

**ANA MARIA MALIK**  
é professora da Escola de  
Administração de  
Empresas da  
Fundação Getúlio Vargas e  
diretora do Programa de  
Estudos Avançados em  
Administração Hospitalar e  
de Sistemas de Saúde  
(EAESP/FGV).

# Oferta em serviços de saúde

ANA MARIA MALIK

## INTRODUÇÃO OU... O SUS QUE TEMOS

**A** Constituição Cidadã, de outubro de 1988, na área da saúde é considerada utópica por muitos, pois assume uma definição certamente não-hegemônica no mundo ocidental. Além de se referir ao direito à saúde, ela o associa a uma série de outros direitos de cidadania, como trabalho, informação, comunicação entre outros. Os princípios constitucionais têm como premissas a universalização, a gratuidade e a integralidade do acesso ao sistema; a descentralização com participação social (controle social) e o comando único em cada esfera de governo. As leis 8.080 e 8.142 de 1990, por sua vez, regulamentam o SUS, Sistema Único de Saúde, que constitui o sistema público vigente no Brasil. Nesse sistema, o financiamento é público e as atividades de prestação de serviços são realizadas por um conjunto de estabelecimentos de saúde, públicos e privados, organizados em redes definindo subsistemas municipais de saúde. A Lei 8.080 trata da organização dos serviços e de sua direção, além da competência dos diferentes níveis de governo, e

a 8.142 cuida da participação na gestão e dos mecanismos de financiamento. Além desses instrumentos legais foram promulgadas Normas Operacionais Básicas de 91, 92, 93 e 96, que cuidam das formas de inserção de estados e municípios no sistema. Finalmente, em 2001, foi promulgada a Noas (Norma Operacional de Assistência à Saúde), que organiza o sistema/modelo assistencial. Esses documentos legais ajudam a identificar o que é considerado como prioridade pelo nível central do sistema, como por exemplo, entre outros, o PSF (Programa Saúde da Família), enfatizado com mecanismos de financiamento diferenciado.

O PSF não é novo, nem como programa e muito menos como idéia, mas ganhou *status* de política mais recentemente. Ainda não é o modelo hegemônico do país, embora seja apresentado como o potencial catalisador da mudança – a médio/longo prazos – do modelo assistencial no país, buscando promover e manter a saúde com mais ênfase do que tratar das doenças. Não é o maior prestador brasileiro, porém vem apresentando crescimento de grande abrangência, à custa dos interesses e da atuação dos municípios. Finalmente, embora sob o mesmo “guarda-chuva” temático, existem no país uma série de modelos diferentes, dependendo do município onde eles estão implantados. Enquanto ainda em implantação, esta política (este programa), independente do que preconiza a doutrina por trás dela, não atende ao princípio (do SUS) da universalização. Pelo contrário, demonstra desigualdade, porque respeita algumas regras como a da delimitação geográfica (quantas famílias serão atendidas em que território). Assim, quem vive na rua, além da delimitação do território, pode ver o tipo de cuidado que os vizinhos recebem, mas não tem (ainda?) acesso a ele. Embora rápida, sua expansão tem limites necessariamente. Outra característica do PSF *que temos* é a desigualdade, na sua gestão, no cuidado prestado e até na percepção que a comunidade tem a seu respeito, o que se deve às diferenças entre as pessoas, infra-estruturas e intenções de quem o administra.

Pode-se dizer que o PSF é um exemplo atual do SUS: mostra uma evolução em relação ao modelo anterior, não atinge de forma igual a toda a população, não oferece o mesmo tipo de cuidado em todo o território que abarca, está em pleno desenvolvimento, tem seus defensores e detratores, apresenta imperfeições, precisa formar aqueles que vão trabalhar nele, seu financiamento é insuficiente, é compreendido e implantado de acordo com a percepção de quem está no poder num determinado momento e tende a aumentar *desejos e demandas* e a rigor chega a levantar novas *necessidades* (os agentes de saúde relatam com frequência sua incapacidade em dar resposta a necessidades reais da população, como relações familiares, drogas, violência no lar – Silva, 2001) embora não necessariamente a *oferta* esteja pronta para responder a isso.

