

PROPOSTAS PARA A SAÚDE

—
2018

FEHOESP

Federação dos Hospitais, Clínicas e
Laboratórios do Estado de São Paulo



APRESENTAÇÃO

Pesquisa DataFolha divulgada em abril de 2018 mostra que a saúde é a segunda maior preocupação dos brasileiros, atrás da corrupção e seguida da segurança pública e do desemprego. No ano em que comemoramos os 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), às vésperas de eleições majoritárias e com cenário eleitoral incerto, as políticas do setor não conseguem fazer com que as pessoas percebam valor no sistema de saúde, afinal, ela figura nessa lista de preocupações desde a década de 1990. Se é recorrente, por que o país até hoje não conseguiu sanar os problemas da área?

É justamente buscando responder a essa questão que esse documento se debruça. O SUS tem como premissas equidade, integralidade e universalidade do atendimento. Trata-se de uma das maiores conquistas sociais da história do Brasil e é dever das lideranças do setor lutarem pela sua melhoria e sustentabilidade.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Em outros artigos, garante que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada (art. 199); elenca as competências e atribuições do sistema (artigo 200); enumera as diretrizes que organiza o SUS (artigo 198) e assim sucessivamente. A Carta magna descreve preceitos e o funcionamento do sistema de saúde brasileiro, mas não esclarece todas as questões, talvez a principal delas: de onde devem sair os recursos para o seu funcionamento.

Quem procura um serviço de saúde merece ser atendido com respeito, dignidade e acolhimento. Cabe aos gestores garantir o acesso, melhorar a qualidade dos serviços e resolver os problemas de saúde do usuário. Para o cidadão não importa a natureza jurídica do serviço. Ele quer simplesmente ser atendido e ter o seu problema resolvido. Para que o SUS se desenvolva, paradigmas precisam ser rompidos, sejam eles ideológicos ou corporativos.

Todos os elos do setor de saúde, da indústria aos prestadores de serviços, precisam estar unidos e imbuídos na busca por soluções que melhorem a

assistência prestada aos brasileiros, seja no setor público ou no suplementar. Não há saída sem o envolvimento de todos. É nisso que acredita a Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (FEHOESP) e seus seis sindicatos filiados (SINDHOSP, SINDRIBEIRÃO, SINDMOGI, SINDHOSPRU, SINDJUNDIAÍ e SINDSUZANO).

As propostas aqui colocadas aos candidatos a cargos executivos e legislativos nas eleições de 2018 são frutos de inúmeros eventos, debates, discussões, reuniões, publicações e audiências realizadas ao longo dos últimos anos. Convido todos à reflexão. Um país desenvolvido e uma sociedade socialmente mais justa se faz, principalmente, com educação e acesso à saúde. Que os eleitos em 2018 à Presidência da República, Senado Federal, Câmara dos Deputados, governos estaduais e assembleias legislativas priorizem a saúde e a retirem, de uma vez por todas, da lista de preocupações dos brasileiros. Cabe a nós, cidadãos e eleitores, a responsabilidade de escolher os nomes que irão conduzir esse processo. Boa leitura!

Yussif Ali Mere Jr

Presidente da FEHOESP

CENÁRIO

O mercado de saúde brasileiro está entre os dez maiores do mundo. Movimenta mais de R\$ 550 bilhões por ano, incluindo os investimentos da União, estados, municípios, do setor suplementar e o gasto direto das famílias. Desse total, 47% são recursos públicos destinados à assistência de 77% dos brasileiros que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). O setor suplementar e o gasto direto das famílias somam 53% dos recursos e apenas 23% da população possui plano de saúde. Portanto, mais de 160 milhões de brasileiros dependem única e exclusivamente do sistema público, e 47,4 milhões têm acesso à saúde suplementar.

Dos 6.831 hospitais existentes no país segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, dados de março de 2018), 70% são privados, filantrópicos ou lucrativos. Dois terços dos leitos hospitalares estão na iniciativa privada. Portanto, apesar de público, o SUS não é um sistema estatal. Para funcionar ele depende da iniciativa privada.

Como a grande maioria da população é dependente da saúde pública e só 43% dos recursos vêm do Estado, é possível concluir que o investimento público é incapaz de fazer valer o que determina a Constituição, que “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Portanto, faltam recursos para a saúde.

