos em desenvolvimento. O problema é que raramente as investigações de terapias de alta tecnologia são feitas no Brasil –nem pela indústria nacional nem pela estrangeira, por toda a burocracia e falta de incentivo que cercam as pesquisas clínicas no país.

Outro modo de proporcionar os tratamentos mais modernos para a população é, como já dito, investir no fortalecimento do parque industrial da saúde, tendo como ponto de partida a premissa de que a inovação, no centro do planejamento estratégico do Brasil, não só garante acesso a uma saúde de mais qualidade como faz bem à economia do país.

## TELEMEDICINA, NÃO. MEDICINA CONECTADA

Médico e professor da USP, Chao Lung é um dos nomes mais importantes no estudo da telemedicina no Brasil. Por isso, em um primeiro momento, causa estranheza quando ele joga um balde de água na empolgação em torno dos atendimentos virtuais, durante os períodos mais severos da pandemia. “A essas pessoas, eu diria que vão cair no vale da desilusão”, avisa. Nos dois primeiros anos da crise sanitária, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) contabilizou 6 milhões de teleconsultas no país. Em apenas 10% dos casos, o paciente teve de ser encaminhado para a assistência presencial.

Lung é taxativo: “Telemedicina não é teleconsulta. Teleconsulta não é cirurgia, não é parto, quimioterapia, exame de apoio diagnóstico, cirurgia para colocação de próteses e materiais especiais. A medicina é muito mais que a consulta”. A telemedicina, segundo ele, vai melhorar o sistema de saúde quando deixar de ser substitutiva e passar a ser de logística. “A guerra entre a Ucrânia e a Rússia trouxe essa palavra ao centro dos debates”, comenta. “Quem vence a guerra não é quem tem o maior, o melhor ou mais bem equipado exército. Vence quem tem a melhor logística para entregar os recursos necessários, nas quantidades necessárias às pessoas competentes para que elas obtenham os melhores resultados.” Logística, sintetiza o médico, é a capacidade da disponibilização. Por isso, ele prefere falar em telemedicina de logística. “A teleconsulta por si só tem pouco valor, se não está inserida dentro de uma logística de cadeia de serviço”, defende o professor.

**“A teleconsulta por si só tem pouco valor”** Chao Lung

Para entender sobre a que Lung está se referindo é preciso vislumbrar o ecossistema de saúde nos próximos oito anos. Até 2025, diz ele, o 5G chegará a todas as capitais brasileiras. Até 2030, a todas as cidades com mais de 30 mil habitantes. “Não podemos esquecer, que o 5G não é a banda de comunicação, mas é a internet das coisas (IoT, na sigla em inglês). Para quem não está familiarizado com os termos e conceitos da revolução tecnológica, IoT é a interconexão digital de objetos cotidianos com a internet, sendo capazes, assim, de reunir e transmitir dados. Deve-se considerar também a mudança na estrutura da sociedade. Daqui a três anos, o mundo terá 1,2 bilhão de idosos.

Esses fatores juntos, segundo Lung, vão matar a telemedicina do modo como a conhecemos hoje. Em sua opinião, dessa confluência surgirá a medicina conectada.. “Todo mundo fala que a telemedicina é medicina a distância e eu digo que a medicina conectada é a medicina sem distância”, explica. E por quê? No futuro, a distância não vai fazer nenhuma diferença. A missão para os próximos anos é a construção de uma rede conectada, integrada a uma logística na cadeia do cuidado.

Para explicar o futuro, Lung recorre ao presente. Tomemos como exemplo as máquinas de tomografia no Brasil. Como diz, há um número excessivo delas. Mas, como, se tem gente na fila do SUS esperando para ser submetida ao exame? Em alguns lugares, o prazo é de três meses. Em outros, a taxa de utilização está em torno de 25%. “Tem máquina comprada que nem foi instalada. Às vezes, não tem técnico para operar o aparelho. Acontece também de ter o tomógrafo, ter o técnico, mas não ter radiologista para fazer o laudo”, conta o professor da USP. Ou seja, falta logística. Faltou estudar e aplicar os métodos e meios necessários para entregar os aparelhos certos,

nos locais adequados, no tempo correto. “Aí sim entra o poder real da telemedicina de logística, você identifica e faz uma distribuição ágil e o laudo pode ser compartilhado por uma central de radiologistas, que analisam os exames, agilizando todo o processo”, afirma Lung. “É por isso, que eu defendo que nesse exato momento a telemedicina de logística é a melhor estratégia nacional para melhorar o sistema de saúde.”

#### Referências:

As duas faces da saúde: política social e espaço de desenvolvimento econômico (<https://cee.fiocruz.br/?q=As-duas-faces-da-saude-poitica-social-e-espaco-de-desenvolvimento-economico-por-Jose-Gomes-Temporao>)

Tecnologia em Saúde: Brasil não pode ficar de joelhos – Artigo de José Gomes Temporão e Carlos Gadelha (<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/tecnologia-em-saude-brasil-nao-pode-ficar-de-joelhos-artigo-de-jose-gomes-temporao-e-carlos-gadelha/47473/>)

Reimagining digital clinical trials -- The age of the digital patient (<https://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-health-care/articles/digital-clinical-trials.html>)

Brazil's brain drain is getting worse (<https://www.economist.com/the-americas/2021/07/24/brazils-brain-drain-is-getting-worse>)

Nature's 2021 Salary and Job Satisfaction Survey (<https://www.nature.com/articles/d41586-021-03040-1>)

Relatório de ciência da UNESCO: rumo a 2030, visão geral e cenário brasileiro ([https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235407\\_por?posInSet=2&queryId=6e8b4123-9c20-4c42-90c2-2544a296470a](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235407_por?posInSet=2&queryId=6e8b4123-9c20-4c42-90c2-2544a296470a))

Fiocruz divulga contrato de encomenda tecnológica com a AstraZeneca (<https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-divulga-contrato-de-encomenda-tecnologica-com-astrazeneca>)

Panorama da ciência brasileira: 2015-2020 (junho 2021) ([https://www.cgee.org.br/documents/10195/734063/CGEE\\_Pan\\_Cie\\_Bra\\_2015-20.pdf/7e762635-eaee-4daf-bfc9-814c785300c1?version=1.9](https://www.cgee.org.br/documents/10195/734063/CGEE_Pan_Cie_Bra_2015-20.pdf/7e762635-eaee-4daf-bfc9-814c785300c1?version=1.9))

A corrida contra o tempo por um desenvolvimento mais inteligente ([https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000377250\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000377250_por))

CNI: só 10% das empresas usam financiamento público para pesquisa (<https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2022-03/cni-so-10-das-empresas-usam-financiamento-publico-para-pesquisa>)

Corte de verbas da ciência prejudica reação à pandemia e desenvolvimento do país (<https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2020/09/corte-de-verbas-da-ciencia-prejudica-reacao-a-pandemia-e-desenvolvimento-do-pais>)

Mais agilidade para as pesquisas clínicas (<https://sindusfarma.org.br/noticias/destaques-imprensa/exibir/13529-artigo-mais-agilidade-para-as-pesquisas-clinicas>)

Relatório de ciência da UNESCO: rumo a 2030, visão geral e cenário brasileiro ([https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235407\\_por?posInSet=2&queryId=6e8b4123-9c20-4c42-90c2-2544a296470a](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235407_por?posInSet=2&queryId=6e8b4123-9c20-4c42-90c2-2544a296470a))

Política de Desenvolvimento Produtivo Nova Política Industrial do Governo (<https://www.dieese.org.br/notatecnica/2008/notaTec67PoliticaDesenvolvimento.pdf>)

Governo pode impedir a interrupção de remédio contra o alcoolismo no país (<https://www.uniad.org.br/artigos/prof-dr-ronaldo-laranjeira/governo-pode-impedir-a-interrupcao-de-remedio-contr-o-alcoolismo-no-pais/>)

Reconversão industrial em tempos de Covid-19: o papel dos governos para salvar vidas (<https://www.dieese.org.br/notatecnica/2020/NT238ReconversaoIndustrial/index.html?page=24>)

O impacto do desabastecimento de penicilina no tratamento da sífilis: crise na relação entre uma doença antiga e um tratamento antigo, porém eficaz ([https://caec.diadema.unifesp.br/images/01\\_07\\_-\\_Desabastecimento\\_de\\_Penicilina.pdf](https://caec.diadema.unifesp.br/images/01_07_-_Desabastecimento_de_Penicilina.pdf))

Com verba cada vez menor para pesquisa, Brasil vê fuga de cérebros se intensificar e virar diáspora (<https://www.abc.org.br/2022/02/09/verba-menor-pesquisa-brasil-fuga-de-cerebros-diaspora/>)

Ministério Público vai investigar o desabastecimento de penicilina no país... ([https://pebmed.com.br/ministerio-publico-vai-investigar-o-desabastecimento-de-penicilina-no-pais/#top?utm\\_source=artigoportal&utm\\_medium=copytexthttps://pebmed.com.br/ministerio-publico-vai-investigar-o-desabastecimento-de-penicilina-no-pais/#top](https://pebmed.com.br/ministerio-publico-vai-investigar-o-desabastecimento-de-penicilina-no-pais/#top?utm_source=artigoportal&utm_medium=copytexthttps://pebmed.com.br/ministerio-publico-vai-investigar-o-desabastecimento-de-penicilina-no-pais/#top))

Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa1 (<https://www.scielo.br/j/rap/a/5YcctKRJTVmQnp5mRHkBBcj/?format=pdf&lang=pt>)

Conheça as formas de acesso a medicamentos em estudo <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2018/conheca-as-formas-de-acesso-a-medicamentos-em-estudo>

Pacientes pedem que SUS forneça medicamento usado no tratamento da atrofia muscular (<https://www.camara.leg.br/noticias/799665-pacientes-pedem-que-sus-fornece-medicamento-usado-no-tratamento-da-atrofia-muscular/>)

Queiroga critica judicialização: “Querem destruir o SUS” ... (<https://www.poder360.com.br/saude/queiroga-critica-judicializacao-querem-destruir-o-sus/>)

O que é atrofia muscular espinhal (<https://iname.org.br/a-atrofia-muscular-espinhal/>)

Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa1 (<https://www.scielo.br/j/rap/a/5YcctKRJTVmQnp5mRHkBBcj/?format=pdf&lang=pt>)

A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica ([https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v15n5/v15n5a15.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v15n5/v15n5a15.pdf))

Mais agilidade para as pesquisas clínicas (<https://sindusfarma.org.br/noticias/destaques-imprensa/exibir/13529-artigo-mais-agilidade-para-as-pesquisas-clinicas>)

Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - Secretaria Executiva -- Comunicado nº 10 de 10 de agosto de 2016 (<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/legislacao/arquivos/arquivos/6077json-file-1>)

Gasto de brasileiros com saúde privada em relação ao PIB é mais que dobro da média dos países da OCDE, diz IBGE (<https://g1.globo.com/economia/noticia/2019/12/20/gasto-de-brasileiros-com-saude-privada-em-relacao-ao-pib-e-mais-que-dobro-da-media-dos-paises-da-ocde-diz-ibge.ghtml>)

Cadernos Brasil na OCDE - Compras Públicas (<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10687/1/CadernosBrasil.pdf>)

Apenas 10% das empresas usam recursos públicos para inovação, diz sondagem da CNI(<https://noticias.portaldaindustria.com.br/noticias/inovacao-e-tecnologia/apenas-10-das-empresas-usam-recursos-publicos-para-inovacao-diz-sondagem-da-cni/> )

Artigo 218 da Constituição Federal de 1988 (<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10647013/artigo-218-da-constituicao-federal-de-1988>)

Analytics identifica cerca de 6,6 mil pesquisadores que demonstraram impacto positivo em seus campos ao longo da última década. ([https://clarivate.com/wp-content/uploads/dlm\\_uploads/2021/11/Executive\\_Summary\\_Highly\\_Cited\\_Researchers\\_2021.pdf](https://clarivate.com/wp-content/uploads/dlm_uploads/2021/11/Executive_Summary_Highly_Cited_Researchers_2021.pdf))

## As Propostas

- ✓ Valorizar a dimensão produtiva da saúde como estratégia de Estado
- ✓ Fortalecer o complexo industrial da saúde, determinar a os produtos prioritários e
- ✓ Internalizar a produção, de modo a diminuir a dependência brasileira
- ✓ Incentivar as parcerias público privadas, utilizando o poder de compra do Estado e fortalecendo os órgãos de fomento, como o BNDES e a Finep
- ✓ Fazer da ciência uma política de Estado, de longo prazo, mais perene
- ✓ Ampliar o financiamento para ciência e tecnologia
- ✓ Colocar a inovação no centro do planejamento estratégico da saúde
- ✓ Criar marcos legais que amparem a produção científica nacional
- ✓ Remunerar bem os melhores cientistas
- ✓ Identificar e mapear as competências dos pesquisadores brasileiros
- ✓ Alinhar as pesquisas científicas às necessidades e prioridades brasileiras, com estratégias de longo prazo
- ✓ Rever o processo de precificação das inovações que chegam ao mercado

## As Propostas

- ✓ Investir na interoperabilidade dos dados de saúde, tanto os do sistema público quanto os da medicina suplementar, na busca por tomadas de decisão mais assertivas, melhorando a qualidade de gestão
- ✓ Aperfeiçoar os programas de Parcerias de Desenvolvimento Produtivo e de Encomenda Tecnológica
- ✓ Incentivar as chamadas pesquisas clínicas digitais



## CAPÍTULO 4

**Sobram  
ou faltam  
profissionais  
da saúde?**

## Entrevistados

**César Eduardo Fernandes**, mastologista, presidente da Associação Médica Brasileira (AMB)

**Evandro Tinoco**, cardiologista, presidente do Departamento de Insuficiência Cardíaca, da Sociedade Brasileira de Cardiologia

**Francisco Balestrin**, presidente do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (Sindhosp) e do Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde (CBEXs)

**Giovanni Cerri**, radiologista, coordenador do Instituto de Radiologia, do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo (USP) e secretário estadual de Saúde de São Paulo, entre 2011 e 2013

**Henrique Neves**, advogado, general manager na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e vice-presidente do Conselho de Administração da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**Henrique Salvador**, mastologista, presidente da Rede Mater Dei e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**Reynaldo Brandt**, neurocirurgião do Hospital Israelita Albert Einstein e CEO da Vortics – Inteligência em Saúde

**Rubens Belfort**, clínico e cirurgião oftalmológico, presidente da Academia Nacional de Medicina, entre 2020 e 2021

## Sobre como melhorar a qualidade da formação e a distribuição dos profissionais da saúde

**D**e cada cem faculdades de medicina no Brasil, 92 não atendem a pelo menos um dos três parâmetros tidos como ideais para o seu funcionamento, revela o levantamento *Radiografia das Escolas Médicas Brasileiras*, elaborado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e divulgado em junho de 2021. Os critérios mínimos para que o processo de ensino-aprendizagem avance sem problemas, segundo o CFM, são:

1. oferta de cinco leitos públicos de internação hospitalar para cada aluno, no município sede do curso;
2. acompanhamento por, no máximo, três alunos de graduação em cada equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF);
3. um hospital com, no mínimo, cem leitos exclusivos para o curso.