## OFERTA, DEMANDA, NECESSIDADE OU... ALGUNS CONCEITOS DE ECONOMIA DA SAÚDE

Definir *necessidade em saúde* tem sido um desafio evitado por economistas do setor, mas é possível usar o conceito de que se trata de uma “noção instrumental utilizada no sentido de determinado indivíduo precisar consumir cuidados para melhorar o seu estado de saúde”. Este conceito pode ser decomposto em três subcategorias: a *necessidade sentida* (identificada como tal pelos indivíduos); a *necessidade expressa* (apresentada pela população aos serviços, frequentemente entendida como procura por cuidados); e a *necessidade normativa* (tecnicamente definida e/ou identificada pelos profissionais de saúde) (Pereira, 1995). Elaborando sobre esta definição de necessidade normativa e assumindo-a como *necessidade em saúde*, pode-se dizer que se trata da “quantidade de serviços médi-

cos que a opinião médica acredita deva ser consumida em um determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo o conhecimento médico existente” (Jerffers 1971, apud Iunes, 1995). Assim, trata-se de uma *opinião* médica e não de um *fato* médico (Iunes, 1995).

“*Demanda* por um bem ou serviço pode ser definida como a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias” (Iunes, 1995). Entre os determinantes dessa demanda estão a estrutura de preferências do consumidor, a qualidade percebida sobre o produto ou serviço, o preço do bem ou serviço, o preço dos outros bens ou serviços e a renda disponível. A *demanda em saúde*, por sua vez, tem aspectos de diferenciação em relação à demanda por outros serviços: ela é irregular e imprevisível; ela ocorre em uma circunstância anormal – a doença –, o que não permite a decisão “normal” do consumidor; o consumo dos serviços envolve riscos, e experiências anteriores não ensinam como agir nas futuras; a confiança no prestador depende de uma série de fatores; a entrada de profissionais no mercado é controlada por restrições do aparelho formador e dos regulamentadores; a cobrança é diferenciada para o mesmo tipo de cuidado/procedimento, entre outros (Iunes, 1995).

Finalmente, “*oferta* é definida como a quantidade de um bem ou serviço que fornecedores ou prestadores estão dispostos a vender, a um dado preço e a determinada altura” (Pereira, 1995). A oferta satisfaz a demanda em função de suas capacidades (disponibilidade de mão-de-obra, de serviços e de estruturas) e de suas práticas. É, ainda, possível compreender que a oferta não é diretamente correspondente à necessidade. Muitas vezes aparece em função da demanda (ou da demanda que pode ser criada em função de um determinado produto ou serviço). Este tipo de visão aproxima perigosamente a saúde de um bem de mercado tradicional, o que reforça algumas das características mencionadas por consumo

desnecessário de bens, induzido por quem deveria cuidar das necessidades... As relações de confiança entre cuidador (médico, equipe, serviço) e usuário, parte integrante dos determinantes do sucesso dos processos e enfatizadas como tal, às vezes induzem a comportamentos de risco...

Isso leva a introduzir alguma noção de avaliação neste processo, usando o referencial de Donabedian (1993) e não os da economia da saúde. Quando esse autor define seus sete pilares da qualidade em saúde ele trabalha eficiência, eficácia, efetividade, otimização, equidade, legitimidade e aceitabilidade (1). Alguns desses “pilares” mostram que não se pode chamar de oferta de qualidade os serviços oferecidos sem considerar sua real relevância para a comunidade, uma vez que se pode considerar saúde como um bem “virtuoso”, com o qual dever-se-ia utilizar os recursos existentes da maneira mais “racional” possível.

Para fins deste trabalho, oferta está sendo entendida apenas como vinculada a serviços de saúde disponíveis para a prestação de assistência médico-hospitalar. Não faz parte do escopo a discussão das chamadas políticas “saúdáveis”, nas quais se deveria discutir conceitos como os de violência, urbanismo, ambiente sustentável, geração de empregos, educação, entre outros.