Em um país com a dimensão continental do Brasil e uma população de 207,7 milhões, é natural que os números do SUS impressionem. São cerca de 330 mil leitos conveniados e realizadas, anualmente, mais de 12 milhões de internações e 4,2 bilhões de procedimentos ambulatoriais. É preciso registrar também, nesse ano em que o SUS completa 30 anos, os avanços obtidos com as campanhas de vacinação, a assistência farmacêutica, o financiamento para transplantes e a atuação da vigilância sanitária.

O orçamento de 2018 do Ministério da Saúde, de aproximadamente R\$ 120 bilhões, é insuficiente, mas os gestores também poderiam fazer mais com o que têm. A ineficiência do gasto público é notória. O índice Bloomberg, que mede a relação em 48 países entre gastos e resultados em saúde, coloca o Brasil na lanterna. O sistema precisa ser mais eficiente, os ralos da corrupção precisam ser fechados e o mau uso do dinheiro público, combatido.

O teto de gastos da União para os próximos 20 anos não pode servir de pretexto para a redução dos investimentos em saúde. Especialistas em políticas públicas e gestão governamental do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) calculam que a cada R\$ 1 investido em saúde há um aumento no Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 1,70.

No setor suplementar, cuja lei que o regulamenta (9656/98) completa 20 anos em 2018, os desafios também são grandes. O fechamento de postos de trabalho em razão da crise que assolou o país a partir de 2015 fez despencar o número de beneficiários do sistema, já que 80% deles são oriundos de planos coletivos/empresariais. De 2015 até dezembro de 2017 o setor perdeu 3,1 milhões de usuários. Em contrapartida, os custos médico-hospitalares per capita subiram – e ainda sobem - acima dos índices inflacionários. Segundo a Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde), de 2008 a 2017 as despesas assistenciais per capita na saúde suplementar registraram aumento de 173,9%, enquanto a variação do índice de reajuste da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) foi de 131,9% no mesmo período e o Índice de Inflação ao Consumidor Amplo (IPCA), de 69,8%. Isso compromete e muito a sustentabilidade desse sistema.

A busca por eficiência é premente tanto no setor público quanto no privado e o combate ao desperdício é um dos caminhos. Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), intitulado “O Financiamento da Cobertura Universal”, afirma que entre 20% e 40% de todos os gastos em saúde são desperdiçados por ineficiência. Se o Brasil movimentar cerca de R\$ 550 bilhões por ano em saúde e se hipoteticamente perder 30% desse montante para a ineficiência, chegamos à impressionante cifra de R\$ 165 bilhões anuais que estariam indo para o ralo. É preciso agir. E agir depressa.

O sistema deve voltar a cuidar de pessoas e não simplesmente a tratar de doenças. Nessa linha, o conceito de “slow medicine” (ou medicina sem pressa) ganha visibilidade, importância e já foi apresentado e defendido pela FEHOESP em eventos do setor. Trata-se de uma filosofia e de uma prática médica que busca oferecer o melhor cuidado, baseando-se nas melhores evidências científicas, centrando o foco no paciente e em seus valores, elaborando decisões ponderadas, cautelosas e sempre que possível compartilhadas. A slow medicine

tem como premissa que nem sempre fazer mais significa fazer o melhor. É preciso tempo para ouvir, tempo para refletir e para construir relações sólidas e duradouras entre médicos, pacientes, famílias e comunidade. Fazer escolhas certas é a base da *slow medicine*, que inverte a estratégia do sistema e certamente possibilita redução de custos, na medida em que investe no cuidado profissional e na pessoa, tanto naquele que cuida como naquele que é cuidado, além de utilizar tecnologia apropriada de forma cautelosa.

Essa filosofia pode ser uma grande aliada para enfrentar o enorme desafio do envelhecimento populacional, já que o Brasil envelhece com maior rapidez quando comparado a outros países. Nesse processo, os cuidados paliativos, considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma responsabilidade ética dos sistemas e dos profissionais de saúde, precisam ser praticados, disseminados e levados ao conhecimento da sociedade, já que muitos os confundem com a eutanásia. Cuidado paliativo é um tratamento com abordagem multidisciplinar para doenças que ameaçam a vida. A proposta é deixar de realizar ações que já não agregam para os doentes, como vários procedimentos invasivos e uso de aparelhos para mantê-los vivos quando, na verdade, eles já estão em um processo irreversível.