Essas exigências prévias foram determinadas pelo Ministério da Educação, em 2013, por meio de duas portarias. Dois anos depois, no entanto, esses critérios foram flexibilizados. “O texto em vigor manteve os parâmetros, mas eliminou o detalhamento de números, tornando-os subjetivos”, lê-se no relatório do CFM.

**92%** das escolas brasileiras de medicina não atendem a pelo menos um dos três parâmetros tidos como ideais para o seu funcionamento

Para além das estatísticas, a realidade que emerge do estudo *Radiografia das Escolas Médicas Brasileiras* preocupa – e muito. Até 80 estudantes em cada equipe de saúde. Três alunos debruçados sobre um mesmo leito, quando o ideal prevê, para cada um deles, cinco pacientes. Pelo estudo do CFM, a situação é pior nas escolas abertas de 2011 ao primeiro semestre de 2021. Das faculdades

criadas nesse período, apenas 10% estão em municípios que atendem todas as exigências para o bom ensino da medicina. Para se ter ideia do tamanho do problema, basta lembrar que, das 353 escolas brasileiras, 173 foram inauguradas naquela década. “Existem cursos em cidades, no estado de São Paulo, das quais eu nunca ouvi falar”, diz **Giovanni Cerri**, coordenador do Instituto de Radiologia, do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo (USP) e secretário estadual de Saúde de São Paulo, entre 2011 e 2013. “Acho difícil existir uma cidade no estado de São Paulo, da qual eu nunca tenha ouvido falar, com estrutura para formar médico de qualidade.”

**10%**

das faculdades, criadas entre 2011 a 2021, estão em cidades com estrutura para oferecer o ensino de medicina

## Pontuação menor

O Brasil é o segundo país do mundo com a maior quantidade de faculdades de medicina. Ficamos atrás apenas da Índia, cuja população conta com 1,3 bilhão de pessoas. Atualmente, nas contas do CFM, nós formamos dez médicos para cada 100 mil habitantes. Nos Estados Unidos, essa proporção é de 7,8; no Chile, 8,8, e no Canadá, 7,7. A previsão é a de que, em 2025, por aqui, esse índice chegue a 18 médicos a cada 100 mil habitantes. “Grande parte dos cursos abertos nos últimos anos são cursos de caça níqueis”, define o diretor do Instituto de Radiologia, da USP. “O objetivo é ganhar dinheiro, oferecendo uma formação básica insuficiente e depois empurrando o recém-formado para a estrutura pública.”

Das 37 423 vagas de primeiro ano oferecidas pelas faculdades brasileiras, a imensa maioria (15 388) está nas instituições fundadas há, no máximo, dez anos e quase 26% delas são privadas –que crescem em um ritmo duas vezes maior do que as públicas. “O país optou por uma abertura de grande número de faculdades na área

da saúde – e não só de medicina, não; também de enfermagem, fisioterapia, odontologia—sem preocupação com a qualidade”, critica Cerri.

O CPC (Conceito Preliminar de Curso) é o instrumento utilizado pelo Ministério da Educação para avaliar o nível de excelência dos cursos de graduação disponíveis no país, com notas de um a cinco, segundo alguns índices, como a atuação dos alunos no ENADE (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes), o nível do corpo docente, a infraestrutura e os recursos didático-pedagógicos, entre os principais. Em medicina, a média nacional do CPC é 3,25. Nas faculdades públicas, esse índice é de 3,36 para as federais e 3,32 para as estaduais. Entre as particulares, 3,19.

## “Licença para matar”

A precariedade do ensino da medicina no Brasil está diretamente relacionada à falta de vínculo da instituição com algum dos 116 hospitais escolas existentes no país. Mais da metade dos cursos está em cidades que não dispõem dessas unidades de educação. E esses centros são importantes para a formação do profissional. É lá que o futuro médico, sob a supervisão de um professor, conhece, na prática, o dia a dia da profissão. É lá que, pela primeira vez, durante sua formação, ele aprende a ouvir e acolher o doente, a fazer uma boa consulta e aguçar seus conhecimentos e percepções na busca por diagnósticos e tratamentos certos. “O médico mal formado tem praticamente

---

**“Médico mal formado é mais perigoso do que não ter médico nenhum”**

Giovanni Cerri

licença para matar”, diz Mauro Ribeiro, presidente do CFM, na apresentação da pesquisa conduzida pela entidade. A que Cerri completa: “Médico mal formado é mais perigoso do que não ter médico nenhum”.

Como em toda profissão, até o melhor médico, vindo da melhor escola, com anos de experiência, pode errar. “A medicina tem muito de tentativa e erro”, diz o ginecologista **César Eduardo Fernandes**, presidente da Associação Médica Brasileira (AMB). “Às vezes, temos três, quatro opções... Escolhemos uma e, ao longo da caminhada, percebemos que uma outra opção teria sido melhor.” Quem diz isso é um dos profissionais mais bem conceituados em sua área, referência no Brasil. Imagine, portanto, o risco oferecido por um médico sem formação adequada. E, em medicina, uma decisão equivocada pode ser irreversível.

No Brasil, depois dos seis anos de graduação, os recém-formados recebem o registro do Conselho Regional de Medicina (CRM) e, teoricamente, estão aptos para o exercício da medicina. São os chamados médicos generalistas. O título de especialista, com direito a exercer a especialidade no sistema público ou no setor privado, só é obtido com a residência médica, cuja duração é de, no mínimo, dois anos, a depender do curso escolhido.

É puxado. Primeiro o candidato tem de prestar um concurso em um hospital escola, que ofereça a especialidade que ele quer seguir. Se aprovado, sua carga horária será de 60 horas semanais, incluindo 24 horas de plantão, descanso obrigatório de seis horas depois do plantão noturno de doze horas, e, ao menos um dia de folga semanal e 30 dias consecutivos de repouso por ano de atividade. “Dos quase 40 mil médicos que são formados todos os anos no Brasil, só de 15 mil a 20 mil fazem residência médica”, diz **Francisco Balestrin**, presidente do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (Sindhosp) e do Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde (CBEXs). “O problema não é o médico ser generalista. O problema é ele não fazer residência médica.

**40 mil**médicos são  
formados todos  
os anos no Brasil**de 15 mil  
a 20 mil**

fazem residência

## Competência e limite

O Brasil precisa de bons generalistas-tanto nos grandes centros quanto nos rincões país afora. “Se tem um médico de alta resolutividade no sistema de saúde esse médico é o generalista, desde que ele seja muito bem formado”, diz César Eduardo Fernandes. “Ele resolve 95% dos problemas tanto em uma unidade básica de saúde como em um consultório privado.” No cenário de saúde ideal, o generalista é o que abre a porta do cuidado para o paciente. “É aquele que, usando os recursos modernos da tecnologia, vai poder, em contato com a linha de frente, encaminhar adequadamente o paciente para o tratamento, muitas vezes já com diagnóstico”, diz o clínico e cirurgião oftalmológico **Rubens Belfort**, presidente da Academia Nacional de Medicina,

**“Se tem um médico de alta resolutividade no sistema de saúde esse médico é o generalista, desde que ele seja muito bem formado”**

César Eduardo Fernandes

entre 2020 e 2021. “Em minha área de atuação, por exemplo, com uma câmera de celular, o profissional consegue fotografar o olho do paciente, enviar a imagem para um centro de leitura, onde o especialista analisa os dados e devolve a avaliação para o médico, que tomará as decisões necessárias.”

Ou seja, o generalista é aquele cujo conhecimento perpassa toda a medicina. “O generalista tem de ser tão bom até para saber reconhecer o limite de sua atuação e saber para onde, quando e como encaminhar o paciente para o especialista”, pontua **Reynaldo Brandt**, neurocirurgião do Hospital Israelita Albert Einstein e CEO da Vortics – Inteligência em Saúde. Ele lembra que, até por volta dos anos 1970, com o avanço das tecnologias diagnósticas e cirúrgicas, o generalista tinha bastante prestígio na sociedade brasileira. O reconhecimento foi minguando na mesma proporção em que as especialidades ganhavam espaço e as escolas de medicina perdiam qualidade.

A figura do generalista no Brasil passou, então, a ser associada à de um profissional mal preparado, de segunda linha. “O generalista não pode ter o sentimento da frustração”, diz o presidente da AMB. O que o generalista precisa ter é boa formação.



## Residência para todos

Enquanto isso não acontece, os analistas dizem que o ideal é tornar a residência obrigatória para todos os profissionais da saúde recém-formados – não só em medicina, mas em todas as áreas da saúde. “A residência pode ajudar a capacitar minimamente um médico mal formado na faculdade”, defende o coordenador do Instituto de Radiologia, da USP. Para tanto, dizem os especialistas, é preciso ampliar as vagas de residência. As que existem não dão conta dos novos médicos lançados anualmente

no mercado. Os cursos de residência só conseguem absorver 7 mil deles --o que dá quase 6 candidatos por vaga.

Mas não é possível fechar escola de medicina de uma hora para outra. “Se isso fosse feito, teríamos um problema social enorme”, diz o presidente da AMB. “Me preocupo com os educadores, claro, mas sobretudo com os alunos. Se isso acontecesse, teria de ser dado a eles a possibilidade de continuar seus estudos em outro local. E se esse local for distante? E se ele fizer outros cursos?” Possível e desejável é submeter os cursos a avaliações regulares de modo a medir seu grau de excelência, com punições, mais ou menos severas, para aquelas instituições que não oferecem um mínimo de qualidade. “Dá, sim, para apertar as faculdades que já estão abertas”, diz Cerri. Como conta Fernandes, algumas entidades, como a AMB e o CFM, já chegaram a oferecer ao Ministério da Saúde auxílio na formação de comissões independentes para análise das faculdades de medicina. “Nunca obtivemos nenhuma resposta. O Ministério da Saúde nos ouviu mas nunca, nem sequer, nos disse se achava a proposta interessante ou não.”

## “Fábrica de médicos ignorantes”

Francisco Balestrin e Reynaldo Brandt citam uma iniciativa de sucesso ocorrida nos Estados Unidos, ainda no início do século 20, estopim para a maior e mais importante reforma das escolas médicas com impactos profundos não só na formação dos profissionais como na medicina mundial --o *Flexner Report*. Abraham Flexner era um educador americano, nascido em 1866, em Louisville, no Kentucky. Sob encomenda da *Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching*, como o apoio da *Rockefeller Foundation*, em 1910, ele lançou o livro, no qual condenava a mercantilização das escolas de medicina. Está no prefácio do relatório: “Por 25 anos, tem existido uma superprodução de médicos mal treinados e não educados. Essa superprodução de

pessoas mal treinadas é devido, principalmente, a um enorme número de escolas comerciais sustentadas por métodos de publicidade, através dos quais, uma massa de jovens não preparada é retirada das profissões industriais e jogada na área da medicina (...) Os alunos de medicina só podem aprender na prática, o que torna o custo do ensino insustentável para as pequenas escolas comerciais, criadas com o objetivo tão somente de lucro”. Em 24 de julho daquele ano, o jornal *The New York Times*, fez uma reportagem sobre o trabalho de Flexner. A manchete: *Factories for the Making of Ignorant Doctors*.

Flexner fundamentou suas teorias na avaliação das 155 escolas visitadas por ele nos Estados Unidos e no Canadá, em 180 dias, ao longo de 1909. “[*Os trabalhos do educador*] levaram à consolidação de um modelo cujos rastros chegaram ao presente: o de escolas médicas integradas a universidades, ligadas a hospitais-escola, e onde a experimentação, o ensino das ciências básicas e a prática clínica têm lugar proeminente”, lê-se no artigo *Análise do ensino médico pela Fundação Carnegie faz um século*, na revista *Ensino Superior*, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

O *Flexner Report* fez tanto sucesso que dois anos depois, o autor lançou outro relatório, este sobre as escolas europeias de medicina. Nos 12 anos seguintes à publicação do primeiro trabalho de Flexner, o número de instituições de ensino médico nos Estados Unidos caiu de 131 para 81. E o dos cursos baseados na homeopatia, de 20 para quatro, informa o texto *Cem anos após a publicação, relatório Flexner continua atual*, no blog Escolas Médicas do Brasil. E assim o método flexneriano passou a ser adotado pelas boas faculdades de medicina, ao redor do mundo.

## Conhecimento acelerado

Os especialistas são unânicos em defender melhorias nas avaliações das escolas brasileiras e dos médicos egressos dessas instituições. “É fundamental que tenhamos um processo

de qualificação permanente da força de trabalho”, diz o advogado **Henrique Neves**, *general manager* na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e vice-presidente do Conselho de Administração da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). “A medicina muda e, se o médico não praticar, perde o hábito.” Ao que Cerri, completa: “Que a cada cinco anos se avalie e veja o produto que essas faculdades estão formando. Que se façam exames de capacitação para ver o que os estudantes aprenderam ao longo dos seis anos de formação”. Para os especialistas, na medicina deveria haver um sistema parecido com o da magistratura. Um advogado só pode exercer a profissão depois de passar no exame da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Uma avaliação, em duas etapas, do conhecimento acumulado durante os quatro anos da graduação. Apenas 40% dos advogados são bem-sucedidos nas duas fases do exame logo na primeira vez. Praticamente 10% precisam repetir a prova, no mínimo, outras cinco vezes para obter a carteirinha da OAB.

