

ELEIÇÕES NO PARAGUAI FAVORITO, LUGO MIRA O TRATADO DE ITAIPU

CartaCapital

POLÍTICA, ECONOMIA E CULTURA

www.cartacapital.com.br

**NOURIEL ROUBINI:
O PIOR DA CRISE
DOS EUA AINDA
NEM CHEGOU**

SUS, 20 ANOS

ESPERANÇAS PARA A SAÚDE

Criado na Constituição de 1988, o sistema público democratizou o acesso e tirou o Brasil dos índices africanos em algumas doenças. Para o ex-ministro Adib Jatene e para o atual, José Gomes Temporão, falta é dinheiro

16 DE ABRIL DE 2008



ANO XIV N° 491 R\$ 7,90

SAÚDE MAIS CIDADÃ

SETOR PÚBLICO Ainda distante do ideal, o SUS completa 20 anos e leva assistência médica para onde havia apenas exclusão

POR LUIZ ANTONIO CINTRA
E DÉBORA PINHEIRO



Acostumados a ver longas filas e a assistir a cenas dantescas nos corredores dos hospitais, volta e meia surpreendidos por epidemias inexplicáveis como a da dengue, que já vitimou mais de 80 pessoas no Rio, os brasileiros tendem a considerar o sistema de saúde do País um dos piores do mundo.

A situação, é óbvio, está longe de ser ideal, mas, ao contrário do que reza o senso comum, o sistema é melhor e tem evoluído bem mais do que a maioria imagina, e principalmente a classe média que não recorre à rede pública.

Criado pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) completa 20 anos como um exemplo ambicioso de programa social destinado a atacar a histórica desigualdade nacional. Ao estabelecer a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, garantiu a todos o acesso ao atendimento médico, antes restrito aos trabalhadores que contribuam para a Previdência e a quem podia pagar.

Com programas de mérito inquestionável, como no caso da Aids, no tratamento de algumas doenças crônicas e transplantes de órgãos, o Estado conseguiu inverter a roda da história, cujo movimento, no caso da saúde brasileira, costumeiramente foi contrário à maioria da população. Ao ampliar a atuação pública em ações de vigilância sanitária e epidemiológica, a taxa de mortalidade infantil caiu pela metade, doenças antes endêmicas, como a de Chagas, sumiram do mapa e a vacinação em massa ampliou-se. Mesmo no caso da dengue a situação, de modo geral, é bastante melhor, exceção para o Rio de Janeiro.

Na linha de frente dessas ações, os

agentes comunitários de saúde, hoje 216 mil profissionais, responsáveis pelo atendimento preventivo, terapêutico e educacional com uma cobertura de mais de 100 milhões de brasileiros. Em 1994, para efeito de comparação, eram somente 30 mil agentes, para um contingente atendido de 16 milhões de pessoas. Números como esses explicam por que o SUS é avaliado por seus usuários de modo mais positivo do que por quem paga planos de saúde, utiliza preferencialmente a rede particular e vê o sistema público como sinônimo de caos e ineficiência.

“Mesmo quem diz não usar o SUS está sendo beneficiado por ações invisíveis, que envolvem vigilância sanitária e o controle de epidemias”, afirma a secretária-executiva do Conselho Nacional de Saúde, Eliane Cruz. Pesquisa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) indica que apenas 8,7% dos brasileiros são usuários exclusivos dos sistemas privados.

Problemas de gestão ou de mau uso de recursos também têm diminuído, ainda que os percentuais continuem a ser inaceitáveis. Não há um raio-X oficial ou confiável de quanto se perde por má gestão ou simplesmente roubo. Mas um levantamento das últimas ações da Controladoria-Geral da União (CGU) permite uma noção do buraco.

Desde 2003, a CGU analisou a aplicação de repasses em 1.341 dos mais de 5,5 mil municípios brasileiros, escolhidos por meio de sorteio. Do 1,5 bilhão de reais repassados pelo Ministério da Saúde, 568 milhões foram desviados ou mal aplicados. Ou seja, um terço do dinheiro não foi utilizado em benefício dos cidadãos.

“Para que o SUS consiga ser implantado também é necessário que exista responsabilidade por parte de quem o dirige. Fraudes na saúde deveriam ser tipificadas como crime hediondo”, defende Jovita José Rosa, presidente da União dos Auditores do SUS (Unasus). Ela faz parte dos 560 servidores que fazem auditorias em todo o País, trabalhando para o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), cuja responsabilidade é verificar e acompanhar ações e serviços de saúde, em instituições públicas e privadas, contratadas ou conveniadas com o SUS. Aos auditores do Denasus cabe acompanhar um orçamento de 48 bilhões de reais do Ministério da Saúde, em que 92% são repassados, a cada mês, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais e municipais. O Denasus também acompanha 2,5% desse orçamento, que é repassado por meio de convênios.

Para entender os avanços do SUS é preciso olhar o que havia antes. Até 1988, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), autarquia



VIRADA. Na Constituição de 88, a garantia de um sistema para todos os brasileiros



ACESSO. A universalização foi atingida, mas falta qualidade no atendimento

do Ministério da Previdência e Assistência Social, só contemplavam trabalhadores com carteira assinada. Profissionais autônomos, donas de casa, desempregados e um batalhão de trabalhadores sem vínculo empregatício no mercado formal ficavam fora do sistema, assim como seus filhos e dependentes. A política de saúde pública adotada pelos governos militares baseava-se na medicina individualizada e assistencialista. “A partir de 1988, veio essa conquista de tratar a saúde como direito de cidadania, um direito de todos. Isso teve um impacto brutal porque, da noite para o dia, 80 milhões de brasileiros passaram a ter o direito à saúde constitucionalmente garantido”, diz o ministro da Saúde, José Gomes Temporão (*entrevista à pág. 24*).

