



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Portela, Margareth Crisóstomo

Accountability e qualidade

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 4, julho-agosto, 2007, pp. 840-848

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012403>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System

Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal

Non-profit academic project, developed under the open access initiative

Accountability e qualidade

Accountability and quality

Margareth Crisóstomo Portela¹

Vecina Neto e Malik apresentam um amplo panorama da assistência hospitalar no Brasil, provendo uma caracterização do cenário vigente, os movimentos de origem local ou internacional em curso, os desafios que se colocam para o hospital contemporâneo e passos que hoje se fazem obrigatórios. Usando das prerrogativas de quem olha um objeto à luz do seu campo de atuação, destacarei algumas questões levantadas que me pareceram mais pungentes, centrando-me em preocupações com a necessidade de **accountability** na gestão do sistema de serviços de saúde e com a qualidade da assistência, assumindo o enfoque da gestão da clínica.

Um primeiro aspecto apreendido do texto sob debate traduz-se em um contraponto entre a necessidade de cuidados hospitalares cada vez mais complexos, seja pelo perfil epidemiológico da população, seja pela reorganização da atenção básica e aumento da complexidade ambulatorial, e uma rede de hospitais com taxas de ocupação declinantes, em parte por ausência de demanda e certamente, em outra parte, por inadequação tecnológica^{1,2}. Caminhos em direções opostas parecem colocar-se frente às duas faces de uma mesma moeda: por um lado, a exigência de incorporação de tecnologias complexas, de elevado custo, capazes de aportar respostas efetivas no tratamento de doenças crônico-degenerativas, problemas oriundos de causas externas e doenças emergentes ou reemergentes pouco conhecidas ou resistentes; por outro lado, a redução de leitos e hospitais ou reformulação de estruturas pseudo-hospitalares em, por exemplo, estruturas de cuidados de enfermagem e assistência social, com atendimento a pacientes crônicos e problemas sociais decorrentes do envelhecimento da população, em especial.

A fragmentação do processo de cuidado à saúde também ganha merecido destaque. Ela ainda constitui-se em uma característica dominante, seja no contexto da atenção direta aos usuários do sistema de saúde, seja no que diz respeito à própria organização da rede de serviços de saúde. Chama-se a atenção para a importância de se constituir redes que garantam à população, ainda que em municípios menores e distantes de grandes centros, o acesso a serviços de maior complexidade, quando necessários. Sendo os re-

curso limitados, a eficiência na oferta de serviços de saúde obrigatoriamente perpassa o que os autores identificam como “busca de escalas econômicas para serviços de maior complexidade”. Também se mostra crucial a intensa valorização da informação, como insumo indispensável para a integração e qualificação da assistência. A construção de parcerias coloca-se como um importante desafio sob várias perspectivas e diferentes níveis. Urgem: a articulação de classes de profissionais de saúde, vencendo o corporativismo e o absolutismo de seus olhares específicos; a integração de serviços de saúde em redes hierarquizadas, dotadas de sistemas efetivos de referência e contra-referência; a integração do processo de atenção à saúde, incluindo ações de promoção de saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças, voltadas para indivíduos também vistos na sua integridade. E, neste contexto, não poderá haver espaço para prontuários mal preenchidos, sistemas de informação desarticulados e a quase absoluta impossibilidade, hoje vigente, de resgatar a história clínica e de uso de recursos de saúde de um indivíduo, o que viabilizaria avaliações mais adequadas do desempenho do sistema de saúde.

Do texto apresentado por Vecina Neto e Malik, salta ainda aos meus olhos a explicitação do desafio que hoje representa a busca de modelos jurídicos alternativos que permitam a viabilização da gestão de hospitais privados e públicos, especialmente. Sem dúvida, esta é uma questão que se constitui em enorme entrave para a modernização e qualificação da gestão hospitalar. Na pauta de discussão, destaco a proposta de transformação de hospitais públicos em fundações estatais. Entretanto, também ressalto que para a qualificação da gestão hospitalar, comprometida com a perspectiva de geração de melhores resultados assistenciais e uso eficiente de recursos, não basta prover mais autonomia aos gestores, sendo fundamental instituir, efetivamente, processos de **accountability** em relação às decisões tomadas e aos resultados obtidos.

E, enfim, é latente a preocupação com a sustentabilidade financeira de hospitais pressionados por custos elevados e crescentes da tecnologia médica, de um lado, e por financiadores de cuidados de saúde, do outro.