Como lembra Francisco Balestrin, em diversos países, os médicos têm seus conhecimentos testados regularmente. “Digamos que eu me forme em pneumologia. Depois de dez anos, faço um exame para ver se ainda conheço pneumologia. Tenho de

---

**“É fundamental  
que tenhamos  
um processo  
de qualificação  
permanente da  
força de trabalho.  
A medicina muda  
e, se o médico  
não praticar,  
perde o hábito”**

Henrique Neves

demonstrar que, uma década depois de formado, eu fiz cursos de atualização, de especialização”, diz. Se o médico não conseguir provar sua competência, tem a licença suspensa e é obrigado a passar por um programa de reciclagem. A formação em saúde não se encerra com o fim da faculdade ou da residência. Ao contrário. A medicina está em evolução constante e, para acompanhá-la, o profissional deve se manter em formação permanente.

No livro *Challenges and Opportunities Facing Medical Education*, lançado em 2011, o infectologista americano Peter Densen traz um estudo interessante sobre o ritmo da evolução da medicina. Em 1950, os conhecimentos médicos duplicavam a cada meio século. Nos anos 1980, a cada sete. Em 2010, a cada 3,5 anos. Em 2020, a projeção era de apenas 73 dias. Um aluno de medicina formado em 2020, previa Densen, terá passado por quatro duplicações de conhecimento ao longo do curso dos sete anos da graduação. “O que foi aprendido nos três primeiros anos da faculdade representará apenas 6% do que ele terá aprendido e entre as décadas de 2010 e 2020”, escreve o infectologista. “O conhecimento está se expandindo mais rápido do que nossa capacidade de assimilar e aplicá-lo de forma eficaz. Isso é tão verdadeiro na educação e no cuidado do paciente quanto a importância da pesquisa para a área médica. Simplesmente adicionar mais material e/ou tempo ao currículo não será claramente uma estratégia eficaz de enfrentamento. A mudança tornou-se imperativa.”

## Um viva aos técnicos

Com o aumento da expectativa de vida, e a consequente alta na incidência das doenças crônicas, o caráter interdisciplinar da saúde torna-se cada vez mais marcante. Além de prover serviços clínicos e de urgência, o cuidado ganha uma nova atenção – a da promoção de saúde e prevenção de doenças. A prioridade não é mais apenas a enfermidade, mas o bem-estar físico, mental e social. E o médico não dá para arcar sozinho com esse trabalho.

## **“O médico precisa aprender – e ele não aprendeu isso e vai ter dificuldade em aprender — que ele faz parte de um time assistencial”**

Francisco Balestrin

Enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas, entre outros, passam a dividir com ele, de forma ainda mais enfática do que no passado, a assistência ao paciente. “O médico precisa aprender –e ele não aprendeu isso e vai ter dificuldade em aprender—que ele faz parte de um time assistencial. Muitas vezes, ele se sente como o profissional que cuida e define todos os rumos da saúde e do tratamento das pessoas”, diz Balestrin. “Ser o segundo país em número de escolas médicas melhora a saúde dos brasileiros? O médico não é o elemento central para a melhoria da saúde da população.”

É uma mudança de paradigma. “Em um país no qual os médicos trabalham junto com os profissionais de enfermagem, com os tecnólogos de diferentes áreas e níveis, não será necessário ter tanto médico para ser efetivo”, defende o ex-presidente da Academia Nacional de Medicina, Rubens Belfort.

Conforme a atuação de outras áreas da saúde ganha importância, é preciso valorizar esses profissionais, sobretudo, os tecnólogos. Um primeiro passo seria ampliar os cursos técnicos –de preferência gratuitos. Outro ponto importante é desenvolver programas de avaliação não só dos estudantes mas das escolas técnicas. Por fim, melhorar o salário desse grupo de trabalhadores.

**“Em um país no qual os médicos trabalham junto com os profissionais de enfermagem, os tecnólogos de diferentes áreas e níveis, não será necessário ter tanto médico para ser efetivo”**

Rubens Belfort

A valoração da atividade dos profissionais passa também por iniciativas de engajamento com os propósitos das instituições onde trabalham. Na Rede Mater Dei de Saúde, em Minas Gerais, por exemplo, o Centro de Formação Institucional oferece iniciativas de aprimoramento de competências na área da enfermagem “Eu preciso de pessoas alinhadas com nossos valores”, diz o mastologista **Henrique Salvador**, presidente da Rede Mater Dei e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). “Nós captamos estudantes dos dois últimos períodos, identificamos os que têm um alinhamento pessoal, cultural e profissional mínimo e investimos nessas pessoas.” Atualmente, segundo o médico, cem pessoas participam do projeto. “Fazemos um *assessment* de que estágio elas estão do desenvolvimento, avaliamos nossas necessidades e criamos programas específicos para esses profissionais”, completa Salvador.

**“Eu preciso de pessoas alinhadas com nossos valores”**

Henrique Salvador

As escolas de saúde devem também estar preparadas para o novo paciente, que emerge da revolução tecnológica e da pandemia do novo coronavírus. Mais consciente e exigente, se coloca como coautor de seu cuidado. “O protagonismo do paciente deveria ser escalado como prioridade para a transformação da saúde”, diz o cardiologista **Evandro Tinoco**, presidente do Departamento de Insuficiência Cardíaca, da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Em tempos de hipertensão, aterosclerose, diabetes, distúrbios cardiovasculares e câncer, entre outras doenças crônicas não transmissíveis, um plano adequado de atenção à saúde não se faz sem a adoção de hábitos saudáveis. E nenhum profissional pode abandonar o sedentarismo, largar o cigarro ou manter uma alimentação equilibrada no lugar do paciente. O estilo de vida é sugerido, mas cabe a ele, e apenas a ele, o poder da mudança. As orientações sobre quais medicamentos tomar e como tomá-los é indicado, mas se o paciente não estiver comprometido com o tratamento, pouca serventia terão as indicações dos profissionais.

---

**“O protagonismo  
do paciente  
deveria ser  
escalado como  
prioridade para  
a transformação  
da saúde”**

Evandro Tinoco

Por isso, os estudiosos da educação médica brasileira são unânimes em defender que a valorização de todos os profissionais de saúde, dos que têm curso superior aos técnicos, deveria ser tema de uma política de Estado. “O investimento em mão de obra dedicada à saúde depende de um planejamento nacional”, diz Reynaldo Brandt. “E, nesse sentido, ele se mostra falho”, defende. O médico Giovanni Cerri completa: “O investimento na capacitação dos profissionais de saúde tem de ser encarado como um investimento social, com

retorno de curto prazo, por desenvolver uma população mais saudável e produtiva”.

O reconhecimento passa por melhores salários. Mas exige também outras medidas. Uma delas é dar a esses profissionais alguma perspectiva de carreira –tal qual acontece na magistratura. E, essa proposta atinge todos os profissionais da área da saúde, não apenas os médicos. Essa é uma das formas de fixar esses trabalhadores nas regiões mais distantes e superar os chamados vazios sanitários, de modo a superar as desigualdades de oferta de saúde no território nacional.

---

**“O investimento em mão de obra dedicada à saúde depende de um planejamento nacional e, nesse sentido, ele se mostra falho”**

Reynaldo Brandt

## Vazios sanitários

Fruto da parceria entre a Faculdade de Medicina, da USP, e o CFM, o estudo *Demografia Médica no Brasil*, de 2020, mostra que, apesar de o número de médicos ter aumentado (de 230 110, em 2000 para 502 475, duas décadas depois), a distribuição, apesar de ter registrado alguma melhora nos últimos anos, continua desigual entre as regiões do país e entre as áreas metropolitanas e o interior. As áreas mais penalizadas são cidades com população pequena, sem atividade econômica definida ou com baixos indicadores de desenvolvimento humano. Os levantamentos

anteriores já demonstravam que esses locais padeciam da falta de profissionais de todo o segmento da saúde. “Localidades com esse perfil não atraem e fixam profissionais. Neles, o mercado não se autorregula. Assim, cabe ao Estado, por meio de políticas indutoras, levar e manter médicos e outros profissionais nestas áreas. Para isso, devem ser oferecidas condições de trabalho e remuneração adequadas”, diz Donizetti Giamberardino, 1º vice-presidente do CFM, no material de divulgação do levantamento *Demografia Médica no Brasil*.

A média nacional é de 2,38 médicos por mil habitantes. Mas, enquanto a capital Vitória registra densidade de 13,7, há municípios em que esse índice é de 0,37. Pela primeira vez, na



série histórica, nenhum estado apresentou razão menor do que um médico para cada mil habitantes. Pará e Maranhão seguem como os estados com o menor número de médicos em relação à população – 1,07 e 1,08, respectivamente. “Na outra extremidade, sete das 27 unidades da Federação têm as maiores concentrações de médicos, mais de 2,5 profissionais por mil habitantes”, informa o documento. Como é de se esperar, eles estão principalmente no Sudeste, com destaque para Rio de Janeiro (3,7) e São Paulo (3,2), atraídos pelos melhores salários, centros bem montados, modernos e inovadores e por uma população com dinheiro para pagar a medicina suplementar. Segundo a pesquisa da USP-CFM, 50,2% dos médicos trabalham na iniciativa privada e no sistema público, 28,3% atendem apenas planos de saúde ou em

consultórios particulares, e 21,5% dão expediente apenas nas unidades públicas.

## Tecnologia e espaço

O problema da desigualdade na distribuição dos profissionais de saúde não será resolvido, dizem os analistas, simplesmente levando os médicos para os vazios sanitários. “Isso não vai resolver nada em termos de saúde, em termos de SUS, se não houver toda uma infraestrutura, além da remuneração financeira adequada, plano de carreira, uma maneira de o médico progredir profissionalmente na vida”, defende Rubens Belfort. O movimento de interiorização da saúde é complexo, e pressupõe não apenas a criação de infraestrutura para o trabalho, mas da localidade como um todo. “O médico se casa ou a médica se casa, a médica vai ter filhos, o médico vai ter filhos e quer normalmente escolas boas para suas crianças. Ele ou ela tem aspirações de educação, saúde e habitação para a família”, lembra Francisco Balestrin. Para o ex-presidente da Academia Nacional de Medicina, os governos têm falhado, ao longo dos últimos anos, nessa missão. “É uma questão de Estado, de entrosamento entre os gestores municipais, estaduais e federais”, completa Belfort.

São dois Brasis em um Brasil só. De um lado, a sofisticação tecnológica dos grandes centros, com as melhores escolas e especialistas de todas as áreas. Do outro, um deserto assistencial. Graças à revolução tecnológica, é possível hoje aproximar essas duas realidades tão distintas. “É muito importante a utilização da tecnologia para fazer com que profissionais de saúde estejam mais presentes em regiões mais remotas”, diz Giovanni Cerri. “E também utilizar esta tecnologia para capacitação de profissionais em todo o país.”

O Hospital das Clínicas, de São Paulo, conta o médico, tem, por exemplo, um projeto para levar assistência de saúde às comunidades ribeirinhas, na região de Santarém, no Pará. O piloto

já está funcionando. E, aquele lugar, onde o médico só ia a cada dois meses, agora tem assistência, se necessário, diariamente. Para 85% da população, o atendimento é considerado ótimo ou bom. Um outro programa do HC capacita médicos intensivistas, Brasil afora. “Durante a pandemia, observamos que a mortalidade de uma UTI à outra variava mais de três vezes. E isso estava relacionado à capacitação de profissionais”, conta Cerri. “Logo após o início da capacitação, observamos uma queda da mortalidade nessas unidades de terapia intensiva.” A tecnologia, sem dúvida, é uma grande aliada. Mas os novos instrumentos digitais só serão de fato efetivos, com possibilidade de melhora do sistema, se houver um comprometimento dos governos, especialmente, da União, em povoar com saúde os vazios sanitários espalhados pelo Brasil.

**Referências:**

92% das faculdades brasileiras não observam critérios para oferecer formação de qualidade (<https://portal.cfm.org.br/noticias/94-das-escolas-medicas-brasileiras-nao-observam-criterios-para-oferecer-formacao-de-qualidade/>)

Conselheiro denuncia, na Câmara dos Deputados, que 80% das faculdades de medicina estão em municípios sem a infraestrutura (<https://portal.cfm.org.br/noticias/conselheiro-do-cfm-denuncia-na-camara-dos-deputados-que-80-das-faculdades-de-medicina-estao-em-municipios-sem-a-infraestrutura-ideal/#:~:text=O%20estudo%20mostra%20que%20o,abertas%20entre%202011%20e%202021>)

Portarias do Ministério da Educação (<http://portal.mec.gov.br/conaes-comissao-nacional-de-avaliacao-da-educacao-superior/30000-uncategorised/18977-portarias>)

O que caracteriza o erro médico (<https://calamari.adv.br/tipos-de-danos-por-erro-medico-saiba-qual-e-o-mais-indicado-para-voce/>)

Cem anos após publicação, relatório Flexner continua atual (<https://www.escolasmedicas.com.br/news-detalle.php?blog=1178#:~:text=Flexner%20considerava%20a%20maioria%20das,no%20Canadá%20e%20nos%20EUA.>)

Análise do ensino médico pela Fundação Carnegie faz um século ([http://www.gr.unicamp.br/ceav/revistaensinosuperior/ed01\\_maio2010/ed\\_01\\_maio2010\\_historias.php](http://www.gr.unicamp.br/ceav/revistaensinosuperior/ed01_maio2010/ed_01_maio2010_historias.php))

Challenges and Opportunities Facing Medical Education (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3116346/>)

As faculdades que mais aprovam no Exame da Ordem (<https://www.jota.info/carreira/exame-de-ordem-faculdades-que-mais-aprovam-14042020>)

Demografia Médica no Brasil 2020 ([https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020\\_9DEZ.pdf](https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf))

## As Propostas

- ✓ A exemplo do que acontece no judiciário, estabelecer planos de carreira para a área da saúde, como política de Estado
- ✓ Aumentar o número de vagas de residência médica e de residência multiprofissional, para profissionais de outras áreas da saúde
- ✓ Facilitar a integração, a comunicação e a troca de conhecimento entre as escolas de medicina e os cursos relacionados à área de saúde, como os de enfermagem, psicologia, fisioterapia,
- ✓ Incentivar a criação de cursos técnicos - de preferência, gratuitos
- ✓ Oferecer cursos de capacitação para médicos que não fizeram a residência
- ✓ Tornar a residência médica obrigatória para todos os médicos
- ✓ Encarar a capacitação técnica dos profissionais de saúde como investimento social
- ✓ Usar a telemedicina para dar suporte e oferecer capacitação para médicos, em regiões distantes do país
- ✓ Melhorar a infraestrutura para o atendimento de saúde nas áreas mais remotas do país