## QUESTÕES REFERENTES À OFERTA EM SAÚDE OU... O SUS QUE PODEMOS

A demanda por saúde corre o risco de se tornar ilimitada e, como já é comum ler em diferentes textos, nacionais e internacionais, técnicos ou não, publicados desde os anos 80, cada vez mais cara frente à difusão da inovação tecnológica (não sempre respondendo às necessidades da população), ao envelhecimento da população (se não em todo o mundo, certamente no Brasil e, aqui, com mais ênfase nas regiões Sul-Sudeste), aos estímulos trazidos pelo

mercado, à relação entre recursos despendidos e resultados obtidos. A disponibilidade de recursos não acompanha este crescimento, obrigando a que se tenha que implantar algum tipo de *racionamento* ou *racionalização* (explícita ou implícita) nesta oferta (ou para a utilização dos serviços oferecidos), levando à necessidade de assumir quais serão as prioridades seguidas. Um dos critérios para esta definição pode ser o de concentrar os recursos naquelas atividades consideradas eficazes, adequadas e necessárias para solucionar problemas de alta relevância social ou nos grupos sob risco social. Qualquer outro critério, porém, pode ser utilizado, pois a definição de prioridades está longe de ser um processo técnico; pelo contrário, tem fortes componentes políticos (Akerman, 1995).

Qualquer sistema que se proponha a garantir acesso universal (independente da definição de acesso e de universal com a qual se esteja trabalhando) ao cuidado necessita algum tipo de racionalização. Esta tendência será acentuada no futuro. Provavelmente aumentará a distância entre a demanda pelo acesso às inovações tecnológicas e a capacidade de gasto. Isto obriga a que se considere um grau de universalização economicamente suportável e socialmente aceitável. Neste momento entram em jogo as questões éticas, em função dos critérios e da transparência que presidirão a escolha das prioridades (Domenighetti; Maggi, 2000).

As questões éticas têm um peso importante como indutoras (ou restritivas) de oferta, principalmente frente ao princípio da equidade, que se defronta com os conceitos de eficiência, eficácia e utilidade. As questões econômicas se irradiam a partir da noção da escassez de recursos para a satisfação das necessidades. A assistência médica vem sendo obrigada a mostrar cada vez com mais frequência “evidências” da eficácia das suas práticas de promoção da saúde, prevenção das doenças, diagnósticas e terapêuticas. O valor principal para a definição da oferta deve levar em conta a equidade, se não como uma palavra de ordem, mediada pelos princípios político-

1 Eficácia: habilidade da ciência e tecnologia da assistência à saúde em trazer melhorias na saúde, utilizadas nas circunstâncias as mais favoráveis; efetividade: o grau em que as melhorias na saúde que podem ser obtidas realmente o são; eficiência: a habilidade de reduzir o custo do cuidado sem reduzir as melhorias que podem ser obtidas; otimização: o equilíbrio entre as melhorias obtidas e os custos de atingi-las; aceitabilidade: conformidade aos desejos e expectativas dos pacientes e outros membros de suas famílias; legitimidade: conformidade às preferências sociais, expressas em princípios éticos, valores, normas, costumes, leis e regulamentos; equidade: conformidade a um princípio que determina o que é justo na distribuição da assistência médica e seus benefícios entre os membros de uma população.

econômicos de cada nação: a utilidade individual pode ser mais importante nesta formulação que a eficácia econômica, a eficácia clínica ou, até mesmo, a utilidade social.

O SUS ofereceu mais acesso à população brasileira que qualquer outro modelo. Mesmo tachado de ineficiente, se forem comparados o que se gasta com ele e a quantidade de procedimentos realizados com o mesmo indicador no setor privado, será possível perceber que sua oferta é maior e mais abrangente. O SUS também é o maior financiador de assistência de alta tecnologia do país (Lopes, 2001), embora perante a opinião pública ele se limite a uma medicina “pobre” para “pobres”. Dados do SUS (Ministério da Saúde, 2000) estimam que o SUS se responsabiliza hoje, de fato, pela cobertura de 95% da população em atenção primária, 70% na secundária e 90% na alta complexidade.