A FEHOESP também defende, e divulgou inclusive pesquisa a respeito, a discussão e promulgação de lei que garanta o direito inalienável do paciente de definir o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados, sobre cuidados e tratamentos que quer ou não receber no momento em que estiver seriamente doente, incapacitado de expressar livre e autonomamente sua vontade. Estamos falando do testamento vital, documento onde o paciente registra sua vontade, mas que, pela ausência de lei específica, traz insegurança jurídica a profissionais e estabelecimentos de saúde.

Soluções para os problemas da saúde brasileira existem. É preciso vontade política para implementá-las, enfrentando corporativismos e ideologias arcaicas. Esse documento apresenta algumas propostas em ano de eleições majoritárias e num cenário de absoluta desconfiança da sociedade para com a classe política.

PROPOSTAS e JUSTIFICATIVAS

1. Criação de redes regionais e hierarquizadas de atendimento

Mais de 60% dos 6.831 hospitais brasileiros (dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, de março de 2018) têm até 50 leitos. Para ser viável, pesquisas mostram que um hospital deve ter, pelo menos, 200 leitos. Na relação de 3 leitos para cada grupo de mil habitantes, que é a média dos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), um hospital só seria viável em cidades com mais de 50 mil habitantes. E apenas 12,3% dos municípios brasileiros, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), têm esse perfil. No Brasil, 3.810 cidades (68%) têm menos de 20 mil habitantes, portanto, não conseguem oferecer assistência integral pelo alto custo envolvido.

Hospitais de pequeno porte têm baixa resolutividade, tanto que a taxa média de ocupação dos leitos do SUS é inferior a 40%, enquanto que em hospitais de alta complexidade é superior a 80%. Estudo do Banco Mundial mostra que essa baixa ocupação custa aos SUS cerca de R\$ 20 bilhões por ano. Um dos problemas da fila para cirurgias e tratamentos eletivos no SUS, portanto, está justamente na baixa resolutividade dos leitos, e não na inexistência deles.

Hospitais gerais têm alto custo de manutenção, portanto, são inviáveis para 68% dos municípios brasileiros, considerados de pequeno porte. Além disso, mais de 80% das cidades têm alto grau de dependência financeira da União. Portanto, as redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento são a única solução para um atendimento em saúde focado no paciente e que garanta acesso a todas as fases: prevenção, atenção básica, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

2. Maior integração entre público e privado

Estudos internacionais mostram que os serviços geridos pela iniciativa privada na saúde são de 20% a 30% mais eficientes quando comparados ao setor público. O modelo das Organizações Sociais (OS) em São Paulo, por exemplo, apesar de poder ser melhorado, apresenta bons resultados. Segundo o Banco Mundial, os hospitais de OS têm taxa de ocupação de 80,9%, contra 72,1% dos hospitais públicos, e o custo médio diário do leito é 20% menor.

Portanto, unidos, os setores público e privado podem melhorar o atendimento prestado à população, fortalecendo o SUS. Essa integração pode e deve funcionar da assistência básica a alta complexidade. Essa contribuição entre os setores, porém, precisa ser uma política de Estado e não de governo.

Os três níveis de governo precisam ser incentivados a criar mecanismos que aproximem a iniciativa privada do SUS, com novos modelos de parcerias público-privada, inclusive permitindo a participação da rede privada lucrativa. Uma maior integração entre os setores, ampliando o escopo de atuação da iniciativa privada, fará com que o Estado se transforme efetivamente em um órgão regulador e fiscalizador, deixando a gestão e a prestação dos serviços a cargo de quem tem expertise para isso.

3. Foco em prevenção, promoção e atenção básica

Atualmente, o percentual de cobertura do Programa Estratégia da Família é de 74%. É importante levar o programa a 100% da população, fazendo com que os profissionais da família se transformem na porta de entrada do sistema. Iniciativa semelhante pode e deve ser adotada pelo setor suplementar, onde hoje predomina o modelo hospitalocêntrico. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que 50% das despesas das operadoras de planos de saúde ocorrem nos hospitais.

O principal objetivo de investir em promoção, prevenção e atenção básica é o de melhorar os indicadores e a saúde da população, antes que a doença se instale. Atualmente, o foco da assistência, tanto no setor público quanto no suplementar, está na prestação do serviço e não na prevenção e promoção da saúde.