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. mportela@ensp.fiocruz.br

Aparte todas essas questões e tantas outras levantadas no artigo, tem me mobilizado, em especial, acreditar no potencial da gestão da clínica como caminho para a melhoria contínua dos processos e dos resultados pertinentes à atenção à saúde. Tomando a governança clínica (*clinical governance*) como referência teórica, princípios apontam:^{3,4} (1) seu pertencimento à gestão organizacional, requerendo condução pela organização e não somente iniciativas implementadas por unidades profissionais ou indivíduos da organização; (2) a necessidade de desenvolvimento de uma abordagem integrada para a qualidade nas organizações de saúde, invocando estratégias gerenciais de melhoria da qualidade e profissionais de avaliação da qualidade e auditoria; e (3) o foco no processo da assistência à saúde, o que inclui a decisão clínica, considerando a adequação, efetividade e eficiência de alternativas tecnológicas frente aos problemas de saúde e populações visados, com forte subsídio da medicina baseada em evidência.

E, neste contexto, um grande desafio é como pactuar no sistema de saúde, como um todo, e nos microssistemas, que dele fazem parte, a produção de saúde e a produção de bons serviços de saúde; melhor ainda, como pactuar a melhoria contínua de processos de atenção à saúde, incluindo práticas eficazes, efetivas e eficientes, segundo o conhecimento científico vigente e, consequentemente, a melhoria de resultados. Os níveis e formas de pactuação podem ser diversos, sublinhando-se a importância de que o processo de melhoria de qualidade esteja contemplado nos contratos entre gestores e prestadores de serviços. Entretanto, mais que nunca, me parece que o ponto central é se preocupar menos com a maquiagem e investir na mudança de atitude dos diversos atores envolvidos. Incluir a assistência como dimensão central das organizações de saúde é um ponto de partida importante. Mas também é fundamental que lideranças promovam redes de convencimento e compartilhamento de objetivos organizacionais, envolvendo todo o conjunto de unidades e de profissionais da organização, sob o entendimento de que todos têm de se fazer co-responsáveis pelo processo de assistência e resultados observados e de que a melhoria contínua de qualidade não se dá por estratégias isoladas.

Não bastará intencional, sendo fundamental medir de onde se parte e cada ponto atingido no percurso... Não bastará ter medidas de produção do cuidado, sendo fundamental que a elas se adicionem medidas do produto do cuidado...

Enfim, não bastará conhecer, sendo fundamental fazer a gestão do conhecimento, como subsídio do que inovar, do que preservar e, até, do que não fazer.

Referências

1. Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
2. Portela MC, Lima SML, Barbosa PR, *et al*. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:811-818.
3. Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Qual Health Care* 1999; 8:184-190.
4. Donaldson LJ, Gray JA. Clinical governance: a quality duty for health organizations. *Qual Health Care* 1998; 7:S37-S44.

Serviços hospitalares e mercado privado de planos de saúde: desafios e relacionamento

Hospital services and health plan private market: challenges and relationship

Luiz Fernando Figueiredo²

Os estudiosos em saúde coletiva passaram a enxergar e abordar o segmento suplementar de planos de saúde privados mais propriamente nos últimos dez anos, coincidentemente à criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Acredito que dois dos principais resultados já mensuráveis da criação da agência, ainda uma pré-púbere, foram o de estabelecimento de estratégias iniciais para o acúmulo de informações do setor e o estímulo aos pensadores em saúde coletiva em conhecer este mercado, até então virtualmente ignorado pela academia e pelo governo. Era notável nos primórdios da ANS a carência de informações e de profissionais conhecedores do mercado privado de planos e seguros de saúde.

² Diretor Técnico e de Produtos em Saúde – Tempo Participações (Gama Saúde, Gama Odonto, Connected CRC e USS Serviços). figueiredo@crc.com.br

Mesmo não sendo um dos focos principais do artigo, o texto de Ana e Gonzalo reforça esta evolução do saber que agora começa a ser construído sobre o segmento de operadoras privadas de saúde, caracterizando-o como um dos *stakeholders* do sistema assistencial brasileiro o qual **deve ser integrado de maneira sinérgica para o alcance dos desafios e do que necessita ser feito dentro do contexto da assistência hospitalar no país** (grifo nosso).