O reconhecimento do avanço no sentido da universalização não significa dizer que o sistema é perfeito. Longe disso. Médicos, usuários e especialistas em saúde pública apontam dificuldades e pontos críticos de várias espécies.

As queixas valem tanto para o setor privado, principalmente os planos de saúde (*reportagem à pág. 26*), como para o próprio SUS. No caso dos planos particulares, passam pelo valor elevado das mensalidades e os procedimentos não cobertos pelos contratos. No setor público, as queixas se concentram nas filas que os pacientes têm de enfrentar no

atendimento primário, para realizar exames ou cirurgias, mas também pela baixa remuneração e capacitação inadequada de médicos, enfermeiros e auxiliares. Por conta de problemas dessa natureza, as principais associações médicas do País preparam para o próximo dia 17 uma manifestação em Brasília para garantir mais recursos ao SUS, cuja base de financiamento foi atingida por conta da extinção da CPMF, decidida pelo Congresso no final do ano passado.

Professor titular da Faculdade de Saúde Pública da USP, o médico Oswaldo Tanaka considera que uma boa parcela dos problemas enfrentados pelos usuários decorre dos méritos do sistema único. “Garantir a atenção básica para toda a população foi um grande avanço do SUS, que tem feito um trabalho importantíssimo de inclusão social. O acesso ampliado, no entanto, traz à tona problemas que antes estavam escondidos”, avalia. Tanaka chama a atenção para o fato de o SUS utilizar instrumentos da democracia participativa, na figura dos conselhos de saúde, em nível municipal, estadual e federal, como ponto positivo, pois tornam os processos decisórios mais democráti-

cos. O efeito colateral não exclui a possibilidade de distorções, diz. Exemplos são os grupos com maior capacidade de mobilização que ganham posições de destaque e pressionam o Executivo para garantir seus interesses.

Em alguns casos, como os portadores do vírus HIV e em procedimentos de alta complexidade, como transplantes de fígado e pulmão, são pressões absolutamente legítimas. Outros não, como aqueles que defendem interesses da indústria de medicamentos. Em ambos os casos, contribuem para a elevação dos custos do sistema, para o bem ou para o mal. “O lado positivo dessa pressão é que o Brasil é hoje referência no tratamento da Aids e realiza o maior número de transplantes públicos do mundo. Por

outro lado, sobram menos recursos para as outras áreas”, avalia Tanaka. Com um orçamento de aproximadamente 1 real ao dia por habitante, o SUS é considerado por Tanaka e outros especialistas mais eficiente do que o sistema norte-americano, onde o custo diário por habitante equivale a 34 reais e os resultados, muito abaixo do desejável.

Apesar dos problemas de gestão, a taxa de mortalidade infantil caiu à metade

POLÍTICA COM P MAIÚSCULO O ex-ministro da Saúde Adib Jatene defende o SUS e ataca aqueles que teimam em ver o Estado como o eterno vilão

A RODRIGO MARTINS

Ex-ministro da Saúde, o cardiologista acreano Adib Jatene considera que o País avançou consideravelmente com a criação do SUS. "A cobertura para a população de baixa renda aumentou muito. Antes, só os que estavam no emprego formal se beneficiavam com a Previdência e assistência médica", considera. A íntegra da entrevista está em www.cartacapital.com.br.

CartaCapital: O que mudou na saúde brasileira após o SUS?

Adib Jatene: Antes de 1988, nós tínhamos três categorias de doentes: os que podiam pagar direta ou indiretamente, os que eram cobertos pelos institutos de previdência social e os indigentes, que não tinham nenhuma cobertura. Hoje, temos os que podem pagar, de um lado, e toda a população brasileira, de outro. Garantimos a assistência a todo o contingente de indigentes. Mas, no momento em que universalizamos a assistência, a Previdência Social, que gastava de 20% a 25% da sua arrecadação com assistência médica, retirou-se totalmente da Saúde. Por quê? Aumentou o número de aposentados e o que ela arrecadava mal dava para cobrir as aposentadorias e pensões. Então, o sistema que se unificou e que universalizou o atendimento teve uma redução significativa das suas fontes de financiamento.

CC: Na prática, a CPMF, que deveria trazer mais recursos para a saúde, acabou substituindo a fonte que deixou de existir. É isso?

AJ: Sim, substituiu uma fonte retirada. Repare: o orçamento da Saúde é decrescente em valor real, ele não acompanha a inflação. A redução dos recursos na saúde tem muito a ver com a Desvinculação dos Recursos da União. Ela permitiu que 20% do Orçamento da Seguridade Social, menos a arrecadação da Previdência, fosse manejado pe-

lo Ministério da Fazenda. E é com esse dinheiro que se faz boa parte do superávit fiscal, para pagar os juros da dívida pública. Isso porque o pagamento dos juros da dívida é a maior prioridade do governo. Esse pagamento está chegando perto dos 200 bilhões de reais por ano. E o orçamento da Saúde, agora, está chegando aos 50 bilhões de reais. É uma loucura. E aí se diz que o SUS não funciona.

“É uma falácia dizer que o problema do SUS é de gestão”

CC: O problema, então, é de falta de recursos, não de gestão?

AJ: Dizer que o problema é de gestão implica a idéia de que o dinheiro está sendo mal utilizado. Então, não precisa aumentar. É uma falácia. É semelhante ao indivíduo dizer que, nos países de Primeiro Mundo, a carga tributária é alta, mas ninguém

reclama, porque tem retorno social. E aqui não se paga porque não tem retorno. É simples justificativa para não pagar.