## As Propostas

- ✓ Criar programas regulares de avaliação dos profissionais já formados
- ✓ Aumentar e refinar a fiscalização para averiguar a qualidade das escolas médicas, com punição prevista em lei das que não oferecem o melhor ensino
- ✓ Criar uma política de Estado de incentivo à formação adequada de médicos de generalistas
- ✓ Aperfeiçoar os exames de proficiência médica
- ✓ Alçar o paciente a coautor de seu cuidado



# CAPÍTULO 5

**Sobram  
informações,  
faltam  
indicadores**

## Entrevistados

**André Medici**, economista, consultor em saúde

**Cláudia Colucci**, repórter especial do jornal Folha de S. Paulo, especializada em saúde

**Claudia Cohn**, biomédica, diretora executiva do Grupo da Dasa e CEO da Alta Excelência Diagnóstica

**Fernando Ganem**, cardiologista, diretor geral do Hospital Sírio- Libanês e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

**João Gabbardo**, médico, coordenador executivo do Comitê Científico de Combate ao Coronavírus, do governo do Estado de São Paulo, e secretário executivo do Ministério da Saúde entre 2019 e 2020

**Nelson Teich**, oncologista, consultor em saúde e ministro da Saúde, entre 17 de abril e 15 de maio de 2020

**Rudi Rocha**, economista, diretor de pesquisa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

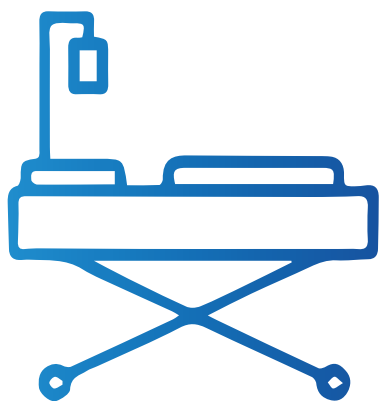


## Sobre como dados bem estruturados podem economizar recursos, aumentar a eficiência do sistema público e do setor privado e oferecer saúde de qualidade para a população

**E**ra abril de 2020. O novo coronavírus avançava em ritmo acelerado. Àquela ocasião, as mortes chegavam à casa das 6 mil. Faltavam equipamentos de proteção individual, respiradores. Hospitais de campanha eram montados às pressas; enquanto o Brasil se trancava em casa. Frente a uma doença até então desconhecida e uma avalanche de informações desencontradas, o medo dominava. E, foi nesse momento, um dos mais tensos da pandemia, que, no dia 16, o oncologista **Nelson Teich** foi anunciado como o novo ministro da Saúde. “Eu sabia que tinham lá 5.570 municípios, mas não sabia como a população desses municípios se distribuía. Não sabia como estava o uso das UTIs.... Alguém dizia que tinha UTI na qual morriam 80% dos pacientes. Em outra, 30%... Eu não sabia se morria diferente porque a população era diferente ou se porque os recursos eram fracos”, lembra ele. “Quando você não tem ideia do que está acontecendo, sai dando o básico. Sem informação, a coisa vai andando sozinha, enquanto você fica desesperadamente tentando compor, mas não trabalha a eficiência do sistema. Bota um respirador, bota um leito..”

Com um pouco mais de conhecimento, fundamentado e articulado, o Brasil poderia ter se saído melhor naquelas primeiras semanas de crise sanitária. Se Teich soubesse que, em determinado lugar, a taxa de mortalidade era mais alta porque o recurso

humano era mais fraco, poderia ter criado um programa de comunicação entre os hospitais de alta performance e as instituições de baixa performance. Ou quem sabe, como ele próprio diz, teria treinado minimamente os profissionais na tentativa de melhorar o cuidado. “A pandemia deixou muito claro: a falta de informação estruturada limita nossa capacidade de entender o que acontece, de planejar e de executar”, critica



o médico. “E isso é falta de estratégia, planejamento, liderança, coordenação e execução.” Por divergências com a presidência da República, Teich deixou o cargo 29 dias depois de sua nomeação.

No escritório do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), em São Paulo, sem a pressão naturalmente imposta a um ministro da Saúde, em plena pandemia, assim que o novo coronavírus começou a se disseminar entre os brasileiros, um grupo de pesquisadores do Instituto se debruçou sobre os arquivos do Datasus, para fazer um levantamento do número de leitos de UTI e de ventiladores mecânicos, entre outras informações relacionadas à crise sanitária. E, eles também enfrentaram a escassez e a má qualidade das informações disponíveis no país. “Os sistemas são realmente muito impressionantes. Cobrem o Brasil inteiro e alguns existem há décadas. Mas, estavam muito desatualizados”, lembra o economista **Rudi Rocha**, diretor de Pesquisa do IEPS. “A pandemia mostrou como é importante alimentar bem esses sistemas, com informações de qualidade. Espero que tenha aumentado a consciência dos gestores públicos e privados sobre a importância de se manter esses sistemas funcionando e atualizados, prontos para uso.”

## Difícil, mas factível

Dados não faltam. Mas, faltam dados de qualidade, estruturados, bem trabalhados. Dados que permitam as melhores tomadas de decisão. Que possibilitem aos gestores elaborar políticas corretas e estabelecer parcerias entre diferentes instituições. Que orientem a aplicação dos recursos financeiros, impeçam o desperdício e orientem a incorporação de novas tecnologias. Que aumentem a eficiência tanto do sistema público quanto do setor privado e garantam, enfim, o acesso da população a uma saúde de qualidade. “A informação é uma ferramenta; e não um objetivo nela mesmo. Você tem de definir por quê. Porque você precisa daquela informação, o que você quer entregar, do que

---

## **“A informação é uma ferramenta, e não um objetivo nela mesma”**

Nelson Teich

“você precisa. Só assim, você define a informação que você quer”, diz o ex-ministro. “O dado de má qualidade induz ao erro.”

Os analistas da saúde são unânimes em defender a criação de grande projeto de informação para o Brasil, a partir da interação entre a União, estados, municípios e, inclusive, a saúde suplementar. Com a medicina privada, prevendo uma eventual migração do paciente privado para o sistema público. Com a medicina privada, prevendo uma eventual migração do paciente privado para o sistema público. Para o médico **João Gabbardo**, coordenador executivo do Comitê Científico de Combate ao Coronavírus, do governo do Estado de São Paulo, e ex-secretário executivo do Ministério da Saúde, o grande desafio é fazer com que as informações disponíveis se comuniquem, que possam ser conectadas e interligadas. “E, para isso, os esforços devem ser canalizados

---

## **“Os esforços devem ser canalizados para a interoperabilidade dos sistemas”**

João Gabbardo

para a interoperabilidade dos sistemas”, diz ele. “Interoperabilidade --essa é a palavra-chave.”

A distância para uma plataforma sólida e integrada, na opinião do economista Rudi Rocha, ainda é enorme. “Estamos muito longe disso”, diz. A construção desse sistema exige, para começar, uma mudança no modo de encarar e trabalhar os dados de saúde. Sair de uma rede administrativa, desenhada sobretudo para pagamentos, para uma rede produtora de conhecimento. Em seguida, é preciso enfrentar uma realidade fragmentada. Tanto a saúde pública quanto a suplementar dispõem, cada uma, de uma série de sistemas, lembra o economista. “E cada sistema foi pensado de uma forma. Um lida com pacientes, outro com gestores públicos e um terceiro, com gestores privados. Aí, nos gestores privados, temos os seguradores, os provedores, os hospitais e os profissionais”, exemplifica Rocha “Existem ainda as tecnologias que já estão à disposição e as que estão em desenvolvimento. E cada um tem suas preferências, seu jeito de trabalhar e suas prioridades. Então, o sistema pode funcionar muito bem para uma coisa e não ser tão bom para outra...”

Por causa da complexidade de integração de todas essas redes, o diretor do IEPS defende que a coordenação desse trabalho fique a cargo do governo federal, com a colaboração de outros atores do setor da saúde –públicos, privados, institutos de pesquisa e a academia, entre outros. “Não é fácil, mas é factível”, define Rocha.

## **“Ainda estamos muito longe de uma plataforma sólida e integrada”**

Rudi Rocha

## Linguagem única

A construção dessa malha de dados estruturados pressupõe consenso sobre os padrões tecnológicos, de segurança e de linguagem. “Imagine você fazer, por exemplo, uma cirurgia de membro inferior direito e cada sistema usar o termo de uma maneira”, diz a biomédica **Claudia Cohn**, diretora executiva do Grupo da Dasa e CEO da Alta Excelência Diagnóstica. “Um diz membro inferior direito, outro usa membro inferior D e um terceiro fala em perna direita. Como é que você vai conseguir fazer comparações se tem padrões diferentes?” Para o Brasil avançar em direção de uma rede consolidada e inteligente, é preciso recursos. É preciso que o tema seja tratado com a importância que tem, como prioridade pelo governo.

**“As informações  
só podem ser  
analisadas  
se tiverem  
um padrão,  
uma mesma  
linguagem”**

Claudia Cohn

Agilidade e transparência também são fundamentais. De nada adianta um volume grande de informação ultrapassada. Um estudo conduzido por pesquisadores do Instituto de Comunicação e Informação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (IcicT/Fiocruz), divulgado em agosto de 2020, alertava para a divulgação de casos de covid-19, que em alguns estados chegavam a apresentar mais de 50 dias de diferença entre o registro no sistema de saúde e a publicação nos boletins epidemiológicos –o que poderia comprometer a efetividade de qualquer medida sanitária.

## “Números não mentem, mas podem ser manipulados”

Claudia Colucci

A falta de lisura e o atraso na divulgação das informações sobre a pandemia por parte do governo federal levou à formação do consórcio de imprensa. Em uma iniciativa inédita, os veículos de imprensa G1, O Globo, Extra, O Estado de S.Paulo, Folha de S.Paulo e UOL se uniram para trabalhar de forma colaborativa na busca por informações, atualizadas diariamente, sobre a evolução da pandemia, nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. “Números não mentem, mas podem ser manipulados”, diz a jornalista **Claudia Colucci**, repórter especial do jornal Folha de S. Paulo, especializada em saúde. “Dependendo do contexto em que são usados levam a conclusões totalmente diferentes.”

## Parcerias

Quem der uma busca no site do Instituto Nacional do Câncer (INCA) à procura, por exemplo, de projeções sobre a incidência da doença no futuro encontrará estimativas para 2020. Projeções que atualmente têm pouca serventia, já que não consideram o impacto da pandemia. A crise sanitária mudou os rumos de uma série de patologias, especialmente as crônicas. O foco no combate ao novo coronavírus e o medo da contaminação, nos últimos dois anos, atrasaram consultas, exames e tratamentos. O adiamento, em muitos casos, levou ao agravamento da doença -reduzindo as chances de cura e impondo aos pacientes intervenções mais agressivas e caras.

Pergunte a um oncologista em quanto deve aumentar a taxa de mortalidade por câncer, em decorrência do isolamento imposto pelo SARS-CoV-2, e ouvirá estimativas feitas em outros países. No Reino Unido, por exemplo, entre quatro e cinco anos, os óbitos por câncer devem crescer 20%. Se contasse com informações seguras e precisas, o Brasil já poderia estar se preparando para o aumento da sobrecarga no sistema público e no setor privado. Aos pacientes que adiaram os cuidados, somam-se os novos doentes. O mundo parou por causa da covid-19, mas, enquanto isso, as doenças, deixadas a seu próprio curso, seguiram sua evolução.

Com os avanços acelerados da medicina e as transformações da sociedade, é preciso ter um retrato da saúde o mais fidedigno possível. Notificações diárias não são possíveis, mas para que as informações tenham utilidade devem refletir a realidade de um ano para trás, no máximo, dizem os especialistas. E não de dois, cinco anos, como tende a acontecer no Brasil.

Para agilizar a coleta e análise de dados por parte dos governos, o cardiologista **Fernando Ganem**, diretor geral do Hospital Sírio-Libanês e conselheiro da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), sugere a colaboração das instituições particulares. “No serviço privado, esse movimento começa a crescer, com centros de inteligência muito bem definidos, com bancos de dados, *datacenters* que fazem o repositório das principais informações de saúde”, diz ele. “Existe uma grande oportunidade de parceria para que aquelas instituições privadas que tenham a expertise e já estejam engatadas neste projeto, compartilhe conhecimento com o setor público. Isso é uma grande oportunidade.”

## Business intelligence

A produção de dados de qualidade é imprescindível para todos os países, especialmente para aqueles cujos recursos e investimentos destinados à saúde são escassos, como no Brasil. “Quanto menos dinheiro você tem, mais eficiente tem de ser o

sistema”, diz Nelson Teich. “Independentemente de quanto você tem, se usar bem, vai ajudar mais pessoas.” Ao que o economista **André Medici**, consultor em saúde, completa: “As informações têm de ter uma *business intelligence*, uma inteligência de negócios”. Ou seja, como ele explica, esses dados devem permitir, não só planejar melhor o futuro, como administrar o dia a dia do setor de saúde.

---

## “O investimento em tecnologia da informação é o melhor investimento que se pode fazer em saúde hoje em dia, no Brasil”

André Medici

O economista cita como exemplo do CMS (*Centers for Medicare & Medicaid Services*), dos Estados Unidos, uma agência federal, vinculada ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos, responsável, entre outras atribuições, pela concessão de seguros públicos a americanos que preencham determinados requisitos. O CMS dispõe de um conjunto enorme de dados baseados em *business intelligence*. “Os seguros de saúde são obrigados a prestar informações sobre o que se passa com seus pacientes”, explica Medici. “Embora sejam informações individuais, associadas a cada paciente, não são individualizadas nem divulgadas. Mas a agência usa essas informações para aperfeiçoar os processos de trabalho e para aumentar a eficiência do setor de saúde e, com isso, oferecer os melhores resultados aos pacientes.”

## Segurança

Só para se ter ideia da dimensão do CMS, em 2020, a agência atendeu 33,4 milhões de pessoas e pagou quase US\$ 380 bilhões, em seguros. Imagine o volume de dados nas bases da agência americana. “Esse é um movimento que vem sendo feito no mundo todo”, alerta o economista. “O Brasil nem tem prontuário eletrônico unificado, nem na saúde pública nem na privada. Se nós pudéssemos não só articular esses prontuários e fazer uma hierarquização do acesso das informações para produzir indicadores que sejam efetivamente úteis para melhorar o sistema do ponto de vista de eficiência e melhores resultados para os pacientes, nós estaríamos avançando muitíssimo na qualidade do sistema de saúde do Brasil.” Para o economista Rudi Rocha, a integração dos prontuários poderia funcionar como um vetor para a construção da malha nacional de informações, públicas e privadas, de saúde. “Eu acho que esse caminho é absolutamente inevitável. É uma questão de tempo. Mas quanto antes a gente começar a caminhar nessa direção, mais rápido a gente vai progredir”, diz o diretor do IEPS.