Nesta linha, como elemento gestor do mercado privado de planos de saúde, procurarei agregar ao artigo trazendo à discussão apenas algumas questões que considero mais relevantes. Dentro do prisma principal de desafios do setor hospitalar e do que necessita ser feito, procurarei aqui reforçar e acrescentar argumentos aos pontos que considero mais importantes sob o enfoque de operadoras de planos de saúde, curiosamente o primeiro e o último citados no parágrafo final do resumo do artigo, quais sejam, (i) a necessidade de se olhar em longo prazo e (ii) a incorporação do médico na solução dos problemas.

A necessidade de se olhar em longo prazo

O mercado privado de saúde suplementar contempla atualmente um pouco menos que um quarto da população brasileira, sendo o segundo maior mercado privado em volume populacional do mundo, superado apenas pelo norte-americano (e, muito provavelmente em poucos anos, pelo chinês). O volume financeiro movimentado no setor privado brasileiro de planos de saúde é hoje praticamente equivalente ao volume despendido pelo setor público.

Embora com crescimento estagnado há cerca de dez anos, o setor continua representativo e não resta mais qualquer dúvida sobre sua perenidade na realidade nacional. A questão que fica é quanto à retomada do crescimento deste mercado, discutindo-se se este voltará minimamente vegetativo, de equivalência à evolução do produto interno bruto ou ainda se sofrerá algum estímulo mediante desregulamentações e incentivos.

Quando o artigo aborda desafios ao setor hospitalar brasileiro, refere como primeiro passo obrigatório a identificação de imperiosas novas alternativas para o seu financiamento. Acredito que os autores saberão melhor comprovar a importância dos convênios médicos como receita complementar à do Sistema Único de Saúde (SUS) para parcela significativa da rede hospitalar nacional. Em muitas situações, o “convênio médico” acaba viabilizando a continuidade do atendimen-

to ao SUS, permitindo a interpretação da fonte pública marginalmente cobrindo os custos variáveis do atendimento, sendo o investimento e os custos fixos notadamente financiados pelos parceiros privados. O texto tangencia esta discussão ao se referir à dupla porta de entrada dos hospitais universitários.

A partir da premissa acima, o principal estímulo ao debate que gostaria de questionar e trazer à rediscussão pelos autores é quanto à interpretação dos efeitos de uma retomada vigorosa do crescimento do mercado de planos de saúde, tanto para o SUS quanto especificamente para o segmento hospitalar privado.

Os defensores desta retomada, entre os quais me incluo, argumentam que o crescimento do setor privado de planos reduz, na mesma proporção deste crescimento, a necessária cobertura populacional do SUS, aumentando o financiamento *per capita* do modelo público. O efeito positivo ao setor hospitalar é inegável por representar remuneração mais compatível aos serviços prestados, conforme a lógica anteriormente descrita.

Os críticos aos planos de saúde privados, como bem refere o artigo, repousam seu principal argumento na renúncia fiscal permitida ao modelo privado. Entendo e defendo, sem mesmo entrar no mérito desta inegável renúncia semelhante a tantas outras de tantos outros setores da economia, que este efeito deletério ao caixa governamental não tem qualquer relação direta com o “sub-financiamento” do SUS.

Nesta linha, o principal entrave da nova legislação de planos de saúde ao crescimento do mercado repousa na obrigatória integralidade da atenção e cobertura, permitindo que a subsegmentação de novos planos se dê apenas entre ambulatorial e hospitalar. Esta nova realidade, além de encarecer os modelos assistenciais ofertados, é o determinante preponderante da estagnação e até involução do mercado privado de planos, além de culminar especialmente deletério ao segmento hospitalar mais regional ou periférico que procurava receita alternativa fixa com oferta de planos “caseiros” de saúde. Estes serviços, muitos filantrópicos, se viram de uma hora para outra obrigados a “contratar” e referenciar congêneres com maior complexidade para oferecer uma atenção complementar por força de lei e por vezes impagável a seus usuários contratantes de planos, inviabilizando em muitos casos, a meu ver, também esta possível receita alternativa.

O contra-argumento para uma liberalização desta subsegmentação, além de uma exigência

filosófica de integralidade da atenção para um segmento movido pelo interesse financeiro, repousa na utilização do SUS por usuários de planos de saúde. Os “contra-contra-argumentos” baseiam-se na defesa da universalidade da assistência à saúde pela constituição e o indício de dupla contribuição ou financiamento pela classe média, efetivamente a contratante direta ou indireta dos planos privados.