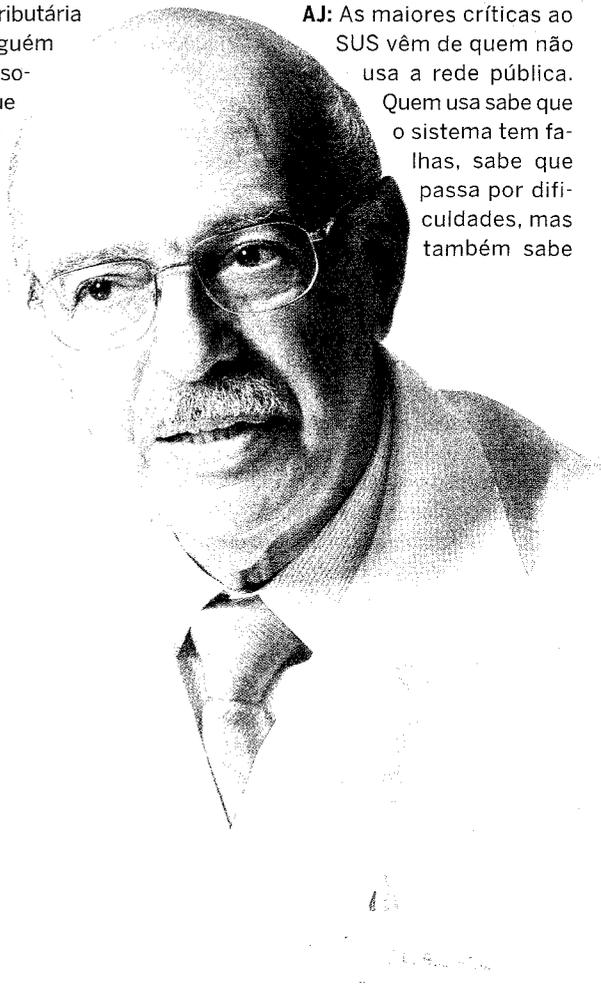
CC: Quais foram os avanços obtidos ao longo desses 20 anos?

RIGOR. Jatene critica a prioridade dada ao pagamento da dívida pública, quatro vezes maior do que a verba destinada à saúde

AJ: Eliminamos praticamente todas as doenças que podem ser prevenidas por vacinação, como o sarampo e a difteria. Reduzimos a mortalidade infantil drasticamente. Hoje, morrem 20 bebês para cada mil nascidos vivos. Antes, eram 40. No campo do atendimento básico, o Programa Saúde da Família está fazendo uma coisa sem paralelo na história do País. São mais de 200 mil agentes comunitários de saúde, 30 mil equipes que atendem 90 milhões de brasileiros, metade da população. A cobertura para a população de baixa renda aumentou muito. Antes, só os que estavam no emprego formal se beneficiavam com a Previdência e assistência médica.

CC: Com a ampliação do acesso, os serviços não pioraram?

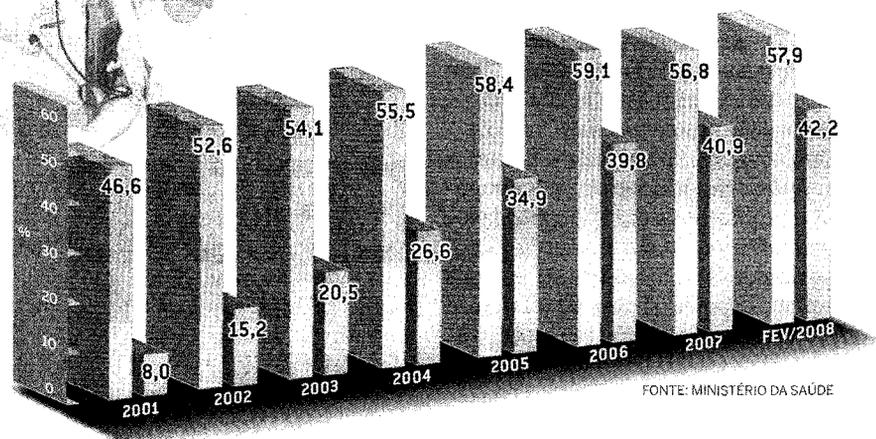
AJ: As maiores críticas ao SUS vêm de quem não usa a rede pública. Quem usa sabe que o sistema tem falhas, sabe que passa por dificuldades, mas também sabe



OLGA VLAHOV

EVOLUÇÃO DA COBERTURA POPULACIONAL

ACS: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
ESB: EQUIPES DE SAÚDE BUCAL



que o atendimento está melhor do que era antes. Quase todos os transplantes são feitos pelo SUS. O transplante de fígado no Hospital Albert Einstein é pago pelo governo.

CC: Até porque os planos de saúde não cobrem...

AJ: Mas não só. A maior parte das cirurgias cardíacas, das neurocirurgias, do tratamento de câncer, tudo isso é pago pelo SUS. Só que a necessidade é maior do que os recursos. O custo de manutenção de um hospital é altíssimo.

CC: Quanto deveria ser aplicado na saúde brasileira?

AJ: Os constituintes, no capítulo das Disposições Transitórias, reservaram 30% do orçamento da Seguridade Social para investir em saúde. Se isso fosse cumprido, o Ministério da Saúde teria, em 2008, 120 bilhões de reais. Mas o orçamento mal consegue chegar aos 50 bilhões de reais. Hoje, há cerca de 40 milhões de brasileiros que pagam, direta ou indiretamente, pela assistência médica. É o mercado dos planos de saúde. Nesse setor, investe-se ao redor de 2 mil reais per capita ao ano. No SUS, a média gira em torno de 300 reais per capita. É uma disparidade muito grande.