Mais de 70% dos casos que chegam aos prontos-socorros poderiam ser resolvidos com prevenção, consultas médicas ambulatoriais, cuidados básicos ou informação. A solução passa pela construção de uma cadeia assistencial que cuide, oriente e encaminhe o cidadão ao local ideal para o seu tratamento. E essa rede precisa ser construída no Brasil.

4. Investimento em saneamento básico e água tratada

Levantamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES) mostra que 65% das internações de crianças com menos de 10 anos são provocadas pela deficiência ou inexistência de esgoto e água limpa. E o Brasil tem muito a avançar nessas áreas.

Dados do Instituto Trata Brasil mostram que 51,92% da população tem acesso à coleta de esgoto, ou seja, mais de 100 milhões de brasileiros ainda não têm acesso a esse serviço. Do esgoto que é coletado, menos da metade, ou 44,92%, é tratado. A região Norte do país apresenta a pior situação: só 10,45% do esgoto é coletado e 18,3% dele é tratado. A média de tratamento de esgoto nas 100 maiores cidades brasileiras é de 50,26%. E em pleno século XXI, cerca de 4 milhões de brasileiros ainda não têm acesso a banheiro.

A água tratada chega a 83,3% dos brasileiros, mas ainda 35 milhões de pessoas, aproximadamente, não tem acesso a esse serviço básico. Além de maior oferta, um problema que precisa ser atacado é o desperdício: de cada 100 litros de água coletados e tratados, apenas 67 litros são consumidos. 37% da água no Brasil é perdida com vazamentos, roubos, ligações clandestinas, falta de medição ou medições incorretas no consumo de água, resultando no prejuízo de R\$ 8 bilhões/ano.

Para universalizar o acesso a água tratada, esgoto, resíduos e drenagem é necessário investimento de R\$ 508 bilhões até 2033, segundo estudos do Trata Brasil. O governo federal, através do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), já destinou recursos da ordem de R\$ 70 bilhões em obras ligadas ao saneamento básico. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cada US\$ 1 investido em tratamento de esgoto e água encanada gera uma economia de US\$ 4,3 ao sistema de saúde.

5. Digitalização de dados e acesso à informação

Hoje não há transparência e disponibilidade de dados na saúde, o que leva à desconfiança mútua entre os diversos atores tanto no sistema público quanto no suplementar, e eleva os custos da operação. A exemplo de outros países, o Brasil precisa avançar na digitalização de dados na saúde. O governo

deve criar o ambiente para a uniformização e troca de dados e informações pois, além de ser uma importante ferramenta para combater o desperdício, o registro eletrônico de saúde contribui, entre outros benefícios, para melhoria da assistência prestada ao paciente, gerando valor.

A construção de um banco de dados na saúde (big data), com histórico clínico dos pacientes, possibilita a elaboração de políticas a partir de demandas específicas e regionalizadas. Por exemplo: identificando perfis de risco e agindo preventivamente para evitar a piora das doenças.

Sistemas de informação que conversem entre os vários níveis de assistência, da básica à mais complexa, ajudam na referência e contrarreferência assistencial, um dos principais gargalos assistenciais. O agendamento para consultas com especialistas e exames no SUS, por exemplo, é demorado e, muitas vezes, o paciente chega para tratamento com a saúde já bastante debilitada, diminuindo a eficácia e onerando o processo.

Em um país com a dimensão territorial do Brasil, realidades distintas de região para região e profissionais de saúde não distribuídos de forma igualitária pelo país, a telemedicina também pode ser uma aliada importante. E para que ela funcione adequadamente produzindo os resultados esperados o registro eletrônico de saúde é fundamental.

6. Formar profissionais de saúde que atendam às necessidades do sistema

Há um descompasso entre as necessidades do Brasil e os profissionais formados pelo mercado. Um bom exemplo disso são os médicos generalistas e médicos da família. Países da OCDE possuem, em média, um médico de família para cada grupo de mil habitantes. No Brasil essa relação é de 0,1 médico para cada mil. Além do baixo número, ainda ocorre a má distribuição desses profissionais pelo país, já que aproximadamente 70% deles estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste.