Ainda se trabalha com as restrições, no âmbito orçamentário/financeiro descentralizado para estados e municípios, desde meados dos anos 90, segundo o regime de “tetos financeiros”. Isto leva a distorções da oferta e da reorientação da demanda, pois cria barreiras, ao acesso dos cidadãos, semelhantes às do setor privado, com coberturas mais definidas, de acordo com o plano e não com as necessidades. No SUS, além da restrição em função da disponibilidade, com este tipo de dificuldade passa-se a ter um critério “geográfico” de exclusão (o nome tradicionalmente utilizado para oferta de serviços a cidadãos de outros municípios é “invasão”, contrariando o princípio da *solidariedade*, tão defendido nos anos 90 e certamente utilizado nas definições do SUS. Solidariedade no sentido de que os saudáveis financiam os doentes, os jovens subsidiam os cuidados oferecidos aos idosos, os empregados pagam pelos serviços oferecidos aos desempregados).

Isso desvirtua uma das expectativas em relação à premissa de acesso universal no âmbito do setor público. Até meados dos anos 80, antes da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), os cidadãos podiam ser classificados dentro dos servi-

ços públicos e/ou financiados pelo setor público como indigentes, rurais, previdenciários e particulares (sem contar os chamados “de interesse administrativo” ou “de interesse científico”), sendo que as instâncias financiadoras disputavam recursos (e, a rigor, rejeitavam pacientes) baseadas no fato de atenderem cidadãos “do município”, “do estado” ou do “INPS”. As AIS estabeleceram termos de adesão entre os três níveis de governo e a partir delas começou-se a desenhar o comando público único por unidade descentralizada (Suds – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, a partir de 1986). Também começou a ser implantada a descentralização da prestação de serviços. Praticamente toda a oferta de serviços prestados em unidades hospitalares e ambulatoriais se dá a partir do ano 2000 nas instâncias estaduais e, principalmente, municipais. Estas unidades públicas têm como atribuição o atendimento a toda a população.

Apesar de todas as resistências a estas novas formas de ver o sistema, desde 1988 o SUS passou a ser viabilizado. Assim, não se justificam as novas formas de exclusão, mais ainda se induzidas – ou aparentemente induzidas – pelo financiador público. Não necessariamente estas regras estão explícitas nos documentos oficiais, mas esta tem sido sua interpretação hegemônica. Os gestores do SUS em nível central dizem que a Noas (2001) sanará algumas dessas distorções, mas cabe observar qual será sua interpretação prevalente e o processo de sua implantação (e até os recursos disponíveis para ela). Em 2001 pode-se dizer que os municípios são seus grandes defensores.

Usando dados oficiais para fazer uma análise retrospectiva da oferta (Ministério da Saúde, 2000), no período 1995-99, verifica-se em primeiro lugar que a população brasileira aumentou em 5%, enquanto o número de hospitais teve uma redução de 1%. Tanto o aumento de população quanto a redução nos hospitais ocorreram de maneira pouco uniforme entre os 26 estados e Distrito Federal (2). Por exemplo, a variação no número de habitantes foi de -3% em

2 O Brasil é constituído de 26 estados, 1 Distrito Federal e, até 2000, 5.507 municípios (Ministério da Saúde, 2000), distribuídos em cinco regiões: Região Norte, com 45% do território e 7% da população; Sudeste com 11% do território e 43% da população; Sul com 7% do território e 15% da população; Nordeste com 18% do território e 29% da população; e Centro-Oeste, também com 18% do território e 6% da população.