CC: Qual é o impacto sobre os hospitais públicos?

AJ: Na época do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), pagavam-se seis unidades de valor por consulta médica. Cada unidade era o equivalente a 1% do salário mínimo. Hoje, com o salário mínimo de 415 reais, a consulta deveria valer 25 reais. O SUS paga em torno de 7 reais. E também remunera mal todos os outros procedimentos. Essa é a razão de muitos hospitais públicos de referência abrirem as portas para a rede privada. É uma forma de se viabilizar. Sem a recente ajuda do governo, boa parte das Santas Casas no estado de São Paulo iria fechar as portas. Sem falar que, nesses 20 anos, o avanço tecnológico e científico foi enorme. Nós não tínhamos ressonância, tomografia computadorizada, Pet scan, ecocardiograma. Tudo isso não existia, e é extremamente caro. E a população continua crescendo.

Ao puxar para si o cobertor curto, dado o financiamento limitado do sistema, esses grupos de pressão expuseram o gargalo existente nos procedimentos de média complexidade, como o atendimento de especialistas, exames laboratoriais e cirurgias, pontos críticos do SUS. Atendimento de especialistas em dermatologia, oftalmologia e gastroenterologia também se encaixam nessa definição. A falta de profissionais especializados com dedicação exclusiva à rede pública também afeta a qualidade dos serviços prestados.

Aguardando que o centro de saúde abrisse, às 7 horas da manhã, Risolene Norberto, empregada doméstica, esperava do lado de fora do portão do Hospital de Base de Brasília desde o raiar do sol. “Não permitimos que durmam aqui dentro”, avisa o segurança do governo do Distrito Federal aos usuários de primeira viagem. Compensando a proibição, prontifica-se a informar com detalhes sobre horários em que as filas se tornam longas e as vagas costumam esgotar. Essas dicas, Risolene já conhece: por nunca ter tido plano privado, sempre recorreu ao SUS. Sobre sua satisfação com o sistema, responde: “Logo que puder, terei um plano de saúde”. O patrão prometeu ajudá-la.

Risolene sofre de hipertensão e lamenta ter sido preterida duas vezes no hospital, na manhã e na tarde de 27 de março, quando sua pressão arterial chegou a 17 por 11. “O funcionário com quem falei disse que só me atenderiam se eu tivesse um infarto”, afirma.

Antes da crise de hipertensão piorar, ela procurou um centro de saúde, mas não ha-

via médico para atendê-la a tempo. Ao procurar hospitais da rede pública, só conseguiu na terceira tentativa. Acompanhada de seu patrão, conseguiu atendimento no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), mas saiu da consulta desapontada: “Deram-me um remédio que fez minha pressão baixar um pouco, mas não passou disso”.

A especialização dos médicos recém-formados contribui para reduzir a eficiência, já que muitos não são capazes de realizar a chamada atenção básica a contento. “O SUS ainda não tem um quadro próprio de médicos e isso dificulta o vínculo dos profissionais de saúde com a rede pública”, observa o médico César Galvão, presidente do Sindicato dos Médicos do Distrito Federal. Para ele, a maioria das faculdades de medicina não oferece uma boa formação. “Somem-se a isso a precariedade das condições de trabalho e os baixos salários. Por isso, os médicos tendem a optar pelo setor privado.”

Outro ponto delicado é o fato de os hospitais – públicos e privados conveniados ao SUS – concentrarem cerca de 80% dos recursos anuais do sistema, que no ano passado consumiu 48 bilhões de reais. “Diante da falta de atenção básica, as pessoas não sabem para onde ir quando ficam doentes. Com isso, a pressão nos hospitais é muito grande”, afirma o médico José Sebastião dos Santos, ex-secretário de Saúde de Ribeirão Preto (SP) e professor da USP. Santos considera que as escolas de medicina têm sua parcela de responsabilidade, ao menosprezar a formação de especialistas em atenção básica. “Esses profissionais não têm nada de generalistas. Trata-se de uma especialização extremamente

Apenas 6% dos médicos se dedicam ao atendimento básico na rede

complexa”, afirma. Ele menciona que, no Brasil, apenas 6% dos médicos atuam nesse segmento, ante uma participação de até 50% em países como o Canadá.

Para ampliar a cobertura médica também será necessário tornar mais atraentes aos profissionais da saúde as cidades de pequeno porte, com menos de 15 mil habitantes, nas quais raramente querem trabalhar. “É preciso haver algum tipo de incentivo financeiro nesses casos”, afirma o médico Claudio Lottenberg, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. Para ele, ex-secretário de saúde da capital paulista, o SUS deveria se concentrar no monitoramento e na regulação. “No caso do atendimento de alta complexidade, por exemplo, o SUS não deveria prestar serviços, mas contar com parcerias com fundações, organizações sociais e mesmo a iniciativa privada”, avalia.

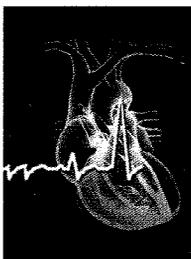
Lottenberg defende uma revisão na lei brasileira de patentes, de modo a reduzir o prazo de validade dos direitos de propriedade dos laboratórios. A preocupação justifica-se: apenas o estado de São Paulo gasta anualmente 1 bilhão de reais com medicamentos. Na semana passada, o governo federal conseguiu uma vitória nessa seara, por conta da quebra da patente, nos EUA, de um retroviral utilizado no tratamento da Aids. Como há 30 mil pacientes dependentes do medicamento no Brasil, a medida permitirá uma economia de aproximadamente 60 milhões de reais ao ano.