É imprescindível formar recursos humanos na saúde em quantidade suficiente e preparados para atender às necessidades da população e do sistema. O baixíssimo número de médicos geriatras no país também mostra que

estamos longe de resolver essa equação: enquanto a OMS recomenda um geriatra para cada grupo de mil idosos, essa relação no Brasil é de um para 24 mil, segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Para melhorar a assistência à população será preciso enfrentar o corporativismo de algumas categorias profissionais. O modelo brasileiro é quase que totalmente centrado no médico. E a assistência deve ser prestada por equipe multiprofissional, estendendo algumas atribuições, hoje permitidas apenas aos médicos, para outras profissões. Por exemplo: nos EUA, Austrália e Canadá, ultrassons são realizados por profissionais técnicos, o que não ocorre no Brasil.

Aumentar a oferta de enfermeiros e técnicos em relação ao número de médicos também é importante para que a população se sinta mais amparada pelo sistema de saúde. O Brasil possui 0,9 enfermeiro para cada médico, enquanto que essa relação é de 4 x 1 nos EUA; 3,9 x 1 no Canadá e de 3,1 x 1 no Reino Unido. Quando comparamos o número de técnicos por médico, o Brasil também aparece na lanterna: temos 1,4 técnico por médico, enquanto os EUA possuem 7,2 desses profissionais por médico; 6,3 técnicos x 1 médico no Reino Unido e de 6 x 1 no Canadá. Além da formação adequada, é fundamental criar políticas de incentivo que possibilitem a redistribuição dos profissionais de saúde pelo Brasil.

7. Educação: transformando o cidadão no gestor da própria saúde

A escola é o ambiente aonde a grande transformação começa. Hábitos alimentares e estilo de vida mais saudáveis devem ser incentivados e incorporados à rotina dos estudantes para que as futuras gerações aprendam a gerir a própria saúde. Paralelamente, é preciso melhorar a infraestrutura das escolas brasileiras.

O país possui cerca de 190 mil escolas de ensino básico. Desse total, mais de 150 mil são públicas. A imensa maioria dispõe de infraestrutura precária, o que tem impacto direto na performance escolar, assim como na saúde dos estudantes. Segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) tabulados pela Fundação Lemann e pela Meritt, mais da metade das escolas não tem esgoto; um terço não possui rede de água e um quarto não conta com coleta de lixo. Apesar da deficitária

infraestrutura, mais de 60% já têm acesso à internet, mas apenas 32% possuem quadra esportiva, justamente quando a OMS alerta que a obesidade infantil será um dos principais problemas de saúde deste século.

É no ambiente escolar que temas como alimentação e prevenção podem e devem ser melhor trabalhados pelo Estado. A má alimentação impacta na educação. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que cinco milhões de crianças brasileiras abaixo dos cinco anos de idade ainda apresentam algum grau de desnutrição, na proporção de uma em cada três. De cada quatro lares, um sofre com a insegurança alimentar, ou seja, falta, restrição ou preocupação com a quantidade de alimentos. Isso atinge mais de sete milhões de brasileiros. Do lado oposto, a obesidade infantil avança a passos largos.

Há relação direta entre alimentação saudável, balanceada e o desenvolvimento da criança e o rendimento na escola. A desnutrição dificulta o aprendizado, a concentração e a obesidade traz barreiras comportamentais, ansiedade e também baixo desempenho escolar. Por ser o local onde crianças e adolescentes passam grande parte do tempo, as escolas precisam oferecer merendas que promovam a saúde, introduzindo hábitos alimentares saudáveis para formar adultos conscientes e preocupados com a sua saúde. Segundo o DataSUS, de 2006 a 2016 cresceu, na população maior de 18 anos, em 23% o consumo excessivo de álcool, em 18% a hipertensão e em 57% a obesidade.

Com escolas melhor equipadas e crianças e adolescentes bem nutridos, cabe ao poder público estimular, através de campanhas educativas, a população a adotar e manter hábitos de vida saudáveis, transformando o cidadão no principal gestor da sua saúde. Além do direito à saúde, as pessoas também devem ter deveres para com ela.

Cidadãos mais conscientes e responsáveis pela própria saúde podem diminuir os fatores de risco para as doenças crônicas. Estudo publicado pelo Instituto Coalizão Saúde (ICOS) mostra que o tratamento das doenças crônicas representa 60% dos gastos do sistema de saúde brasileiro. A eliminação dos fatores de risco associados a doenças do coração, respiratórias e câncer geraria

ao sistema brasileiro uma economia de R\$ 100 bilhões por ano, valor que representa 2% do Produto Interno Bruto (PIB) de 2015.