A incorporação do médico na solução dos problemas

Desde os primórdios dos sistemas de saúde no Brasil, privado e/ou público, a lógica determinante do modelo de atenção e financiamento tem sido a lógica médico-científica. Embora muito se fale de uma nova e preponderante lógica tecnocrática dos financiadores destes sistemas, entendo que esta realidade ainda está distante de prevalecer na nossa realidade.

Constato cada vez mais, aguçando os autores do artigo, um grande determinante: “não há como reverter ou estabilizar o sufocante crescimento de custos assistenciais sem trazer a comunidade médica, pela suas representações, para um nível mínimo de conscientização e educação em saúde coletiva e em administração em saúde”.

Necessário salientar os dois principais elementos desta obrigatória conscientização, que entendo ser relacionados: o fenômeno de medicalização com o uso imoderado de serviços e a desregrada incorporação de tecnologias na área de saúde, ambos abordados competentemente no artigo.

Questiono apenas se basta “regrear” a incorporação tecnológica, como a excelente iniciativa da Comissão de Incorporação de Tecnologias instituída pela Portaria nº 3323, sem que ocorra a efetiva contraparte catalisadora do conceito através de entidades de representação médica.

Quanto à falência citada como internacional do modelo *fee-for-service*, identifico que este é ainda mais latente no mercado privado de planos de saúde com a defesa da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Este modelo de referência de remuneração propõe valores pífios a um único, porém principal, procedimento de remuneração médica, a consulta, valorizando e preocupando-se em demasia com mais de 3.000 procedimentos invasivos cirúrgicos e de diagnose. Além de estimular o desperdício e o intervencionismo, o modelo de remuneração obriga a pesados e irracionais investimentos em tecnologia, mais volta-

dos ao aspecto mercadológico do que à eficiência e resolutividade dos serviços hospitalares. Isto sem falar na “burocratização” do processo de faturamento e de contra-auditoria que encarece e tira o foco do processo de gestão do negócio hospital.

Reforço com diferente redação, por fim, a citada necessidade de sinergia dos diversos atores ou *stakeholders* do sistema assistencial, que aqui referendo como adequado destaque principal do documento, reafirmando que o sistema assistencial, seja público ou privado, de quem se espera o poder da cura, deve, através de todos os seus diferentes *players*, ambicionar muito menos o poder para efetivamente alcançar a cura.

Os hospitais e a nova realidade

Hospitals and the new reality

Renilson Rehem³

O artigo “Tendências na assistência hospitalar” nos apresenta de maneira competente e clara um tema da maior relevância e absolutamente atual. No sentido de contribuir com o debate, apresentam-se alguns comentários sobre dois aspectos: o modelo de financiamento da assistência hospitalar e as relações do hospital com o sistema de saúde.

Os hospitais e a nova realidade do financiamento da assistência

No passado, até porque os custos eram muitos baixos, o financiamento da assistência hospitalar no Brasil se dava de maneira bastante simplificada. O paciente pagava diretamente pelos serviços recebidos ou era atendido gratuitamente em uma instituição pública ou filantrópica.

No século XX, de modo mais acentuado a partir da década de 70, a medicina experimentou um espetacular desenvolvimento científico e tecnológico que provocou uma elevação dos custos, impondo profundas alterações no sistema

³ Secretário Adjunto da Saúde do Estado de São Paulo
renilson.rehem@gmail.com

de financiamento, levando ao aumento da presença do Estado e ao surgimento de empresas e instituições responsáveis pelo mesmo. O custo atual torna impossível que a assistência médico-hospitalar possa ser assumida diretamente pelo indivíduo ou por instituições filantrópicas. O modo de produção da sociedade atual dificulta a ação de instituições filantrópicas, por impossibilita o trabalho voluntário e doações significativas, particularmente em um país pobre como o Brasil. A denominação adequada, nos dias de hoje, para as organizações anteriormente denominadas de filantrópicas, seria **instituição privada sem fins lucrativos**.

Essas instituições hospitalares, como qualquer outra, apresentam custos bastante elevados e necessitam de uma receita equivalente para fazer frente aos mesmos. Nessas instituições se, por um lado, não deve haver lucro, o *superávit* é indispensável para realizar os investimentos necessários para a manutenção, reforma e ampliação das instalações físicas, substituição de materiais permanentes e equipamentos, bem como para a aquisição de novos equipamentos e implantação de novos serviços. Não investir significa aumentar despesas com manutenção e reduzir as possibilidades de prestar uma assistência adequada e de gerar receita, no futuro.