Ex-ministro da Saúde, o cardiologista Adib Jatene é um defensor veemente do sistema único. Jatene considera fundamental que o governo aumente o financiamento ao SUS, inclusive para fazer frente aos avanços tecnológicos (*entrevista à pág. 22*). “Não tínhamos ressonância, tomografia computadorizada, Pet scan, ecocardiograma. Tudo isso não existia, e é extremamente caro.” Jatene considera que o sistema melhorou inclusive em relação à gestão dos recursos, um problema grave nos primeiros anos do SUS. “As fraudes que existiam no passado não existem mais, foram superadas. Ninguém fala mais em fraude, em protocolos de serviços falsos. O problema é a demora no atendimento, a demora para marcar um exame, uma cirurgia.” ■

POBRE, MAS EFICIENTE

ENTREVISTA O ministro José Temporão diz que o problema do SUS é falta de dinheiro

A LEANDRO FORTES



O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, é um dos remanescentes do grupo idealizador do Sistema Único de Saúde, o SUS, criado há 20 anos. De ideólogo, passou a executor do sistema, mas admite não usá-lo. Como a maioria da elite política e econômica do Brasil, aí

incluída a classe média e as classes operárias organizadas, Temporão tem um plano de saúde privado. Reconhece, porém, no SUS um elemento civilizatório da sociedade brasileira e prevê a expansão ainda maior do sistema. Na entrevista, ele

CartaCapital: Por que o SUS ainda é encarado como um serviço precário e caótico no Brasil?

José Gomes Temporão: Há um subfinanciamento crônico do SUS. O Brasil gasta cerca de 1 real por dia por pessoa para manter o sistema público de saúde. Os Estados Unidos gastam o equivalente a 34 reais por dia. Isso faz com que esse sistema gigantesco só se viabilize por meio, basicamente, da sub-remuneração dos profissionais de saúde, que ganham mal, e da sub-remuneração dos prestadores de serviços.

CC: O SUS é visto apenas como um serviço para pobres, não?

JGT: Tem outra questão, de fundo ideológico. É a dualidade da saúde como um direito universal, e o direito da saúde como um bem que se compra. A classe média foi sendo expulsa do sistema. E não só a classe média, mas o operariado organizado também, e há décadas. Um dos pontos mais valorizados dos acordos coletivos de trabalho é, justamente, o plano de saúde privado. E, nisso, temos alguns paradoxos. Os que idealizaram e defenderam a construção do SUS não o utilizam. Os próprios ideólogos, os sanitaristas, os médicos, os enfermeiros, também não. Trabalham no SUS e usam planos privados. Os políticos, os deputados, vereadores, senadores, governadores, a elite dirigente, enfim, não usa. Então, há essa contradição.



RICARDO MORAES/AP

“No Rio, as esferas de governo nunca trabalham de maneira articulada e integrada”

CC: O senhor usa o SUS?

JGT: Tenho um plano de saúde da Fundação Oswaldo Cruz, de onde sou funcionário. Eu, eventualmente, uso os serviços de colegas de turma. O médico tem essa relação de colega para colega.

CC: A classe média não usa, ou não percebe que usa, mas

fala mal do SUS. O sistema está, definitivamente, estigmatizado?

JGT: Normalmente, as piores avaliações do SUS são de quem não usa. Essas pessoas não lembram, ou não sabem, que o SUS tem uma abrangência muito maior e presta serviços que elas não

percebem. Toda a vigilância sanitária e o controle de alimentos, cosméticos e medicamentos são garantidos pelo SUS. A política de vacinação, que todo mundo usa, é pública, assim como a política de transplante de órgãos. Os planos de saúde realizam, parcialmente, alguns transplantes, como de rim. O atendimento de urgência e emergências nas grandes capitais é feito nos prontos-socorros municipais. Quem sofre de doenças crônicas ou raras e é obrigado a tomar medicação muito cara, só pode recorrer ao SUS.

CC: Qual é, então, o grande mérito do SUS?

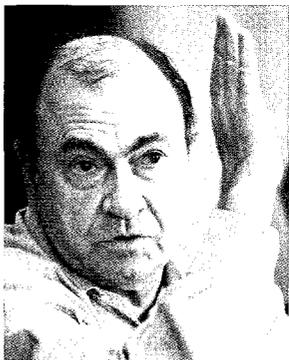
JGT: Partimos de um sistema centralizado, sem nenhum controle social, corrupto, totalmente privatizado e centrado num esquema de atenção hospitalar. Em 20 anos, construímos um sistema radicalmente descentralizado, com controle social, com conselhos e conferências, um modelo em que a participação do setor público, particularmente na atenção primária, cresceu muito. Falasse muito em reforma do Estado e o SUS, na prática, é uma profunda reforma do Estado. A partir de 1988, veio essa conquista de tratar a saúde como direito de cidadania, um direito de todos. Isso teve um impacto brutal, porque, da noite para o dia, 80 milhões de brasileiros passaram a ter direito à saúde constitucionalmente garantido.

CC: O gigantismo do SUS é um mérito ou um problema?

JGT: Houve uma ampliação do acesso ao serviço que antes era restrito. Antes, as pessoas morriam sem atendimento.

CC: Não é estranho a expansão do SUS ter sido acompanhada de um crescimento igual, senão maior, dos planos privados?

JGT: A saúde passou a ser uma mercadoria como qualquer outra. As seguradoras oferecem pacotes, produtos, tudo para atrair a classe média. E, agora, mais do que nunca, porque 20



SILVIA IZQUIERDO/AP

“ Ele (Cesar Maia) ignorou todas as medidas possíveis no caso da dengue ”

CC: É uma regra geral?