Falar em dados de paciente é tocar em um dos assuntos mais sensíveis da informatização da saúde. Para a população em geral, há o receio do que pode ser feito com suas informações médicas. “Eu sou dona dos dados da minha saúde. Essas informações podem transitar por vários locais diferentes, mas a dona delas sou eu e eu autorizo meu médico a acessá-las”, explica a biomédica **Claudia Cohn**, diretora executiva do Grupo da Dasa e CEO da Alta Excelência Diagnóstica. “Um passo importante é caminhar para que, de forma agnóstica e não proprietária, todos os dados possam ser compartilhados de maneira estruturada, respeitando a LGPD. Ou seja, dado anonimizado pode, sim, gerar eficiência para o sistema de saúde.” A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) foi sancionada em 2018 e estabelece regras sobre coleta, armazenamento, tratamento e compartilhamento de informações pessoais, impondo penalidades para o não cumprimento.

## 300 milhões de livros

A CEO dá um exemplo do impacto que um volume grande de informações pode causar no sistema de saúde. Imagine levantar os dados de 2 milhões de diabéticos, sem o controle da doença. Graças às novas ferramentas tecnológicas, é possível prever quais desses pacientes estão mais propensos a sofrer alguma doença decorrente da glicemia alta e qual será o impacto financeiro desse descontrole para o sistema –e, claro, sua repercussão para o futuro da qualidade de vida dos doentes. “E ainda mais, se eu for mais além, e ver que esses pacientes, além de uma hemoglobina glicada alterada, apresentam, por exemplo, alterações renais, posso ter uma previsão, com bastante precisão, dos procedimentos e tratamentos que possam vir a precisar no futuro”, diz Claudia. “Dessa forma, eu consigo prever não só quanto vou gastar com eles, mas alertá-los sobre a importância dos cuidados preventivos. Com isso, estarei não só beneficiando esses pacientes, como dando ao sistema de saúde a eficiência de prevenir gastos futuros com alta complexidade.”

---

**“Existe uma grande oportunidade de parceria para que aquelas instituições privadas, que já tenham a expertise, compartilhe conhecimento com o setor público”**

Fernando Ganem

Dados da IBM dão ideia de quão impactante pode ser a combinação saúde e tecnologia de dados. Via smartwatch, redes sociais e/ou internet, uma pessoa saudável produz ao longo da vida, 1 milhão de gigabytes de informação referentes apenas à sua saúde. É um volume equivalente ao conteúdo de 300 milhões de livros. Não à toa, em sua edição de 6 de maio de 2017, a revista inglesa *The Economist*, estampou na capa *The world's most valuable resource is no longer oil, but data*. Assim como o petróleo abasteceu os motores da era analógica, os dados são o combustível da era digital. “Investir em informação requer grandes recursos. Mas eles se pagam não apenas pelo retorno financeiro que proporcionarão, mas pelo retorno para o paciente. Retorno na melhoria da expectativa de vida, na qualidade de vida, o que representa menos gastos no futuro”, diz André Medici. “O investimento em tecnologia da informação é o melhor investimento que se pode fazer em saúde hoje em dia, no Brasil.”

### Referências

The world's most valuable resource is no longer oil, but data (<https://www.economist.com/leaders/2017/05/06/the-worlds-most-valuable-resource-is-no-longer-oil-but-data>)

Gastos com a saúde per capita (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>)

Estudo da Fiocruz aponta defasagem entre registro da covid e boletins ((<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-08/estudo-da-fiocruz-aponta-defasagem-entre-registro-da-covid-e-boletins>))

Veículos de comunicação formam parceria para dar transparência a dados de Covid-19 (<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/08/veiculos-de-comunicacao-formam-parceria-para-dar-transparencia-a-dados-de-covid-19.ghtml>)

Estimativas de câncer do INCA (<https://www.inca.gov.br/estimativa>)

CMS (<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/CMS-Fast-Facts>)

TD 62 - Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil (<https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/textos-para-discussao/td-62-evidencias-de-praticas-fraudulentas-em>)

Casos de coronavírus e número de mortes no Brasil em 30 de abril (<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/30/casos-de-coronavirus-e-numero-de-mortes-no-brasil-em-30-de-abril.ghtml>)

## As Propostas

- ✓ Criar um programa nacional de informação e inteligência, coordenado pelo ministério da Saúde, em conjunto com estados e municípios, com status de política de Estado – e não de governo
- ✓ Aumentar os investimentos no processo de informatização da rede assistencial do SUS, garantindo a interoperabilidade do sistema
- ✓ Coordenar os sistemas de dados estruturados, tanto públicos quanto privados, em um padrão de análise, acesso e linguagem comum a todos
- ✓ Convocar as entidades da saúde, especialistas da área, para, em conjunto com o Datasus, estabelecer os protocolos necessários visando o estabelecimento de um padrão para a troca das informações médicas
- ✓ Incentivar o desenvolvimento de aplicativos que permitam o uso das bases de dados do governo, criando ferramentas úteis tanto para a gestão administrativa quanto para a gestão assistencial
- ✓ Ampliar e garantir a integração dos prontuários eletrônicos
- ✓ Estimular as parcerias público-privadas para o compartilhamento da expertise das instituições particulares em inteligência de dados com o sistema público



## CAPÍTULO 6

**A legislação  
e a regulação  
estão cumprindo  
com seu papel?**

## Entrevistados

**Adriano Massuda**, médico professor da Escola de Administração de Empresas, da FGV, e integrante do FGVsaúde (Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde, da Fundação Getúlio Vargas)

**Dirceu Barbano**, farmacêutico, diretor da B2CD Consultoria Empresarial e diretor-presidente da Anvisa, entre 2011 e 2014

**Fausto dos Santos**, médico sanitário, especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, do Ministério da Economia, e pesquisador da Fiocruz - MG

**Gonzalo Vecina**, médico sanitário, professor da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo (USP), fundador e presidente da Anvisa, de 1999 a 2003

**Paulo Rebello**, advogado, diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar



## Sobre como modernizar as leis que sustentam a saúde brasileira – tanto a pública quanto a privada

**A**té a promulgação da Constituição, em 1988, a saúde brasileira era um caos. Data de 1966, dois anos depois do golpe militar, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), substituído, em seguida, pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Só tinham acesso aos serviços de saúde pública os trabalhadores formais, contribuintes da Previdência Social. Embora a classe média possuísse carteira assinada, não usava as estruturas estatais e pagava do próprio bolso por consultas e procedimentos particulares – a medicina da época não era tão cara quanto a de hoje. E, os mais pobres, mesmo que estivessem contemplados pela lei, encontravam dificuldades para usufruir da assistência, oferecida por um sistema desorganizado. Aos brasileiros sem direito à saúde pública, restava o atendimento nos hospitais universitários e filantrópicos, onde, em geral, entravam como indigentes.

“O INPS e, depois, o Inamps operavam basicamente através de convênios com a rede privada ao invés de investir na ampliação e qualidade da rede própria de serviços, lê-se no artigo *Antes do SUS: Como se (des) organizava a saúde no Brasil sob a ditadura*, produzido pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho (CEE). “De acordo com o estudo pioneiro de Hésio Cordeiro sobre o setor privado, as internações nos hospitais próprios da Previdência, que já representavam uma parcela pequena do total – 4,2% em 1970 –, diminuíram ainda mais. Em 1976, eram de 2,6%. Os 41 hospitais do Inamps fizeram 253 mil internações frente aos 6,28 milhões do setor conveniado em 1978. Nesse ano, o privado respondeu por 53% das consultas médicas pelo Inamps.”

Durante os 21 anos de autoritarismo, a saúde brasileira enfrentou problemas graves. Na cidade de São Paulo, por exemplo,

em 1973, a cada mil crianças nascidas vivas, 90 morreram, informa o CEE. A título de comparação, em 1961, 60 haviam ido a óbito. Entre 1972 e 1976, condições evitáveis como difteria, coqueluche, sarampo, tétano, poliomielite e doenças diarreicas mataram 1,4 milhão de meninas e meninos. Dos brasileiros mortos no período, 72% tinham menos de 50 anos, 46,5% dos quais, menos de quatro. “Na Suécia, na Inglaterra e nos Estados Unidos, por exemplo, apenas 20% dos óbitos ocorriam nas faixas etárias inferiores a 50 anos”, pontua o artigo *Antes do SUS*....

Ao longo de quatro anos, entre 1970 e 1974, o governo militar escondeu uma epidemia grave de meningite, na capital paulista. No estudo *A doença meningocócica em São Paulo, Brasil, no século XX: características epidemiológicas*, José Cássio de Moraes e Rita Barradas Barata mostram que a doença teve início insidioso. Entre 1971 e 1973, a taxa de contaminação passou de 2,16 para 29,38 casos por cem mil habitantes. No ano seguinte, no entanto, explodiu e chegou a 179,71 infectados a cada cem mil pessoas. Sem controle, os vírus saíram das periferias paulistanas e se espalharam pela cidade. Surtos foram registrados em outras cidades do Sudeste e em Brasília. Não tinha mais como abafar a doença e os governos foram obrigados a agir -três anos depois das primeiras notificações.

Sem regulamentação e vigilância nacionais, o sangue era comprado e vendido como qualquer mercadoria. Doenças transmitidas pelo sangue circulavam sem nenhuma barreira entre os brasileiros. Mas, no início dos anos 1980, veio a aids e o Brasil, graças ao sociólogo Herbet de Souza, despertou para os riscos do comércio sanguíneo. Hemofílico, Betinho morreu em 1997, aos 62 anos, vítima do vírus HIV, contraído em uma transfusão.

Em março de 1986, um ano depois do fim da ditadura, os primeiros rascunhos da saúde brasileira do modo como a conhecemos hoje



começaram a ser traçados. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira a ser aberta à sociedade, resultou na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o Inamps e os governos estaduais, serviu como esboço para a seção “da saúde”, da Constituição, que seria promulgada em 5 de outubro de 1988. Está lá, no artigo 196, “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. E, assim, a saúde passou a ser um bem público. Finalmente, em 1990, a lei federal 8.080 regulamenta o Sistema Único de Saúde. Pela legislação, cabe ao SUS identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde, formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde, e fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação, integrando ações assistenciais e preventivas. Maior rede assistencial pública do mundo, o SUS é hoje referência internacional.

A partir do sistema único de saúde brasileira, aos poucos, foi sendo estruturada. Em janeiro de 1999, por força da lei 9 782, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em substituição a uma secretaria nacional, entrou em vigor. Seu objetivo: regularizar o mercado nacional e assimilar o internacional, especialmente o farmacêutico, que chegava com força ao país. Contribuiu também para a criação da agência o aumento dos medicamentos falsificados. No ano seguinte, a 9 961, em cumprimento à 9.656, de um ano antes, instituiu a Agência Nacional de Saúde (ANS), que regulamenta a medicina suplementar, um setor que crescia sem nenhuma regra.

## Mais dinheiro para estados e municípios

Esses marcos regulatórios foram muito importantes. Representaram uma conquista para a sociedade brasileira. Mas será que os progressos legais ficaram no passado? “Perfeição não existe. Tudo é possível ser melhorado todos os dias”, diz o

médico sanitaria **Gonzalo Vecina**, professor da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo (USP), fundador e presidente da Anvisa, de 1999 a 2003. Mas a legislação, em sua opinião, não é o problema da saúde brasileira. Ao que faz coro o também médico **Adriano Massuda**, professor da Escola de Administração de Empresas, da FGV, e integrante do FGVsaúde (Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde, da Fundação Getúlio Vargas): “A gente conseguiu, sim, implementar uma boa base legislativa. Não acho que precise fazer uma grande mudança. Aliás, tenho até medo quando vejo gente propondo grandes mudanças. A gente teve um caso de ministro da Saúde sugerindo diminuir o tamanho do SUS. Isso é um perigo. Seria um retrocesso histórico que não podemos permitir de maneira nenhuma que aconteça”. As convicções de Vecina e Massuda repetem-se entre os estudiosos da saúde nacional.

**“Tenho até  
medo quando  
vejo gente  
propondo  
grandes  
mudanças na  
legislação da  
saúde”**

Adriano Massuda

Alguns mais radicais do que outros, os especialistas reconhecem as necessidades de alguns ajustes na legislação. Um deles nos termos do financiamento do sistema público. “O Brasil gasta 9,5% do PIB em saúde. Quando comparado a outros países da OCDE [*Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico*], esse percentual está acima da média”, diz Massuda. “O problema é a distribuição desse gasto. Quase 60% dele é do setor privado e pouco mais de 40%, do público.” Entre as nações da organização, em torno de 70% dos recursos destinados à saúde são públicos. Esses governos reconhecem a importância de uma população saudável para a

economia nacional. Por isso, o professor da FGV classifica como “fundamental” um aperfeiçoamento da legislação determinando um percentual mais alto de investimento de recursos públicos, sobretudo federais.

Na estrutura tributária brasileira, a União, a maior arrecadadora de impostos, contribuiu, proporcionalmente, menos para o sistema público do que estados e municípios. A emenda constitucional número 29, de 2000, que doze anos depois, virou a lei complementar 141, definiu o que poderia ser contabilizado como gasto na saúde e fixou percentuais mínimos de aporte por parte de cada um dos três entes da Federação. As prefeituras, explica Massuda, entrariam com 15% da arrecadação – “mas já estão chegando, na média, próximo dos 25%, ou seja, 10% a mais do que o mínimo constitucional”, diz o professor. Aos governos estaduais, coube investir 12% do total arrecadado, o que, segundo ele, nem todos conseguem cumprir.

## A revolução da atenção primária

Seria importante que a legislação sobre os investimentos, diz o professor da FGV, especificasse também as áreas estratégicas onde o dinheiro deveria ser alocado. Uma delas, talvez a mais importante, unanimidade entre os estudiosos, é a atenção primária à saúde (APS). A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que 1% do PIB dos países seja destinado ao conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, sobretudo, na promoção da saúde e prevenção. A APS é porta de entrada da população no sistema de saúde, a grande ordenadora do cuidado. Equipes multiprofissionais acompanham a evolução de saúde das comunidades sob sua responsabilidade. Caso seja necessário, eles encaminham o paciente para os atendimentos secundário e terciário. Entre 80% e 90% dos problemas de saúde são resolvidos na APS, desafogando assim o resto do sistema. Implantado em

1994, o programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um dos maiores modelos de atenção primária do mundo, também reconhecido internacionalmente. São 43 mil equipes, responsáveis pela cobertura de quase 65% da população brasileira. “Essas equipes mudam, de fato, a situação da saúde das pessoas – redução de mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida, controle de doenças transmissíveis”, elogia Massuda.