8. Preservação do meio ambiente e cidades mais saudáveis

Meio ambiente e saúde são temas indissociáveis. O homem é parte integrante da natureza e precisa viver em um ambiente saudável. Qualquer dano causado ao ambiente provoca prejuízos à saúde pública. Por isso, a preservação do meio ambiente e a construção de cidades mais saudáveis, que promovam o bem-estar com ações focadas em segurança pública, saneamento, mobilidade urbana e habitação, são importantes e melhoram os indicadores de saúde.

Estudo financiado pela União Europeia e que envolveu mais de 40 organizações internacionais, publicado em 2017 pela conceituada revista *The Lancet*, revela que cerca de nove milhões de mortes anuais podem ser atribuídas no mundo a doenças causadas pela contaminação do ar e da água. Portanto, a poluição mata mais pessoas anualmente que todas as guerras e violência no mundo. No Brasil, o mesmo estudo mostra que a poluição matou 101.739 pessoas em 2015, o que equivale a 7,49% do total de mortes no ano.

O custo disso para os sistemas de saúde e para a sociedade é altíssimo. Segundo pesquisa feita pelo Banco Mundial e pelo Instituto de Métricas e Avaliação da Saúde (IHME), do Reino Unido, as mortes causadas por doenças ocasionadas pela poluição do ar custaram à economia mundial US\$ 225 bilhões em 2013, somente por perdas de rendimento no trabalho.

Investir na criação de cidades saudáveis está diretamente ligado ao conceito mais amplo de saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Nesse campo, é necessário a criação de políticas de segurança pública que impeçam o avanço e reduzam os atuais índices de violência, que também geram alto custo econômico para a sociedade.

Em 2016, durante o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, foi apresentado um estudo, encomendado pelo Banco Mundial, que mostra que o SUS gasta R\$ 5,14 bilhões por ano para atender vítimas de violência. Esse valor é referente ao atendimento de pacientes feridos por causas externas, principalmente agressões

e acidentes de transporte. Houve um aumento de 130% no valor gasto pelo SUS ao atendimento desses pacientes desde 2004.

O mesmo Fórum Brasileiro de Segurança Pública apresentou outro estudo que calcula o custo social da violência, ou seja, o que o país deixa de produzir por ter parte da sua população atingida pela violência. A conta é feita estimando os anos de vida produtivos que as vítimas perdem a partir de uma expectativa de produção. Segundo o estudo, esse custo, em valores de 2016, chegou a R\$ 133 bilhões, o que representa 2,5% do Produto Interno Bruto (PIB) de 2013. E de lá para cá a violência cresceu no país. Se aplicarmos esses 2,5% do PIB como custo social da violência ao PIB brasileiro de 2017, que foi de R\$ 6,6 trilhões, chegamos à impressionante cifra de R\$ 165 bilhões. Esse seria o custo social estimado da violência para o país por ano.

Um ambiente urbano menos hostil, que privilegia o transporte público e a mobilidade urbana, também atende às necessidades impostas pela mudança demográfica no Brasil.

9. Envelhecimento saudável

Hoje, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os idosos representam 12% da população, ou 25 milhões de pessoas. Em 2050, devem atingir 30% da população, ou mais de 64 milhões de brasileiros. Segundo as Nações Unidas, nesse mesmo ano a população mundial idosa será de 22%. Haverá mais idosos no planeta do que jovens e crianças. Esse fenômeno exige dos governos e sociedades políticas intersetoriais e ações multidisciplinares em todos os níveis, a fim de garantir um envelhecimento saudável, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”.

Desde 1960, a expectativa de vida do brasileiro aumentou de 48 para 75,5 anos. Em contrapartida, houve queda de 70% da taxa de fecundidade no país, de 6,28 filhos por família para 1,90. Essa transição demográfica mudou o perfil epidemiológico do Brasil. Hoje, segundo o IBGE, 80% da população idosa apresenta pelo menos uma doença crônica, como diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, entre outras; e 33% têm pelo menos três ou mais.