JGT: Há uma diferença entre a percepção do SUS na maioria dos municípios de pequeno e médio porte, onde a satisfação em relação ao sistema é alta, e nas periferias das grandes cidades, onde há filas e demora nos atendimentos. O município do Rio de Janeiro é um caso clássico. Lá, a rede de atendimento primário é péssima, embora haja grandes centros de excelência médica. Te-

“ O Brasil gasta 1 real por dia por pessoa. Os EUA gastam 34 ”

milhões ascenderam das classes D e E para a classe C. Essas pessoas se vêem fascinadas pelo status de ter um plano de saúde, mesmo que seja uma coisa precária. Elas só vão perceber o problema quando precisarem ser atendidas e descobrirão que, muitas vezes, o tal plano não funciona de verdade. O SUS, embora público, não é estatal. O setor privado, sobretudo o filantrópico, é responsável por 50% das internações e atendimentos de saúde. Mas há um tratamento de dupla porta de entrada: enfermarias para os pacientes do SUS, quartos para os pacientes de planos privados.

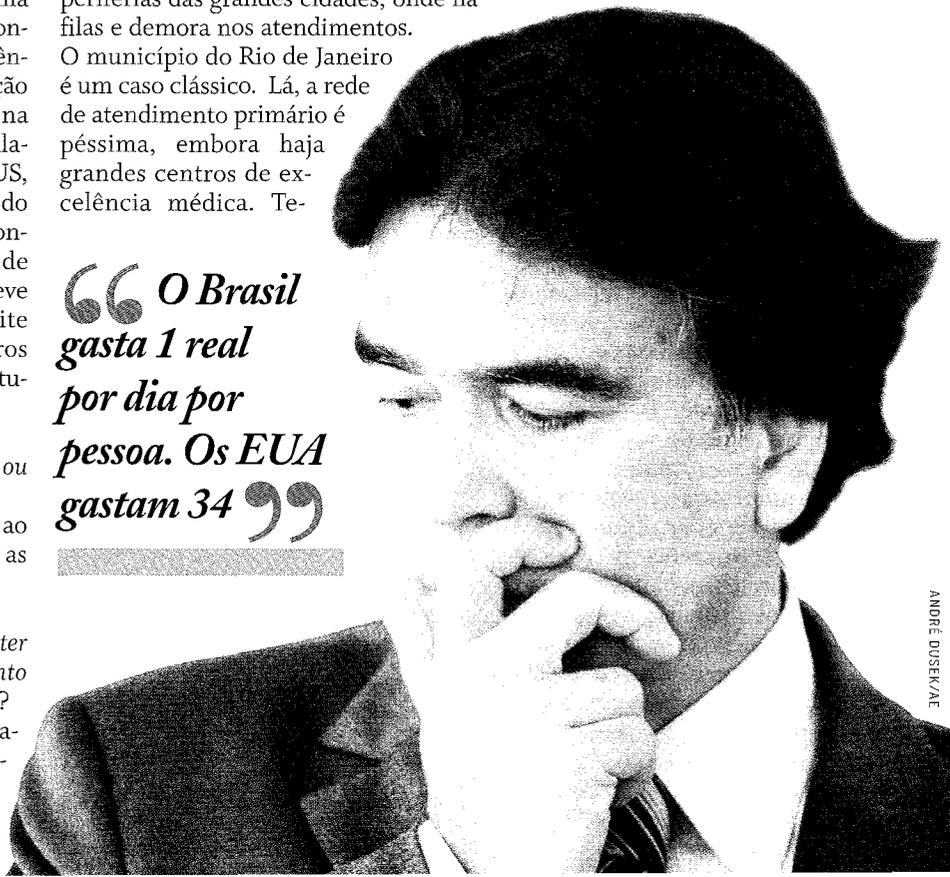
mos de mudar o modelo no qual toda oferta de atendimento é centrada nos prontos-socorros dos hospitais. Nisso, inclusive, o Rio é a síntese do mau exemplo. O sistema lá foi montado para receber toda a pressão pelas urgências dos hospitais.

CC: Por que o Rio de Janeiro gera tantas crises de saúde?

JGT: Por conta de questões estruturais e conjunturais. Por ter sido capital do País, herdou a maior rede pública de hospitais do Brasil. O carioca está acostumado a usar hospital para resolver problemas de saúde. O Rio é a capital do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde estadual e da municipal. Cada esfera dessas tem uma rede gigantesca de hospitais e serviços, mas nunca trabalharam de maneira integrada e articulada.

CC: Não se integram apenas por questões políticas?

JGT: Tem questões históricas e conjunturais. Temos essa dificuldade de concepção por parte da prefeitura do que seja atendimento à saúde. Em 2001, eu era subsecretário do Sérgio Arouca



ANDRÉ DUSEK/VAE

(sanitarista falecido em 2003, um dos idealizadores do SUS), no início do primeiro governo Cesar Maia na prefeitura, e nós saímos depois de cinco meses, exatamente por causa dessa discordância. (Cesar Maia exonerou Arouca, secretário municipal de Saúde, por e-mail.)

CC: O prefeito do Rio disse que o senhor foi demitido porque era preguiçoso e incompetente.