No passado recente, obter esse resultado era fácil em virtude dos baixos custos da assistência, dos valores de remuneração do INAMPS serem razoáveis e com demanda assegurada. Na verdade, havia uma demanda garantida já que não havia competitividade entre os hospitais e, em função dos valores de remuneração serem fixos, independente da qualidade, não havia necessidade de maiores investimentos.

Na relação com o pequeno mercado privado existente, o hospital estabelecia o seu preço, na maioria das vezes baseado na sua necessidade de receita, ao invés de ter por referência seus custos. Considerando a baixa densidade tecnológica prevalente à época, os valores dos serviços desses hospitais, mesmo que elevados, eram, em termos absolutos, pouco significativos.

Na atualidade, a situação é muito diferente: os valores pagos pelo SUS são insuficientes para cobrir os custos diretos da maioria dos procedimentos. O pequeno mercado privado com financiamento direto pelo usuário desapareceu e foi substituído pelas empresas operadoras de planos ou seguros de saúde que estão cada vez mais rigorosas nas negociações dos preços dos serviços contratados. Hoje, para que se obtenha *superávit* ou, pelo menos, uma situação de equi-

librio entre receita e despesa, é necessário uma administração competente e rigorosa, tanto no que se refere às despesas quanto às receitas.

O grande impulsionador dos custos da assistência hospitalar não é, como uma análise superficial levaria a concluir, a ganância nem de médicos nem de hospitais. Sem dúvida a evolução da medicina responde pela maior parte desse crescimento nos custos da assistência à saúde. Esta evolução exerce uma forte atração, particularmente sobre a equipe médica, no sentido de possuir sempre os mais novos avanços tecnológicos. Não é mais possível deixar os custos crescerem livremente e buscar o equilíbrio das contas com a elevação da receita. A receita só pode ser elevada por um aumento na produtividade e não pela elevação dos preços dos procedimentos que hoje são quase que inteiramente definidos externamente pelos compradores de serviços. É necessário trabalhar os dois lados da equação: e levar a receita, dentro do possível, e controlar os custos, buscar reduzi-los o máximo possível. Mas, a redução dos custos não pode comprometer a qualidade. Ao contrário, a meta deve ser: reduzir custos elevando a qualidade dos serviços. Infelizmente, em nosso meio, se tornou uma verdade a afirmativa de que “qualidade custa caro” e daí se chega a uma conclusão inteiramente equivocada, que seria “o que custa caro tem qualidade”. O que é adequado, racional e inteligente é gastar o necessário para se assegurar uma assistência de boa qualidade. Nem mais nem menos.

Uma das ferramentas básicas para a qualidade está na padronização de insumos e procedimentos. A padronização diminui a variabilidade desnecessária nos resultados e permite uma programação de atividades e de recursos mais adequada.

Quanto à padronização de procedimentos, a adoção de protocolos clínicos é um importante instrumento. Um subproduto da implantação das técnicas de qualidade na organização é a melhoria da eficiência, uma vez que a variabilidade leva a repetições desnecessárias e a desperdícios. Com uma programação mais adequada, outro subproduto é o controle de custos. Adotando este conceito de qualidade, a padronização dos insumos e procedimentos e o controle de custos são elementos da própria qualidade e não podem ser entendidos como impedimentos para que a mesma seja alcançada.

Infelizmente, a lógica de financiamento da assistência à saúde, praticada pelas empresas de seguro ou planos de saúde, contém elementos de estímulo ao desperdício e aos altos custos na

medida em que dá liberdade para o prestador de serviço gastar o que entenda necessário (com maior ou menor rigor) e quando recebe a conta a considera excessiva e cria mecanismos e justificativas para não a pagar.

Assim, o que se propõe como meta prioritária para os hospitais é a implementação de um projeto de qualidade que tenha como componente significativo o controle de custos. Um projeto como este não se concretiza se for assumido apenas pela direção do hospital. O complexo processo de produção hospitalar não permite o seu integral controle por parte da direção. Assim, é necessário que todos que trabalham no hospital tenham este entendimento e o ponham em prática no dia-a-dia. Isto significa compromisso e solidariedade com a instituição.

Embora seja fundamental a participação de todos, existem, no hospital, dois grupos cujo comprometimento é vital: a equipe de enfermagem e o corpo clínico. Pois, se o médico é o principal agente produtivo do hospital por gerar receitas e despesas, a enfermagem se constitui no principal agente de execução dessas despesas. A relação da direção do hospital com o serviço de enfermagem é, tradicionalmente, de parceria e se deve buscar reforçar ainda mais estes laços, com esse serviço respondendo funcionalmente ao principal executivo da organização. Com o corpo clínico, torna-se necessário estabelecer uma relação mais próxima e de maior profundidade que contribua para a constituição de uma verdadeira parceria entre o hospital e os médicos.