No Brasil, a taxa de internações hospitalares aumenta a partir dos 50 anos e quadriplica a partir dos 80. Estudo realizado pela Faculdade de Economia da USP mostra que os gastos ambulatoriais e hospitalares com os idosos no SUS podem chegar a 46% do total em 13 anos. Na saúde suplementar, quanto maior o número de idosos na carteira, maior a taxa de sinistralidade do plano de saúde, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Empresas com mais de 50% de idosos em seus quadros têm uma sinistralidade média de 90,9%, contra 79,1% dos planos com menos de 10% de idosos.

O sistema de saúde, portanto, tem o desafio de diagnosticar e acompanhar os doentes crônicos e o processo de envelhecimento das pessoas antes que as doenças apareçam. É importante frisar, porém, que um dos principais pilares da atenção à saúde do idoso é a manutenção da sua autonomia. Não basta “apenas” tratar a doença, é preciso planejar cuidados integrais e contínuos de longo prazo. Consultas médicas à distância, telemedicina, assistência domiciliar (home care) e monitoramento remoto são ferramentas que podem e devem ser incorporadas ao modelo assistencial.

10. Políticas claras de incorporação tecnológica, P&D e inovação

Novas tecnologias, com eficiência comprovada, devem ser incorporadas ao sistema objetivando a melhoria da assistência, da gestão e dos resultados. Políticas de incorporação dessas tecnologias, de Pesquisas e Desenvolvimento (P&D) e de inovação devem ser claras, transparentes e, de preferência, ser elaboradas com a participação de todos os elos da cadeia produtiva da saúde.

A inovação é grande aliada para enfrentar os desafios do aumento da expectativa de vida e da mudança demográfica, por exemplo. Mas para que ela assuma o papel de protagonista precisamos desburocratizar os processos. No Ranking Global de Inovação, o Brasil despencou da 47ª posição, em 2011, para a 69ª, em 2017. A burocracia, certamente, tem grande participação nesse retrocesso.

No Brasil, a aprovação de protocolos de pesquisa clínica é uma das mais demoradas do mundo. Levamos de 10 a 141 meses para aprovar a realização de testes clínicos. A burocracia também se alastra ao registro de produtos e

aprovação de pedidos de patentes, que podem chegar a 14 anos, segundo a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma).

Maior envolvimento e cooperação entre as universidades e o setor privado de saúde, a exemplo do que ocorre em outros países, também pode contribuir para a inovação científica e tecnológica no país. As pesquisas precisam deixar os muros da academia e chegar ao dia a dia das pessoas, aos leitos dos pacientes.

Relatório da Unesco de 2017 (Global Investments in R&D) mostra que nos países desenvolvidos e em alguns emergentes, a maior parte do investimento em pesquisa e desenvolvimento (P&D) vem da iniciativa privada. É o caso da maioria dos países europeus, onde mais de 40% dos recursos para P&D vêm do setor privado. Nos EUA essa participação é de 70%; no Japão e na China, de 77%; Coreia do Sul, 75%; de 50% no Canadá; 66% em Porto Rico; e de 40% no Brasil. Nosso país responde por apenas 3% da produção mundial de pesquisas. Na produção de artigos científicos ocupamos a 23ª posição, segundo a Nature Index. Desburocratizar processos e construir um ambiente cooperativo onde a iniciativa privada tenha segurança jurídica para investir em P&D e inovação é também apostar no desenvolvimento econômico e social do Brasil.

11. Investimento em qualidade

Atualmente, dos 316.736 estabelecimentos de serviços de saúde existentes no país segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES – dados de março de 2018), apenas 666 são acreditados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA – dados de março de 2018). Instituições que implantam processos de qualidade estão menos suscetíveis a cometer eventos adversos e têm como foco a segurança do paciente.

Em 2000, o Instituto de Medicina dos EUA divulgou o relatório “Errar é humano”, que estimava entre 44 mil e 98 mil mortes por ano naquele país por falhas na assistência médico-hospitalar. Cerca de um milhão de pacientes nos hospitais norte-americanos eram vítimas, anualmente, de eventos adversos, sendo mais da metade deles oriundos de erros que poderiam ser evitados. As mortes resultantes destes episódios representavam, então, a quarta maior causa de mortalidade naquele país.