Com 1% dos recursos dirigidos à atenção primária, diz o professor da FGV, faríamos uma revolução. A atenção primária também é uma bandeira da ANS junto às operadoras de planos de saúde, lembra o advogado **Paulo Rebello**, o diretor-presidente da agência. A valorização da APS explica-se não só pela transformação que esse modelo assistencial pode ter sobre o sistema, mas também porque as outras áreas da saúde, como a hospitalar e a farmacêutica, por exemplo, têm mais poder de lobby para puxar investimentos. “Esses setores são importantes e devem ter investimentos, claro, mas primeiro é preciso garantir o financiamento da atenção primária, senão não se constrói sistema de saúde”, explica Massuda. “Se tivéssemos as condições adequadas de financiamento, com a estrutura criada no âmbito do SUS, sem dúvida nenhuma conseguiríamos ter uma saúde muito mais avançada.”

## Saúde como direito de cidadania

Dada à questão política em torno do tema, Massuda diz ser indispensável “construir um consenso na sociedade de afirmação da saúde como direito de cidadania, como foi construído no processo de redemocratização do país”. “E esse direito não será executado a partir da somatória de interesses individuais dos parlamentares em financiar suas bases. Esse direito vai ser implementado, sim, a partir da alocação de recursos para as áreas de necessidade do sistema de saúde”, diz o professor. “Precisamos

ter um entendimento político para fazer com que seja possível implementar a boa técnica.” O sistema de saúde tem base na solidariedade –os municípios, as regiões mais pobres recebem mais investimento porque precisam mais, pontua. Mantido o modelo de financiamento atual, o desequilíbrio deve permanecer, com o envio de um volume maior de dinheiro para os setores com mais poder de pressão política.

Durante a pandemia, o Palácio do Planalto entregou a aliados no Congresso recursos destinados a estados e municípios para o pagamento de serviços de saúde, como compra de ambulâncias, pagamento de atendimentos médicos e construção de hospitais. Em 2021, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) distribuiu parte dos R\$ 7,4 bilhões a redutos eleitorais de lideranças políticas, ignorando qualquer critério técnico que justificasse tais aportes financeiros. Entre 2019 e 2021, a quantidade de emendas do FNS cresceu 112% --quase metade se deu pelo orçamento secreto. “Os investimentos em saúde devem ser alocados dentro de uma agenda programática, técnica, definida pelas necessidades de saúde; não por interesses particulares de parlamentares. Isso desorganiza o sistema de saúde”, insiste o professor da FGV. “Enquanto não tivermos um pacto político para financiar o sistema de maneira adequada, não há legislação que salve. A gente vai só ficar fazendo arremedos para tentar corrigir as consequências de um sistema que tende a ser cada vez mais disfuncional.”

## A boa governança

Não há quem não defenda a boa gestão da saúde como forma para manter o sistema funcionando em harmonia. “E não dá para melhorar a governança com regras escritas, nós precisamos melhorar nossa capacidade de governar”, diz o fundador da Anvisa. Vecina é contundente ao enfatizar a importância de uma política pública (“um projeto nacional, civilizado e moderno”, em suas palavras) para aumentar o acesso da população à saúde de

qualidade. Em suma, é preciso uma boa legislação, uma boa política pública e uma boa governança. “E, atualmente, nós estamos com dois problemas graves em termos de governança e política pública”, afirma ele. “As pessoas não percebem, por ignorância, que as agências são cumpridoras de uma política pública e quem gera a política pública é o Ministério da Saúde. Sem Ministério da Saúde atuante, estamos sem política; e as agências estão sem agenda.” O farmacêutico **Dirceu Barbano**, diretor da B2CD Consultoria Empresarial e diretor-presidente da Anvisa, entre 2011 e 2014, concorda. As agências em si vão bem; “o que, na verdade, se mostra um tanto quanto ineficiente é a agenda que operam”. “Quanto mais as agências avançam em relação às boas práticas regulatórias, às consultas públicas, à consolidação da agenda regulatória, à avaliação de impacto regulatório das decisões, o sistema também melhora. Tem sido assim nos últimos anos.”

Para o médico sanitário **Fausto dos Santos**, especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, do Ministério da Economia, e pesquisador da Fiocruz – MG, a lentidão com a qual algumas instituições se movimentam tem a ver, em grande parte, com a qualificação de seus quadros de funcionários. “O conjunto de diretores *pro tempore* e sem lastro técnico, muitas vezes, levam a uma ação mais lenta, menos abrangente das agências”, diz ele. “O que compromete a capacidade de intervenção.”

---

**“O que, na verdade, se mostra um tanto quanto ineficiente é a agenda que as agências operam”**

Dirceu Barbano

## **“O conjunto de diretores pro tempore e sem lastro técnico, muitas vezes, leva a uma ação mais lenta, menos abrangente das agências”**

Fausto dos Santos

### **“Plano pobre para pobre”**

Ainda que as autarquias federais necessitem de ajuste, o modelo é vencedor. Tanto que, como conta Massuda, “muitas vezes, o corpo técnico da Anvisa ‘peita’ os diretores da agência, que são quadros políticos, indicados por interesses”. Sobre a ANS, o professor da FGV diz: só critica quem não sabe como era o setor dos planos de saúde antes da agência. “Agora, estão querendo diminuir as regras da medicina suplementar sob o argumento de criar planos populares”, lamenta.

O fundador da Anvisa é crítico dessa movimentação por parte dos convênios. “Um grupo importante, ligado aos grandes seguros, quer criar plano de saúde de pobre para pobre. Seus representantes se dizem algemados para justificar que, do jeito que está, não conseguem prestar assistência a quem não quer o SUS. Mas, eles ignoram que a alternativa privada não vai conseguir atender mais do que 25%, 26% da população porque não tem dinheiro que chegue para isso”, diz o fundador da Anvisa. “Onde eu vejo desigualdade, vejo a necessidade de uma política pública para combater essa desigualdade. Será que não tem uma maneira de combater a desigualdade, que sirva também para ganhar dinheiro?”

Com a palavra o diretor-presidente da ANS: “Podemos até discutir a criação de planos mais acessíveis, mas, nessa discussão, eu não abro mão da linha de cuidado do paciente. Qualquer produto que seja, qualquer plano que seja, temos de seguir a lógica, a premissa da Constituição: a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a recuperação do paciente. Eu não vejo e não entendo como factível avançarmos em qualquer produto, qualquer plano em que o paciente fique perdido nessa linha do cuidado, nessa jornada de tratamento”.

## Novas tecnologias

Um tema em especial, segundo os especialistas, merece um olhar mais atento –o da incorporação de novas tecnologias. “Se houvesse no Brasil uma legislação que regulasse esse assunto em uma única vertente, sem dúvida, teríamos um salto na eficiência do sistema”, diz Fausto dos Santos. Datada de 2011, a lei que criou a Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS), segundo ele, tem um arranjo institucional muito frágil. Uma mostra dessa vulnerabilidade foi dada recentemente, durante a crise sanitária. Os senadores da CPI da Pandemia, em 2021, acusaram a Conitec de ter “lavado as mãos” na análise do kit covid, um coquetel de medicamentos, que, mesmo sem nenhuma comprovação científica, foi alardeado pelo Palácio do Planalto, como capaz até de prevenir a infecção pelo SARS-CoV-2. Segundo os parlamentares, a comissão serviu de “escudo” para que os remédios seguissem sendo indicados.

Gonzalo Vecina e Adriano Massuda defendem a criação de uma agência específica para o direcionamento da incorporação de tecnologia. Para o professor da USP, o órgão deveria ter um grau de autonomia semelhante ao da Anvisa e da ANS e ser único, tanto para o SUS quanto para a iniciativa privada. Já o professor da FGV, lembra o sucesso do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), do Reino Unido. Fundado em 1999, o

instituto é responsável pela avaliação das novas tecnologias e pelas diretrizes sobre a adoção das inovações médicas pelo NHS (*National Health System*), o SUS britânico. “Eventualmente, podem ser criadas agências para dar suporte para as falhas, fragilidades ou necessidades que o SUS venha a ter”, afirma Massuda. “Com isso, dá-se maior estabilidade técnica para que a gestão do sistema não fique tão vulnerável à volatilidade da política, o que é natural em uma democracia.”

---

## **“Deveria haver uma agência exclusiva à incorporação de tecnologia, única para o SUS e para a iniciativa privada”**

Gonzalo Vecina

Que ninguém se engane, entretanto. “O ambiente político vai continuar interferindo nas agências e isso é natural”, diz Barbano. “No momento em que um governo nomeia os diretores de uma agência, as expectativas desse governo acabam sendo sempre incorporadas na agência. O país vai continuar tendo governo, eu espero por um bom tempo, e não há nenhuma possibilidade de que os governos não se façam presentes. A agência não é um órgão paralelo do Estado, faz parte da estrutura do Estado e está dentro da governança do Estado. Isso é um ponto tranquilo e pacífico, para mim.” O que não pode acontecer é o governo levar para o interior da agência decisões que comprometam a política regulatória na qual a autarquia foi fundamentada. E, desde a criação do SUS, isso não aconteceu. “O que a gente tem visto é

uma certa acomodação, uma dificuldade de fazer o que precisa ser feito, os técnicos ficam perdidos, sem saber para que lado têm de ir. É ruim, claro, deixa o ambiente muito frágil, mas não chega a comprometer do ponto de vista constitucional”, completa Barbano.

## Falta de alinhamento

Para os especialistas, um outro ponto bastante importante é abrir o diálogo entre o sistema público e a indústria dos planos de saúde. “A ANS precisa estar mais conectada à política de saúde do Brasil”, defende Fausto dos Santos. “Esse seria um passo importante para sair desse processo de fragmentação das novas legislações, voltadas para questões pontuais do sistema, e caminhar na mesma direção. Hoje, parece tiroteio com a luz apagada –cada um atira para um lado e ninguém sabe o que vai acertar.” A medicina suplementar representa quase 3% do PIB, atende cerca de 25% da população, tem 700 operadoras ativas e, em 2020, realizou 1,3 bilhão de procedimentos. Impossível, de fato, dissociá-la de um projeto nacional de saúde para o país.

Abrir o diálogo com o sistema público é, para o diretor-presidente da ANS, a única saída para melhorar a qualidade da assistência no Brasil. “Vivemos em um país de dimensões continentais e o público e o privado têm de trabalhar de forma uníssona para que, nas situações em que o privado não possa estar presente, o público esteja presente –e vice-versa”, explica. Para Rebello, é

---

**“Vivemos em um país de dimensões continentais e o público e o privado têm de trabalhar de forma uníssona”**

Paulo Rebello

preciso promover o alinhamento das instituições que regulam a saúde no Brasil, inclusive, para evitar a duplicação de serviços.

Tudo em defesa do paciente, como insiste Rebello, “Estamos incentivando, estimulando que os prestadores informem exatamente seus indicadores, seus dados para que possamos promover, além do permanente aprimoramento dos prestadores de serviços, dos profissionais que trabalham no setor, o empoderamento do consumidor”, conta. “A agência induz algumas mudanças, alguns comportamentos do setor e, às vezes, isso acaba demorando um pouco”, diz o advogado. A construção de uma rede integrada de informações, respeitando sempre os preceitos da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), é fundamental para a transparência da medicina suplementar. A fórmula mais eficaz para combater os desperdícios e as fraudes. “Lembrando que a gente não regula o prestador, a gente regula as operadoras de planos de saúde”, reforça.

O presidente da ANS defende ainda mudanças no modelo de remuneração. A maioria dos pagamentos na medicina suplementar é feito por serviço executado. Criado nos Estados Unidos nos anos 1930, o modelo *fee for service* estabelece a remuneração de cada serviço, como consulta, internação e exame, entre outros, com base em uma tabela de valores pré-definidos que, quando fechada, é encaminhada para as operadoras. Os sistemas de saúde mais avançados do mundo processam os pagamentos mediante uma remuneração, a partir de uma composição híbrida entre diferentes modalidades do *fee for value* --procedimento, performance, pacote e/ou episódio. “Temos até um guia de remuneração baseado no valor e isso é uma forma de induzir esse comportamento”, diz Rebello. “Agora, esse é um assunto que precisa ser debatido entre todos.”

## O desafio dos pequenos

Com até 50 leitos, os hospitais de pequeno porte (HPP) são atualmente um dos grandes desafios da saúde no Brasil. Apresentam uma taxa de ocupação baixa, em torno de 30%. Do ponto de vista financeiro, portanto, são ineficientes –para não dar prejuízo, deveriam funcionar entre 75% e 85% de sua capacidade. “Mas, essas instituições se mantêm em função das necessidades dos municípios onde estão instalados”, diz o médico Adriano Massuda. Ao que Fausto dos Santos completa: “Muitos desses hospitais precisam continuar existindo, sobretudo, por causa da questão geográfica, mas é preciso mudar seu perfil, sobretudo em relação ao financiamento, não trabalhando mais por produção”.

Dos quase 7 mil hospitais brasileiros, em 2017, pouco mais de 60% eram de pequeno porte, o equivalente a 18% do total de leitos no país, indica o levantamento O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte, conduzido por Luciana Reis Carpaneze, e Ana Maria Malik, do FGVsaúde. A maioria dessas instituições estavam espalhadas pelo interior do país, em cidades com menos de 30 mil habitantes. Caso a região, onde estão estabelecidas essas instituições, tenha uma estrutura hospitalar de grande porte, bem constituída, talvez os pequenos não se façam necessários, indica Massuda.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (Pnhpp). A participação no programa era facultativa e, por causa disso, a iniciativa só ganhou vulto em 2006, quando ocorreu a maior parte das adesões. “Estudos mais recentes, da década de 2010, em nível nacional e subnacional, evidenciam que o cenário segue mantido, mesmo decorrida uma década em que os hospitais pequenos brasileiros apresentam baixas taxas de ocupação e internam, em sua maioria, afecções sensíveis

que poderiam ser evitadas, com melhoria da eficiência e redução de custo, caso a atenção básica fosse, per se, mais resolutiva”, informam Luciana Reis Carpaneze, e Ana Maria Malik.