As relações do hospital com o sistema local de saúde (SILOS)

De início, vale abordar um aspecto do sistema local para depois chegar à questão específica da relação do hospital com o mesmo. Este aspecto que se constitui em uma das principais características de um sistema local de saúde é a auto-suficiência. Esta auto-suficiência não deve ser entendida de modo absoluto, ou seja, não se pode pretender que um sistema local de saúde disponha de recursos suficientes para a solução de todos os casos. Mas esta auto-suficiência deve ser bastante para a solução dos casos mais frequentes. É claro que essa medida - "os casos mais frequentes" - é muito subjetiva e, portanto, se deve utilizar o bom senso para o estabelecimento deste limite.

Por outro lado, vale referir que o nível de auto-suficiência de um SILOS pode sofrer influência do grau de desenvolvimento tecnológico

local no que se refere particularmente aos meios diagnósticos. Quanto maior for a disponibilidade tecnológica, maior será a pressão no sentido da elevação deste nível de auto-suficiência. Da mesma maneira, a densidade demográfica, o tamanho da população e o seu nível de organização também influem no nível de auto-suficiência de um sistema local de saúde.

Na perspectiva de um nível razoável de auto-suficiência de um SILOS, cumpre papel fundamental a presença de um hospital. Quando se diz "presença" não significa necessariamente no território de abrangência do sistema local nem a exclusividade ao atendimento aos pacientes do mesmo. Essa "presença" quer dizer a disponibilidade materializada através de um eficiente sistema de referência. Assim, a simples presença geográfica de um hospital em um determinado SILOS não assegura a sua participação na assistência à população local, principalmente nas realidades em que convivem o setor público e o setor privado, especialmente aquele com finalidade de lucro.

A contribuição da unidade hospitalar para um razoável nível de auto-suficiência de um SILOS pode ser analisada sob dois aspectos:

1 - Assistência ambulatorial - dispondo ou não o hospital de uma unidade ambulatorial, pode o mesmo prestar relevantes serviços assistenciais a pacientes ambulatoriais principalmente no que se refere a procedimentos de diagnose aí disponíveis e que não o são ao nível das unidades ambulatoriais do SILOS.

A presença de determinados recursos mais sofisticados no hospital e não nas unidades ambulatoriais decorre de algumas razões:

a) **A demanda** - sendo recursos mais complexos devem ter indicações restritas. Conseqüentemente, a demanda deve ser pequena, o que contra-indica sua alocação em pequenas unidades.

b) **O custo** - o acelerado desenvolvimento tecnológico ocorrido nas últimas décadas trouxe como subproduto uma correspondente elevação dos custos desses novos equipamentos. Assim, torna-se inviável se propor a alocação desses equipamentos em todas as unidades.

c) Diante das duas razões anteriormente apresentadas, se poderia questionar: Tudo bem que não se coloquem esses equipamentos em todas as unidades, mas por que escolher o hospital? A resposta é simples: o perfil dos quadros morbidos atendidos por meio da internação e por duas razões. Primeiro, porque os pacientes internados requerem, com maior frequência, o uso desses equipamentos; segundo, porque é obviamente

muito mais complexa a remoção desses pacientes. É claro que a localização geográfica passa a ter importância quando se fala de longas distâncias, principalmente quando há dificuldades de transporte.

2 - A outra contribuição do hospital em um sistema local refere-se à assistência hospitalar propriamente dita - todos têm claro que determinados tipos de assistência só podem ser prestados a nível hospitalar. Talvez o exemplo mais forte sejam as cirurgias de médio e grande porte. Por outro lado, existem determinadas situações que na maioria dos casos podem ser assistidas fora do hospital, mas que em uma certa proporção têm que ser realizadas no hospital. Um exemplo disso poderia ser o parto. Quando normal, o parto pode ser assistido na própria residência da parturiente, ou em casas de parto, mas quando ocorrem complicações tem que ser realizado em um hospital, pois pode se transformar em um parto cirúrgico ou requerer outros recursos só disponíveis numa unidade hospitalar, como a terapia intensiva. Por exemplo, por melhor que seja a assistência pré-natal, um parto onde não se prevê complicações elas podem ocorrer, é preferível, que o mesmo se dê em uma Unidade Hospitalar.