JGT: Ele está usando os mesmos termos que usou contra o Sérgio Arouca, na época. Aliás, acrescentou que o Arouca era alcoólatra. É uma tentativa de me ofender, mas eu não vou entrar nessa briga. O fato é que nós

oficiamos o prefeito Cesar Maia, em 2001, inúmeras vezes, sobre o risco de uma epidemia de dengue no Rio, por conta da falta de medidas de prevenção. Ele desconsiderou todas as medidas propostas e, em 2002, tivemos a maior epidemia da história do Rio de Janeiro. Essa epidemia de agora, perto daquela, é pinto. Aquela foi gigantesca, com mais de 200 mil casos, quase 100 mortos. Entregamos ao prefeito um projeto, em 2001, de implantar 650 equipes de atendimento de saúde para mudar radicalmente a organização do sistema. O projeto foi engavetado.

CC: E agora, como está a situação no Rio de Janeiro?

JGT: Quando a gente entrou na crise, de janeiro para cá, começou a morrer menos gente. A dengue está relacionada, diretamente, às condições de vida, moradia e saneamento. Essas questões estão distantes da governabilidade das autoridades de saúde. Isso envolve oferta regular de água de qualidade, esgoto, recolhimento regular de lixo, obras de infra-estrutura para garantir qualidade ambiental. E tem a dimensão assistencial. É preciso atender as pessoas e reduzir ao mínimo os óbitos. Aí, uma rede de atenção primária muito bem organizada é crucial. Porque, quanto mais precoce é o diagnóstico e mais cedo se iniciar o tratamento, melhores serão os resultados. No Rio, houve alto nível de casos e óbitos porque as pessoas foram para a fila do pronto-socorro esperar horas por um atendimento de má qualidade. ■



BEM LONGE DO PARAÍSO

PLANOS Operadoras privadas lideram o ranking das reclamações de consumidores

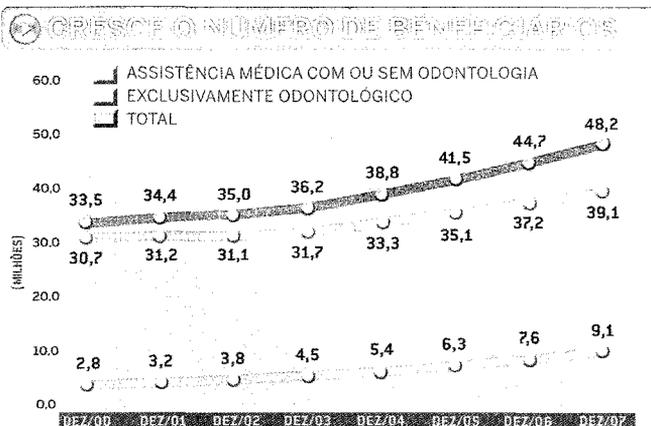
POR RODRIGO MARTINS

O empresário Manoel Rosseti Cardoso sofre de espondilite anquilosante, uma doença reumática caracterizada pela inflamação dos tecidos conectivos. Cliente da extinta Interclínicas, estava insatisfeito com a assistência oferecida pelas empresas que assumiram a carteira de clientes quando ela faluiu. Precavido, contratou outro plano de saúde em 2005, sem se desligar do anterior. Declarou a doença preexistente ao assinar o contrato e pagou as mensalidades do novo convênio por dois anos, mesmo sem usá-lo, apenas para cumprir a carência e garantir o atendimento nos hospitais da rede credenciada. Para tratar a moléstia, precisa passar por sessões de quimioterapia a cada três meses. Não encontrou problemas nas duas primeiras vezes em que necessitou do tratamento. Na terceira, o pedido foi recusado.

“O plano disse que não arcava com os custos do medicamento intravenoso. Disseram que eu precisava solicitar o re-

médio pelo Sistema Único de Saúde. Só que não havia uma única cláusula contratual que explicitasse isso”, afirma Cardoso. Ele buscou explicações na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão ligado ao governo federal, responsável pela fiscalização do setor. Foi informado de que a negativa era ilegal. Acionou um advogado e, antes de ajuizar um processo, procurou novamente o plano. “Eles liberaram o procedimento em caráter excepcional. Disseram que, das próximas vezes, tenho de pagar pela medicação ou obtê-la nos hospitais públicos. Cada ampola do remédio custa mais de 2 mil reais. São quatro ampolas utilizadas por sessão de quimioterapia.”

Dez anos após a promulgação da lei que regulamenta o setor, o sistema de saúde suplementar possui mais de 39 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 9 milhões de usuários em convênios odontológicos. O setor movimentou mais de 40 bilhões de reais por ano e atende um quinto da população brasileira em sua rede credenciada. Os recursos gerados por esse sistema correspondem a aproximadamente 45% de todos os gastos com saúde no País. Ao desafogar parcialmente as filas nos hospitais públicos, os planos de saúde poderiam ser vistos como parte da solução da saúde brasileira. Os problemas enfrentados por milhares de usuários comprovam que a premissa nem sempre é verdadeira.



FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS – ANS/MS – 12/2007
 NOTA: O TERMO “BENEFICIÁRIO” REFERE-SE AOS VINCULOS AOS PLANOS DE SAÚDE, PODENDO INCLUIR VÁRIOS VINCULOS PARA O MESMO INDIVÍDUO

Os planos continuam entre os líderes de reclamação nos órgãos de defesa do consumidor. A maioria das queixas diz respeito a negativas de assistência médica e aumentos considerados abusivos, especialmente nos contratos anteriores à nova lei, que englobam mais de 13 milhões de beneficiários. Esses contratos antigos impõem inúmeras restrições de cobertura e não estão submetidos ao controle de reajustes propostos pela ANS.

Tendência preocupante: a diminuição da oferta de planos individuais e familiares. Para driblar a lei, muitas operadoras passaram a oferecer apenas contratos coletivos ou empresariais, que também não são obrigados a cumprir os reajustes da ANS. Hoje, sete em cada dez planos são dessa modalidade. Diversas entidades médicas alertam para a interferência das operadoras no trabalho dos profissionais da área, por restrições de procedimentos e ameaças veladas de desligamento.