Para os especialistas, a Pnhpp ainda precisa de ajustes, de modo a aumentar a eficiência e o retorno para o sistema nacional de saúde. É errado, diz Massuda, esperar que o problema seja resolvido com uma emenda parlamentar. “É preciso ter uma política nacional que defina as diretrizes e que isso possa se aplicar às variedades regionais.”. Para Gonzalo Vecina, é imprescindível construir uma rede de atenção à saúde e, para isso, é preciso olhar para o público e o privado”, defende. “Afinal, 60% dos hospitais brasileiros são privados.” Para Paulo Rebello, a parceria público-privada também, nesse caso, pode ajudar. E, para Dirceu Barbano, a solução para os HPPs não será construída no âmbito da municipalidade, mas dos estados e da União. “Esses hospitais precisam passar por um processo de regionalização e territorialização”, completa.

**Referências:**

Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura (<https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>)

A doença meningocócica em São Paulo, Brasil, no século XX: características epidemiológicas (<https://www.scielo.br/j/csp/a/tDcVwLJYXMjxpfZXFjg6Bfh/?lang=pt>)

Dinheiro destinado ao SUS é usado para beneficiar aliados do governo no Congresso (<https://oglobo.globo.com/politica/dinheiro-destinado-ao-sus-usado-para-beneficiar-aliados-do-governo-no-congresso-1-25509943>)

Senadores apontam que Conitec serviu de ‘escudo’ para governo propagar cloroquina (<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/19/senadores-apontam-que-conitec-serviu-de-escudo-para-governo-propagar-cloroquina>)

O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte (<https://www.scielo.br/j/csc/a/gQKkLtNnzLZhFQ56FZ3vy6s/?lang=pt>)

Cenário dos hospitais no Brasil 2020 ([https://www.fbh.com.br/wp-content/uploads/2021/04/Cenarios\\_2020.pdf](https://www.fbh.com.br/wp-content/uploads/2021/04/Cenarios_2020.pdf))

Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS (<https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/os-hospitais-de-pequeno-porte-e-sua-insercao-no-sus/551?id=551&id=551>)

## As Propostas

- ✓ Criar uma agência dedicada exclusivamente ao tema da incorporação de tecnologia, única, tanto para o sistema público quanto para o privado, com autonomia semelhante à da Anvisa e à da ANS
- ✓ Ter uma legislação definindo maior percentual de investimento público para a saúde, especialmente o federal, e especificando qual o percentual de gastos e as áreas estratégicas para aporte do dinheiro
- ✓ Aperfeiçoar a atenção primária, no âmbito do SUS e da medicina complementar, destinando, no mínimo, 1% dos investimentos para a área, como sugere a OMS
- ✓ Estimular a criação de uma rede de dados, integrando todos os serviços de saúde
- ✓ Transitar o modelo de pagamento do fee for service para o fee for value
- ✓ Abrir o diálogo entre o sistema público e o setor privado, de modo a evitar a duplicidade de serviços



# CAPÍTULO 7

**Saúde  
suplementar**



JOTA

## Entrevistados

**Adriano Londres**, economista, sócio-fundador da Arquitetos da Saúde

**Ana Maria Malik**, médica, coordenadora da FGVsaúde

**José Cechin**, engenheiro, economista, ministro da Previdência entre março e dezembro de 2002, superintendente executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)

**Martha Oliveira**, pediatra, especialista em saúde pública e epidemiologia, e fundadora e CEO da Laços Saúde e da Designing Saúde

**Mauricio Ceschin**, médico, presidente da Agência Nacional de Saúde (ANS) entre 2009 e 2012

**Renato Casarotti**, advogado, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge)



## Sobre a importância da modernização da estrutura e da legislação dos planos de saúde

**N**o Brasil, a medicina suplementar é responsável pelo cuidado de 25% dos brasileiros, o equivalente a cerca de 47 milhões de pessoas. Os planos de saúde são indispensáveis ao Estado, absorvendo parte da demanda que o SUS não consegue atender. O olhar atencioso para o setor, de modo a entender suas carências e fragilidades, é, portanto, condição *sine qua non* para as reflexões sobre o futuro da saúde no país.

**25%** os brasileiros usam a medicina suplementar

Frequentemente tido como um segmento repleto de ineficiências, pouco transparente, fragmentado, cercado por desconfianças e líder no ranking das queixas dos consumidores, a indústria da medicina privada é associada a práticas agressivas de marketing. “O setor tornou o uso indiscriminado em elemento de venda”, critica a pediatra **Martha Oliveira**, fundadora e CEO da consultoria Designing Saúde e da Laços Saúde, empresa especializada em cuidados domiciliares. Para a maioria da população, a carteirinha do plano funciona como uma senha para o mundo da tecnologia médica, das consultas e exames irrestritos. Quanto maior a rede referenciada, maiores são as opções de escolha. “Mas, não é isso que vai tornar a nossa saúde melhor”, diz a executiva, diretora, por doze anos, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**“O setor tornou o uso indiscriminado em elemento de venda”**

Martha Oliveira

Para ajudar a esclarecer os fatores que impactam os custos da saúde suplementar no País, em 2019, a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) encomendou um estudo técnico e aprofundado sobre o tema. O gasto total do setor cresceu R\$ 83,6 bilhões entre 2013 e 2018, um aumento de 12,1% ao ano. O trabalho mostrou o efeito combinado da variação da base de beneficiários, o aumento de frequência de uso de serviços de saúde, somados ao impacto da margem de contribuição das operadoras no período.

O fator que mais contribuiu para o crescimento dos gastos totais do sistema de saúde suplementar foi a frequência de uso, que passou de 22,8 para 29,6 eventos por beneficiário por ano, o que representa um crescimento de 5,4% ao ano. A maior utilização se concentra nas categorias de exames e terapias, seguidos por outros atendimentos ambulatoriais. Em consultas e internações a variação foi marginal.

Os custos unitários de prestação de serviços, de acordo com o estudo, cresceram a taxas de 6,7% ao ano, em linha com a inflação do período (5,9%) e inferior aos demais indicadores divulgados no setor, que se referem à variação dos gastos totais e não aos custos unitários de serviços do sistema.

## R\$ 83,6 bilhões

foi o crescimento dos gastos da medicina suplementar, entre 2013 e 2018, o equivalente a uma média de 12,1% ao ano

## 22,8 para 29,6

foi o aumento no número de eventos por beneficiário por ano, o que representa um crescimento de 5,4% ao ano.

O advogado **Renato Casarotti**, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), faz uma leitura muito precisa de um dos maiores dilemas da medicina suplementar – que também ocorre no SUS, mas de maneira menos evidente. “Existe um confronto entre o individual e o coletivo. Por natureza, o sistema depende do olhar coletivo, é orientado pelo mutualismo, que nada mais é do que a solidariedade. Mas isso conflitua com nossa necessidade individual. Como indivíduo, você quer o melhor tratamento disponível na ciência, o que tem de mais inovador, o que tem de mais moderno”, diz o executivo. “Mas, esses tratamentos são invariavelmente mais caros. Dar tudo para todo mundo fica, portanto, absolutamente insustentável.”

**“Um dos  
maiores  
dilemas  
da saúde  
suplementar  
é o confronto  
entre o  
individual  
e o coletivo”**

Renato Casarotti

A distorção no consumo da saúde privada é alimentada por um modelo de remuneração igualmente regressivo. O pagamento adotado pela maioria dos convênios privilegia a quantidade (*fee for service*) em detrimento da qualidade (*fee for value*). E esse modelo acaba induzindo o desperdício no setor. Nos sistemas de saúde mais avançados, a remuneração acontece mediante uma composição híbrida entre diferentes modalidades do *fee for value* --procedimento, performance, pacote e/ou episódio. Essa mudança não é simples e envolve todos os *players* do setor, mas, aos poucos, novos modelos de remuneração começam a ser adotados. É o que revela uma pesquisa da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)

com 68 de seus associados. Deles, 86,76% já trabalham com outros tipos de pagamento, além do *fee for service*. O total da receita processada por *fee for value* ainda é pequeno. Na maioria dos hospitais (45,6%), 20% da receita bruta é processada por outras formas de remuneração. Em apenas 15,25% das instituições, os novos modelos representam mais de 51% da receita bruta. E a metodologia mais citada (79,31%) foi o de pagamento por diárias hospitalares, avaliado como o mais positivo.

# 86,75%

dos associados da Anahp  
já trabalham com outros tipos de  
pagamento, além do *fee for service*

Pagamentos processados por valor (e não por quantidade) têm também alto poder de coibir fraudes e corrupção. Nas estimativas mais conservadoras, no Brasil, as ilicitudes consomem 1% do total gasto pelas seguradoras, diz **Adriano Londres**, sócio-fundador da Arquitetos da Saúde, startup de consultoria técnica criada para apoiar as empresas na gestão do plano de saúde coletivo. “Nós temos hoje a percepção de que, com o crescimento das despesas per capita, acima do crescimento da renda e da economia, a trajetória da saúde pode se tornar insustentável”, diz o engenheiro e economista **José Cechin**, superintendente executivo do *Instituto de Estudos de Saúde Suplementar* (IESS). À vulnerabilidade do setor, soma-se uma mudança social que, no médio e no longo prazo, deve aumentar a pressão sobre a medicina privada. O Brasil está envelhecendo; em 2030, seremos 40 milhões de idosos. A longevidade se faz acompanhar pelo aumento na incidência das doenças crônicas não transmissíveis.

A transformação da medicina suplementar rumo ao futuro 4.0 pressupõe uma mudança radical de paradigmas; em um movimento que atinge todos os *players* --das corretoras aos prestadores de

serviços, das seguradoras aos beneficiários. Os analistas defendem em uníssono a construção de uma nova cultura de saúde no Brasil. Mas, como, depois de tantos anos de incentivo ao uso indiscriminado dos serviços, convencer que o médico pode estar certo mesmo quando não prescreve uma batelada de exames? Como explicar que a maioria da população não necessita dos tratamentos ultramodernos? Como fazer entender que uma boa consulta resolve o problema de 90% dos pacientes? Como provar que o abuso dos serviços de saúde acaba se voltando contra o próprio beneficiário, sob a forma de aumento dos reajustes das mensalidades?

“Essa cultura não caiu do céu. Nós a criamos e temos de assumir essa responsabilidade”, diz o médico **Mauricio Ceschin**, presidente da ANS, entre 2009 e 2012. “Há pelo menos três décadas, o mote para atrair novos clientes sempre se baseou na oferta de tecnologia. As propagandas dos planos de saúde na televisão mostravam um paciente entrando em um tubo, em equipamentos maravilhosos, ou um helicóptero resgatando o doente.” Ao que Martha Oliveira, completa: “Não dá para querer que agora as pessoas se ‘autoeduquem’, né?” Para os especialistas, a educação dos beneficiários exige a união de esforços de todo o setor, inclusive com a participação governamental. “Precisamos mostrar que o caminho mais adequado para tornar nossa saúde melhor não é com uma carteirinha que nos permite escolher o que quisermos, como se estivéssemos em um shopping”, defende Martha. Que a resposta para a boa saúde não está no “livrinho gordo”, dos guias da rede referenciada dos convênios.

Ceschin vê uma relação intrínseca entre segurança e saúde com tecnologia –e não com o saber médico. “Eu acompanhei isso como médico e muitos da minha geração também acompanharam. No início da minha carreira, o paciente vinha ao consultório e perguntava o que a gente achava”, lembra o ex-presidente da ANS. “Hoje qualquer brasileiro vai ao consultório de um médico, senta-se na frente dele e diz: ‘Eu vim aqui fazer uns exames’. E por quê? Na cabeça dele, exame é o que vai solucionar seus problemas

- e não o médico.” Em sua opinião, está relacionada à (má) qualidade da formação médica hoje no Brasil. “Fica mais fácil para o médico mal formado pedir exames. Quando ele não sabe o que fazer, com esse comportamento dá impressão de que está cuidando do paciente”, critica Ceschin.

Na medicina suplementar, os problemas são complexos, multifatoriais, e, geralmente, se retroalimentam. O modelo de pagamento e o uso indiscriminado dos serviços são, ao mesmo tempo, causa e consequência um do outro. E ambos reforçam e são reforçados pelo foco (inadequado) das ações do setor. Como acontece no sistema público, o privado centra sua atuação na doença –o que, com o aumento das condições crônicas, no médio e no longo prazo, pode comprometer seriamente a sustentabilidade da rede suplementar. “Eu brinco, dizendo que tudo deveria chamar ‘plano de doença’”, diz Adriano Londres. “E, na hora em que surgisse um plano que comprovadamente entrega valor em saúde, receberia um carimbinho: ‘Esse aqui é um plano de saúde.’” Para o superintendente executivo do IESS, migrar do trato da doença para a promoção da saúde é “um passo importantíssimo” na busca por um futuro mais sustentável.

---

**“Eu brinco, dizendo que tudo deveria se chamar ‘plano de doença’”**

Adriano Londres

---

**“Migrar do trato da doença para a promoção da saúde é um passo importantíssimo”**

José Cechin

Programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, quando bem estruturados, são a melhor resposta à escalada das doenças crônicas. No Brasil, essas condições respondem por 74% das mortes por causas naturais. Entre as mais comuns estão os distúrbios cardiovasculares, o câncer, as afecções respiratórias e o diabetes. O peso do estilo de vida na manifestação desses distúrbios é de 50%. Outros 30% estão associados a fatores como habitação, saneamento básico e educação, entre os principais. Ou seja, 80% das melhorias das doenças crônicas são obtidas com a educação da população para a saúde, com projetos de incentivo aos bons hábitos. Não fumar, praticar exercícios físicos regularmente, manter uma alimentação equilibrada, não abusar do álcool...

Para que funcionem a contento, as iniciativas devem acontecer no primeiro nível de cuidado, que é a atenção primária à saúde e exigem ações coordenadas e contínuas. “É a falta de coordenação que faz com que a pessoa, se ela tiver um problema no rim, vá a um nefrologista, que vai receitar uma medicação para o rim. Aí, quando ela tem um problema no estômago, procura um gastro e ele dá outro remédio. Dias depois, ela passa por um check up e descobre que está com gordura no fígado, por causa daqueles dois medicamentos. O hepatologista, então, receita mais uma medicação. E assim vai... Ao final da jornada, essa pessoa está jantando dez, 15, 20 remédios em vez de comer a comida natural que faz bem”, exemplifica Cechin. “E isso aconteceu porque cada um daqueles médicos só olhou para o órgão de sua especialidade e não olhou a interação entre esses sistemas.”