Assim, colocado como o hospital pode participar de um sistema local de saúde, passa-se a discutir um pouco a operacionalização dessa participação. Como já referido anteriormente, mais importante do que a presença física do hospital em um SILOS é a existência de um eficiente sistema de referência. Para tanto, um importante aspecto é a organização da oferta dos serviços prestados pelo hospital no sentido de viabilizar o acesso dos usuários.

Nesse tema, tem havido uma discussão equivocada, muitas vezes se colocando o hospital como “inimigo” da atenção primária. Na verdade, a questão central é a quem cabe o comando da assistência ao paciente. Hoje, com raríssimas exceções, cabe ao hospital. E aí é que está o problema. O comando deve caber à atenção primária, que ao se constituir na verdadeira porta de entrada do sistema definiria o perfil assistencial necessário, bem como a demanda. Desse modo, o hospital cumpriria um papel de apoio à rede básica, garantindo a continuidade da assistência.

Os autores respondem

The authors reply

Tendências na assistência hospitalar

Os comentários dos debatedores nos permitiram refletir ainda mais sobre o tema Tendências da Assistência Médico-Hospitalar, pois cada um deles é especialista em sua área de atuação, enquanto que nós somos generalistas na gestão desse tipo de serviço, atuando em serviços públicos e privados, lidando com operadoras e financiadores privados e com o SUS e, a rigor, reconhecendo a falta que fazem indicadores epidemiológicos e de qualidade. Assim, a leitura dos textos de Portela, Rehm e Figueiredo, apesar da diferença nas suas inserções profissionais e, portanto, das suas leituras do futuro da realidade da assistência médico-hospitalar, nos levou a formular uma resposta que aborda de maneira integrada os seus comentários, para os quais preferimos olhar de forma integrada e não isoladamente. Desde já agradecemos a eles pela oportunidade de retomarmos nossas idéias iniciais e de matizá-las com novas percepções, sobre pontos que não tínhamos enfatizado o suficiente no texto original.

Um dos assuntos para cuja discussão fomos provocados a responder questiona a possibilidade de aumento no mercado de planos de saúde privados. Sua retomada depende de crescimento econômico, tendo em vista o presente interesse das operadoras em trabalhar basicamente com pessoas jurídicas e considerando que os custos da assistência obrigam a existência de um terceiro pagador. Pode ocorrer que as empresas, no fundo as reais financiadoras da assistência, optem por retirar o intermediário, no caso as operadoras, mas esta opção não se coloca no momento. No modelo norte-americano, na verdade, as HMOs, consideradas equivalentes às medicinas de grupo, mais do que operadoras, são um modelo de gestão e prestação de serviços, freqüentemente remunerados por empresas ou por pessoas físicas. Grandes empresas como a Kaiser Permanente trabalham com muita competência o risco, mas fica claro que naquele país muitas empresas de menor dimensão não têm a prática de contratar operadoras.

Cabe pensar, quando se discute financiamento, quais são os atores considerados no cenário, por exemplo, qual o papel dos hospitais filantrópicos, que recebem recursos tanto do SUS

quanto da assistência médica supletiva e sempre consideram que recebem menos do que precisariam para prestar assistência de qualidade, ao mesmo tempo em que conseguem pagar suas contas. A consideração de um dos nossos debatedores, de que o adequado, racional e inteligente é gastar o necessário, é inquestionável. E ainda se coloca como adjunto adverbial de necessário a expressão para prestar assistência de qualidade. No entanto, a grande questão que se coloca é qualidade aos olhos de quem? Por exemplo, para quem desenha os protocolos clínicos, a intenção em geral é aprimorar a assistência; para quem reforça sua implantação, pode ser controlar os custos (ou no mínimo comprar melhor). Não necessariamente para o paciente o significado é o mesmo, nem para a enfermagem ou para os profissionais não universitários do serviço ou para aqueles que trabalham nos demais serviços ou nas demais organizações não ligadas à prestação de cuidados mas ainda fazendo parte do sistema de saúde.

Quais os modelos de organização ou as figuras jurídicas mais adequadas para estas novas organizações de saúde, que viabilizem sua sobrevivência financeira, com um financiamento sempre aquém das necessidades e dos desejos e com recursos que cabem otimizar a cada instante - é uma pergunta que a sociedade brasileira tem se feito constantemente, seja por meio de inquietações de cunho ideológico, seja na busca da eficiência a qualquer custo ou dos seus resultados. Esses modelos, porém, não podem ter mais peso na equação dos serviços do que a assistência propriamente dita. A clínica é a atividade fim desses serviços, mas isto não significa que as burocracias profissionais podem se eximir de gerir a assistência (como ocorre com tamanha frequência, por diversos motivos).