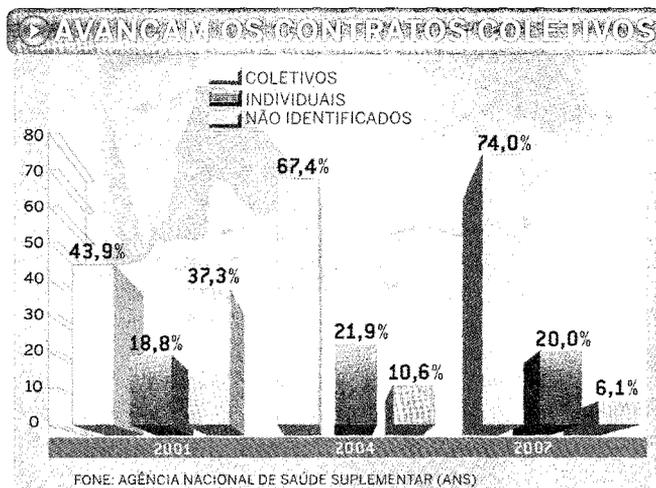
Na queda-de-braço com os usuários, as empresas muitas vezes cedem. De acordo com a Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor de São Paulo (Procon-SP), 64% das queixas sobre planos de saúde registradas em 2007 foram resolvidas. “É comum as operadoras negarem cobertura e voltar atrás diante da ameaça de uma demanda judicial”, afirma Roberto Pfeiffer, diretor do Procon-SP.

Apesar das queixas, a atual legislação trouxe avanços. Definiu padrões mínimos de cobertura, transferiu ao poder público a responsabilidade de regular e fiscalizar o setor (antes regido por regras próprias) e estabeleceu critérios mínimos para entrada e saída de empresas no segmento. Também obrigou as operadoras a atender todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde. Antes da lei, a maioria dos contratos impedia a inclusão de doentes crônicos ou portadores de enfermidades infectocontagiosas, como a Aids.

O texto manteve, contudo, práticas condenadas por entidades médicas, como

a cobrança diferenciada de mensalidades entre usuários de acordo com a faixa etária. “Quando o usuário envelhece e precisa de mais cuidados, ele paga até cinco vezes mais do que os jovens”, comenta Renato Azevedo Júnior, diretor do Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

Quanto às reclamações da classe médica, Azevedo destaca os resultados de uma pesquisa do Datafolha, de maio de 2007. O estudo revelou que 43% dos médicos conveniados a operadoras no estado sofreram algum tipo de restrição. As princi-



pais queixas dizem respeito à negação de autorização de consultas, exames e internações (82%), desaprovação de procedimentos terapêuticos (81%), restrições a doenças preexistentes (59%) e limitação da internação dos pacientes (55%).

No início de abril, uma nova batalha agitou o segmento. A ANS revisou a tabela de procedimentos que os planos são obrigados a cumprir e incluiu mais de cem novos tipos de terapia, exames e intervenções, incluindo técnicas de planejamento familiar, como vasectomia e laqueadura, e exames mais complexos, como a videolaparoscopia. Os planos de saúde alegaram problemas para manter o equilíbrio financeiro dos contratos. Ameaçam aumentar as mensalidades e entrar na Justiça para tentar barrar a revisão.

“A inclusão dos novos procedimentos é um avanço, mas ainda há uma série de procedimentos descobertos. Os planos são obrigados a fazer transplantes de rim e de córnea. Mas os de coração, de fígado

e de pulmão, mais caros, continuam sendo feitos pelo SUS. Sem falar de numerosos procedimentos de diagnóstico que ficaram fora da revisão”, critica Maria Inês Dolci, coordenadora institucional da Associação Brasileira de Defesa do Consumidor, conhecida como Pro Teste.

O presidente da ANS, Fausto Pereira dos Santos, ironiza as queixas das operadoras. “Há um ditado que diz que empresário que não chora não é empresário. As operadoras sempre reclamam da revisão de procedimentos ou dos reajustes

propostos pela ANS, dizendo que as empresas do setor vão quebrar. Mas vejo muitas seguradoras anunciando grandes lucros anuais e mesmo abrindo capital na Bolsa.” Santos ressalta que os reajustes preservam o “equilíbrio financeiro” das empresas.

Do ponto de vista das operadoras, a situação muda de figura. “Os aumentos superiores à inflação nos últimos tempos foram para compensar parte da defasagem de anos anteriores”, comenta Arlindo de Almeida, presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge). “Essa é a razão de as operadoras privilegiarem os planos coletivos. É mais fácil negociar com as empresas, evitando problemas na Justiça. E os usuários se beneficiam com mensalidades mais baratas.”

Outro ponto sensível é o aporte de recursos públicos no sistema de saúde suplementar. Além das isenções no Imposto de Renda, a lei prevê que as operadoras devem ressarcir o SUS quando um beneficiário utiliza os serviços públicos, desde que cobertos pelo contrato. De acordo com a ANS, a soma dos débitos é de aproximadamente 400 milhões de reais.

Lígia Bahia, professora do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), alerta ainda para os problemas das “duas portas de entrada” em hospitais públicos e particulares que atendem pelos dois sistemas. “Quem é atendido pelo SUS, enfrenta filas maiores e tem um padrão de atendimento inferior.” E esse é um dos motivos que afastam a classe média do sistema público e a deixa à mercê de regras nem sempre claras na rede privada. ■

“Quando o usuário envelhece, paga até cinco vezes mais”