No cuidado coordenado, o foco de atenção dos profissionais de saúde está no paciente. Se for preciso encaminhá-lo para o atendimento secundário ou terciário, a equipe da atenção primária se encarrega dessa orientação. E, depois de resolvido o problema, ele volta a ser acompanhado por aquele primeiro



grupo. Resumindo, os três atributos (valiosíssimos) da atenção primária são: coordenação, integralidade e longitudinalidade do cuidado.

Esse modelo assistencial leva naturalmente à hierarquização do atendimento, outra característica do cuidado que a medicina suplementar tem de incorporar. “É fundamental ter a atenção primária como porta de entrada do sistema”, defende Mauricio Ceschin. “Eu não acho que a atenção primária em si corte custos, nem esse deve ser o objetivo. Mas amplia o acesso de forma adequada e funciona como um instrumento de organização do sistema. Esse movimento me parece inevitável. É água morro abaixo.” O ex-presidente da ANS ainda completa: com a reorganização do setor, os convênios têm a oportunidade de ampliar a rede de beneficiários. “Sempre haverá uma pequena camada da população com condições de pagar pelos planos de livre escolha, mas se a saúde suplementar pretende ampliar seu leque de clientes, terá de passar por esse processo”, indica Ceschin.

---

## **“É fundamental ter a atenção primária como porta de entrada para o sistema”**

Mauricio Ceschin

Os convênios começam a dar, ainda com bastante timidez, os primeiros sinais de que estão se movimentando em direção à nova arquitetura do setor. “Precisamos desenvolver produtos que estimulem a produção da saúde e estimular as pessoas a adotar planos que ofereçam atenção primária”, defende o superintendente

executivo do IESS. Segundo ele, cresce o número de empresas que já nascem com esse propósito. “Ainda são pequenas, mas na medida em que cresçam, façam sucesso e criem uma boa musculatura, servirão de exemplo para as companhias mais antigas no mercado e que ainda demonstram algum ceticismo em relação à nova abordagem”, prevê Checin.

Como parte de campanha 2022: *o ano de ouvir a saúde*, idealizada pela Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), o levantamento *O que pensam os brasileiros sobre a saúde brasileira*, em parceria com o PoderData, ouviu 3.056 pessoas, acima de 16 anos, em 388 municípios, nas 27 unidades da Federação. Delas, 17% são usuárias da medicina suplementar, entre as quais, a imensa maioria (85%) não participa de nenhuma atividade de promoção da saúde e prevenção “O trabalho para engajar esse público se mostra ainda mais desafiador quanto mais jovem é o grupo”, indicam os analistas da Associação. “Dos que têm de 16 a 24 anos, 89% não participam dessas ações, percentual semelhante às duas faixas etárias imediatamente posteriores – 88% entre aqueles com idade que varia de 25 a 44 anos e 86% do perfil de 45 a 59 anos.” Resumindo, os brasileiros, inclusive os usuários do SUS, têm a saúde como prioridade, mas poucos tomam alguma medida nessa direção.

# 85%

*Dos brasileiros atendidos pela medicina  
suplementar não participam de nenhuma  
atividade relacionada à promoção da  
saúde e prevenção de doenças*

Para Renato Casarotti, um sistema moldado em torno da atenção primária é indubitavelmente o mais adequado, “mas levar isso para a prática é muito complicado, é muito difícil”. Trata-se de um modelo assistencial que depende de continuidade. O relatório *Cadernos de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*, produzido pela ANS, mostra que, em março

de 2019, a taxa média de rotatividade dos convênios foi de 36,8%, nos planos individuais e coletivos. Na medicina de grupo, esse índice chega a 46,8%, com destaque para os 29%, registrados entre os contratos coletivos. “Não adianta desenvolver um programa de atenção primária à saúde para uma população durante um ou dois anos. Nesse período, ela não vai entregar resultado. Os resultados só vão aparecer em quatro, cinco anos”, explica o presidente da Abramge. “Haverá, portanto, operadoras e mesmo hospitais que vão pensar duas vezes antes de investir em estruturas de atenção primária: ‘Vou fazer um investimento desse para um paciente que não vai ficar comigo, que vai trocar de plano ou vai para outro hospital?’”

Por isso, no caso dos planos coletivos, sobretudo dos empresariais, com mais de 100 vidas, Casarotti defende que a parceria em torno da prevenção e promoção da saúde deve ser com a empresa. “É o elo mais perene”, explica ele. “As pessoas trocam de emprego, claro, mas a ligação não é com o indivíduo e, sim, com a empresa. E é possível desenvolver um programa dentro do ambiente laboral, o que permite o monitoramento de consultas periódicas, dos pacientes crônicos. Essa parceria tende a funcionar mais.”

Há ainda um outro entrave a ser vencido. Um trabalho conduzido pela FGVsaúde (Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde, da Fundação Getúlio Vargas), a pedido do IESS, mostra que parte da resistência à implementação de programas de atenção primária na medicina suplementar vem dos próprios beneficiários. Muitos deles associam esse tipo de atendimento a uma visão pejorativa do SUS ou dos serviços gratuitos. O envolvimento do médico de família frequentemente é tido como um cerceamento da liberdade de escolher o profissional a quem recorrer. Mas Martha Oliveira está convencida de que, uma vez que os brasileiros conheçam e experimentem, eles aprovarão o novo modelo de assistência. “É preciso trabalhar a educação e a cultura para rever o que o próprio setor aculturou as pessoas a imaginar o que seria a assistência ideal”, completa a médica.

Ainda no âmbito da atenção primária, essa é uma área na qual a saúde pública está mais bem preparada do que a privada. “Diferente do SUS, onde há apenas um pagador, na saúde suplementar, o setor é financiado por empresas, por pessoas físicas... Empresas grandes, empresas pequenas... Além disso, há várias operadoras atuando no mercado, com muitos prestadores de serviço”, diz Martha Oliveira. E todos esses *players* só conseguirão trabalhar juntos, a partir do momento em que, segundo a médica, todos usarem a mesma linguagem –um movimento que exige um esforço conjunto do setor. “Da mesma forma que a gente, lá atrás, usou a mesma língua para vender, agora a gente também precisa falar a mesma língua na hora de funcionar, na hora de entregar o serviço”, diz a médica.

E o esperanto da medicina suplementar é a tecnologia, a única capaz de fazer a integração das informações do setor, segundo um padrão adotado ao longo de toda a cadeia de serviços. “A informação médica do beneficiário está em todos os lugares por onde ele passou. No pronto-socorro, no centro de diagnóstico, no hospital, nos consultórios médicos”, diz Adriano Londres. “E quem é que tem uma visão integrada disso tudo? Ninguém.” Para o fundador da Arquitetos da Saúde, a criação de um prontuário único deveria ganhar o status de política de Estado.

Aliás, a coleta e análise dos dados do setor são, segundo os analistas, de suma importância para o setor na busca pela transparência. Na opinião deles, todos os segmentos da cadeia deveriam trabalhar em conjunto na busca e na padronização dessas informações. Sem essas análises será difícil levar os planos de saúde rumo à economia 4.0. A falta de conhecimento, preciso e bem estruturado, inviabiliza, por exemplo, a adoção de novas modalidades de pagamento e favorece os desperdícios e as fraudes. É preciso que todos da cadeia (das corretoras aos beneficiários) tenham acesso aos dados do setor – dados acionáveis, que permitam a comparação entre os diversos serviços e que, ao fim e ao cabo, possam agregar valor às práticas da saúde suplementar. “Com isso, a gente cria um círculo virtuoso no qual

todo mundo procura bons resultados para oferecer ao paciente”, defende Mauricio Ceschin. “E, com esse círculo virtuoso, todo o setor se move no sentido de ser custo efetivo.” E essa, na opinião do ex-presidente da ANS, é uma alavanca poderosíssima.

Transparência na medicina suplementar é fundamental também para fortalecer os vários elos da cadeia da medicina suplementar. “O funcionamento em harmonia exige uma visão coletiva e uma capacidade de fazer concessões individuais tanto do ponto de vista dos pacientes, quanto do ponto vista da própria cadeia.”, diz Renato Casarotti. “O paciente acha que o reajuste é muito além do necessário, a operadora acha que o hospital está fraudando, o hospital acha que a operadora está deixando de pagar ou está negligenciando cuidado... Esses vários pontos de tensão, além de trazer muita desconfiança, acaba gerando ineficiências.”

Por fim, o progresso da medicina suplementar, fazem coro os especialistas, depende muito também de iniciativas coordenadas pelo Estado. Em relação aos marcos regulatórios, José Cechin defende que seja revisto. “O governo precisa cuidar para que a regulamentação seja adequada e produtora de eficiência”, diz o superintendente executivo do IESS. A lei 9.656, de 1998, para a regulação do setor, sob controle da ANS, foi importantíssima. Antes dela, era terra de ninguém. Cada empresa oferecia e cobrava o que bem entendesse, e os consumidores à mercê de contratos, sem nenhuma supervisão.

Mas a medicina evolui, a sociedade mudou e a legislação não acompanhou esses movimentos. “A lei produziu os efeitos que pretendia. Aumentou a solidez e solvência do mercado, incluiu dispositivos de proteção aos beneficiários, introduziu requisitos administrativos para abertura e funcionamento das operadoras, passou a exigir a formação de reservas de garantias para todas as operadoras, padronizou condições de carências, coberturas... Foi bom, mas o tempo passou e a lei ficou obsoleta”, diz Cechin. “Agora é preciso se adaptar à nova realidade.” Quando os smartphones chegaram ao mercado, abrindo um leque de novas oportunidades em saúde, a 9 656 já tinha uma década de existência. Na época

de sua promulgação, ninguém nem sequer cogitava em levar a promoção da saúde e prevenção de doenças para a medicina suplementar. Aliás, pouco se falava sobre o assunto no Brasil.

Para a médica **Ana Maria Malik**, coordenadora da FGVsaúde (Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde, da Fundação Getúlio Vargas), é imprescindível que o sistema público e o setor privado conversem. “Não há esse diálogo. Cada um quer fazer o que acha que deve fazer em vez de discutir quais são as necessidades da população e como é que vamos cuidar da melhor maneira possível da saúde da população”, diz. “Precisa conversar e precisa conversar desarmado, sem querer levar vantagem. Enquanto se quiser levar vantagem, quem não leva vantagem é o cidadão.” A médica amplia o debate. Para Ana Maria, é preciso discutir como a saúde suplementar pode ser de fato suplementar. “Em algumas áreas, a gente vê a saúde suplementar fazendo concorrência com o setor público, no âmbito do SUS, e não faz o menor sentido o mercado suplementar ser um mercado paralelo”, diz a coordenadora da FGVsaúde.

**“O setor público  
e o setor privado  
deveriam estar  
preocupados  
com a população  
brasileira”**

Ana Maria Malik

Um trabalho realizado pelo centro de estudos da FGV mostra que, em 2021, os planos cobriam 5,6% da população do Acre; 6,6% da de Roraima, e 7% da, do Amapá. Por outro lado, em São Paulo, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Espírito Santo esses índices eram muito maiores – 42,2%, 35%, 33,2% e 33,2%, respectivamente. O que isso quer dizer? “Que os serviços estão distribuídos, tanto os públicos quanto os privados, com a mesma intensidade de assistência. Se nós estamos falando de um sistema de saúde, esse sistema de saúde precisa ser pensado

enquanto tal”, analisa Ana Maria. “Os setores público e o setor privado deveriam estar preocupados com a população brasileira. A sustentabilidade do setor tem a ver com o atendimento das necessidades da população brasileira.”

**Referências:**

Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2020 (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZDFkODkxNzMtODgwNC00ZTFiLTg2MzUtZmEwNDViNmU1ZWl4liwidCI6IjlkYmE0ODBiLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>)

Planos de saúde realizaram 1,3 bilhão de procedimentos em 2020 (<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/planos-de-saude-realizaram-1-3-bilhao-de-procedimentos-em-2020#:~:text=Planos%20de%20saúde%20realizaram%201%2C3%20bilhão%20de%20procedimentos%20em%202020,-Total%20representa%20redução>)

Estudo apresenta experiências de sucesso com Grupos de Diagnósticos Relacionados nos EUA, Alemanha e África do Sul (<https://www.saudebusiness.com/hospitais/drg-pode-reduzir-custo-das-internaes-em-50-aponta-iess>)

Planos de saúde e financeiras lideram ranking de queixas do consumidor (<https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2022-03/planos-de-saude-e-financeiras-lideram-ranking-de-queixas-do-consumidor#>)

A saúde que os brasileiros querem (<https://anahp.com.br/pdf/pesquisa-saude-que-brasileiros-querem.pdf>)

Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos (<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/informacoes-gerais/total-cad-info-jun-2019.pdf>)

Atenção primária pode tornar planos de saúde mais acessíveis (<https://medicinasasa.com.br/aps-planos/>)

## As Propostas

- ✓ Fazer da integração dos dados e informações do setor política de Estado
- ✓ Modernizar a legislação que regulamenta a saúde suplementar
- ✓ Mudar o modelo de pagamento do fee for service para o fee for value
- ✓ Estimular a adoção pelos convênios de programas de atenção primária à saúde
- ✓ Promover a coordenação e a hierarquização do cuidado prestado pelos planos
- ✓ Criar mecanismos de avaliação e comparação dos resultados de cada elo da cadeia da saúde suplementar
- ✓ Desenvolver, em parceria com o poder público, campanhas de educação da população para a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças
- ✓ Também por meio de campanhas educativas, alertar para o fato de que o estigma de quem paga usa o que quer, quando quer não é fator de melhoria da saúde individual

## As Propostas

- ✓ Criar mecanismos efetivos de controle e transparência para coibir os desperdícios e as fraudes, ao longo de toda a cadeia
- ✓ Incentivar as empresas contratantes de convênios a estimular hábitos de vida saudável entre seus funcionários
- ✓ Abrir o diálogo entre o sistema público e o setor privado em defesa das necessidades da população e a sustentabilidade da saúde brasileiras



Este conteúdo foi desenvolvido pela Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados e pelo JOTA. Todos os direitos são reservados. É proibida a duplicação ou reprodução deste material sem citação da fonte, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na web ou outros), sem permissão expressa da Associação e da empresa.