Em 2016, relatório produzido para o congresso americano pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) mostra queda dos eventos adversos hospitalares de maneira regular nos EUA desde 2004, após a divulgação do relatório de 2000 e de medidas para enfrentar o problema, como o investimento em qualidade e processos. Apesar da redução, ainda um em cada dez pacientes hospitalizados desenvolve evento adverso; uma em cada duas cirurgias tem um erro ou um evento adverso relacionado ao uso de medicação; e ocorre um erro de medicação por dia de internação hospitalar.

Os dados acima foram publicados pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) em 2016, no estudo “Erros Acontecem – Construindo um sistema de saúde mais seguro”. Na ausência de dados oficiais nacionais sobre eventos adversos na saúde, os pesquisadores utilizaram cálculos baseados em resultados encontrados na literatura internacional e nas estatísticas de internações e chegaram à estimativa que entre 104 mil e 434 mil óbitos por ano podem estar associados a eventos adversos nos hospitais brasileiros. No melhor cenário eles representariam a quinta causa de morte, consumindo apenas do setor suplementar de R\$ 5,2 bilhões a R\$ 15,5 bi, segundo o IESS.

Mesmo que os números e as estimativas apresentados pelo estudo do IESS estejam superdimensionados, é fato que o investimento em processos de qualidade nas organizações de saúde gera maior segurança assistencial. E o Brasil precisa criar incentivos para aumentar o número de estabelecimentos acreditados.

12. Mudança do modelo assistencial

A mudança da “porta de entrada” da assistência, da criação de redes regionalizadas e hierarquizadas e de serviços de referência e contrarreferência, que garantem a continuidade do atendimento, já foram expostas nesse documento e, obviamente, colaboram para a mudança do atual modelo assistencial. Mas a reestruturação da assistência passa por outras vertentes, como a mudança do modelo de remuneração, principalmente no setor suplementar.

O atual modelo, conhecido como “fee for service”, estimula o uso e premia a incompetência, já que o pagamento é feito com base na utilização de serviços,

produtos, medicamentos e materiais, e não sobre o resultado. Esse modelo já se mostrou insustentável a médio prazo. O foco do novo modelo de pagamento deve ser o paciente e o desfecho clínico, incentivando a entrega de valor. Já existem algumas iniciativas para mudança no modelo de remuneração no setor suplementar, mas caminham timidamente. Precisamos avançar de forma mais rápida, pois a população está envelhecendo, os custos da assistência aumentando e a sustentabilidade do sistema está ameaçada.

Além da forma de pagamento, operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços precisam se unir na gestão da saúde dos usuários. Hoje, por exemplo, os planos não fazem a gestão da saúde de seus beneficiários. Atuam unicamente como intermediários entre o paciente e os médicos, terapeutas e estabelecimentos de saúde. Se o “plano é de saúde”, compete a essas empresas, que podem e devem inclusive contar com o apoio da rede prestadora de serviços, elaborar um plano que preserve a saúde de cada membro da sua carteira. Incluindo os prestadores no cuidado preventivo dos usuários, haveria automaticamente uma mudança no modelo de remuneração, privilegiando o desfecho clínico e não mais a doença.

Com o paciente no centro do cuidado, mecanismos de aderência ao tratamento devem e precisam ser estabelecidos. Para isso é importante uma política clara e eficiente de compra e distribuição de medicamentos pelo SUS e até pelo setor suplementar, através de convênios com farmácias e indústria. O acesso aos medicamentos é imprescindível para melhorar os resultados da saúde.

13. Maior eficiência do Estado

Há anos que o governo federal gasta bem mais do que arrecada. Entre 2013 e 2017, segundo artigo do economista Antônio Nucifora, do Bando Mundial, a dívida pública subiu de 51,5% para 74% do PIB. Essa elevação corresponde a um aumento da dívida de R\$ 10 mil por cada brasileiro em 2013 para R\$ 23 mil em 2017.

O Banco Mundial calcula que o tamanho da correção necessária para tapar o buraco fiscal e estabilizar o nível da dívida pública nacional é de aproximadamente 5,5% do PIB, ou seja, cerca de R\$ 350 bilhões. O tamanho do

ajuste necessário às finanças públicas para evitar uma crise ainda maior exige decisões muito impopulares, que passa pelas reformas da Previdência, tributária e política. Com o teto de gastos públicos nos próximos 20 anos, reformar o Estado para que ele se torne mais eficiente é a única solução para um maior investimento em áreas essenciais para o desenvolvimento do país: saúde, educação e infraestrutura.