Ainda cabe a discussão quanto a que sistema é esse, do que estamos falando. Afinal, a visão teórica sobre sistemas é que todos os seus componentes se dirigem para o mesmo objetivo, por definição, o que realmente não é observável na saúde, nem no SUS nem no sistema complementar e nem dentro da cada um deles. Por exemplo, a ANS faz ou não parte do SUS? A ANS é sozinha um sistema? A ANVISA faz ou não parte do SUS? A ANVISA é um sistema? A Vigilância Sanitária é um sistema? Ou seja, cabe perguntar se a discussão sobre sistemas locais de saúde representa um fato ou um desejo, a estas alturas...

O lugar da assistência médico-hospitalar foi questionado pelos debatedores. Não há como discordar desse questionamento, principalmen-

te quando pensamos no que se imagina observar no futuro, não tão remoto. Existem cada vez mais tecnologias substitutivas ou complementares à internação hospitalar. Há quem diga que, exceto urgências/emergências, serão apenas internados por volta de 2.050 transtornos mentais e síndromes metabólicas; quase todos os demais diagnósticos serão tratados/controlados em outro tipo de ambiente e/ou prevenidos. Mas para a viabilidade deste novo modelo de assistência, se torna imprescindível um sistema de informações competente, real, com dados colocados a tempo, fidedignos e que não se preocupem em ocultar conhecimento alegadamente estratégico mas que mascara inoperância para não dizer coisa pior. Por outro lado, este sistema também dependerá dos registros dos pacientes que, portanto, deverão sofrer uma mudança bastante radical na maneira pela qual ainda são concebidos nesta primeira década do século XXI

Outro ponto extremamente provocativo se refere a qual o limite da incorporação dos médicos na solução, porque afinal de contas a categoria se acostumou a trabalhar com determinado nível de ganho, num dado modelo de remuneração e com forte auxílio de tecnologia focada em exames complementares. Na verdade, a mudança não virá porque ela é necessária e o ator profissional médico não vai se incorporar ao novo modelo porque este é considerado útil. Deve haver algum interesse por trás do movimento, na verdade o que está *at stake* deve ficar muito claro. Mais uma vez usando o exemplo norte-americano, os médicos aceitaram algumas das regras do *managed care* porque era a oportunidade deles terem locais para trabalhar, numa circunstância em que os prestadores estavam sendo estrangulados, situação que ainda está longe de ocorrer no Brasil mas que no mundo está cada vez mais presente, principalmente porque uma das poucas realidades inquestionáveis da área da saúde é que os custos da assistência vão continuar crescendo. Mas sem o médico, sem o seu saber, sem a imagem de sua competência em salvar vidas, o sistema de saúde não sobrevive, pelo menos como o conhecemos hoje em dia, mesmo se considerarmos o paradigma emergente, dos autocuidados e do *disease management*.

Se para este número especial da Revista estamos olhando para as perspectivas da assistência no Brasil, não é possível, como lembraram alguns dos debatedores, esquecer a necessidade da articulação entre setor público e setor privado, por mais difícil que ela seja. Ao mesmo tempo, cabe a percepção de que, como estamos num país

com as dimensões do nosso, o planejamento não pode ser postergado, mas este planejamento não pode, sob hipótese alguma, ser normativo, centrado nos cálculos tradicionais. Caso fosse assim, verificaríamos que os recursos disponíveis, por exemplo, hospitais e médicos, são suficientes, o que é imediatamente contestado pela aproximação com a realidade. Desta forma, os números absolutos precisam ser relativizados, analisados em cada uma das realidades regionais e, a partir das explicações obtidas para cada uma das situações encontradas, soluções precisariam ser desenhadas. Assim, além de fazer perguntas novas, ou de aplicar as conhecidas a realidades diferentes, urge ser criativo e desenhar novas respostas. Já há evidências de que as receitas tradicionais não têm conseguido sucesso. Mas deve ser lembrado que qualquer nova tentativa implantada precisa ser avaliada, sob pena de ter apenas insucessos diferentes. Não é porque se muda que se melhora, embora qualquer melhoria venha a partir de mudanças.