# Região Tocante

Roraima até +35% no Amapá, tendo se mantido constante no Piauí. O total de hospitais vinculados ao SUS, por sua vez, diminuiu 35% no estado de Tocantins, aumentou em 29% no Pará e se manteve constante no Acre, no Distrito Federal e em Pernambuco. O total de leitos, por sua vez, teve um decréscimo global de 3%, sendo maior no Tocantins (-21%) e no Paraná (-10%), mantendo-se constante no Acre e mostrando os maiores aumentos no Pará (34%) e no Amazonas (16%). Com tudo isso, a relação leitos/1.000 habitantes em leitos de hospitais vinculados ao SUS também mostrou uma redução no quinquênio de 8%, seguindo as tendências internacionais (não necessariamente pelas mesmas causas...). As variações observadas foram de -30% no Tocantins e -24% no Amapá até 13% no Piauí e 24% no Pará.

Quanto aos leitos de UTI, no Brasil em 1999 eram 11.110, de um total de 490.621 leitos, representando 2,26% do total de leitos (houve no período considerado um aumento de 20%), tendo a relação leitos/100 mil habitantes aumentado de 5,97 a 6,78 (aumento global de 14%), sendo maior no Tocantins (890%, de 0,73 para 7,21). Houve redução importante no Amapá (26%, de 3,99 para 2,96).

Esta análise permite sair do valor tradicional do indicador leitos/1.000 habitantes, atribuído desde os anos 60 à Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-americana da Saúde (OMS/OPS), de 3 a 5 leitos gerais por 1.000 habitantes em regiões urbanas para um parâmetro assumido pelo SUS, ainda baseado na portaria 3.046 de 1982 do então Ministério da Previdência e Assistência Social, de 2,32 leitos/1.000 habitantes. Na análise do documento de 2000 é utilizado este valor para destacar os estados brasileiros que em 1999 ainda se encontravam abaixo do valor preconizado pelo SUS: Bahia, Distrito Federal, Sergipe, Pará, Amapá e Amazonas. Na mesma análise, encontram-se com mais de 4 leitos/1.000 Goiás, Maranhão e Rio de Janeiro. Interessante notar que as análises tradicionais atribuem os valores elevados do Rio de Janeiro a seu *status* de antiga capital

federal, enquanto o atual Distrito Federal apresenta valores abaixo do parâmetro.

Diante dos novos padrões de utilização de leitos observados em tempos de *managed care* (Brown, 1997) o parâmetro brasileiro de 1982 é ainda pouco adequado. No entanto, no último dado do Ministério da Saúde (2001) disponível este valor ainda está nos 3 a 4/1.000 habitantes, sendo os leitos de terapia intensiva preconizados como 4% a 10% do total de leitos. Além disso, nessa publicação o Ministério decompõe o parâmetro. Assim, para 4 leitos totais, aqueles voltados para atividade cirúrgica deveriam ser 0,72/1.000, os leitos obstétricos 1,11/1.000, os de clínica médica 1,2/1.000, os de pediatria 0,8/1.000 e os de cuidados prolongados 0,02/1.000. Estes parâmetros serviriam como guia inicial, assumindo que estados, regiões e municípios reveriam suas necessidades específicas quanto às subespecialidades, em função das necessidades observadas. A portaria 3.046 de 1982 também preconiza o reestudo dos parâmetros, mas se tornou meta universal. Talvez em 2001, com as instâncias colegiadas e de participação (Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite – CIBs e CIT –, a primeira colocando estados e municípios e a segunda agregando a instância federal, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde – Conasems), haja maior possibilidade de este modelo prosperar.

Cabe perguntar qual o padrão real de utilização desses leitos, que deveria estar sendo analisado em cada sistema municipal. É possível reconhecer, por exemplo, que a taxa de ocupação dos leitos SUS é baixa (em termos globais, diminuiu de uma média nacional de 54% em 1995 para 48% em 1999), observando-se redução de 11% no período. A maior redução ocorreu no Pará (31%) e o maior aumento em Roraima (229%, de 10% a 33%). Um olhar preocupado com eficiência atribuiria a estes resultados a característica de ineficiência. A solução para este problema potencial seria



aumentar o número de internações ou o fechamento de leitos... nas especialidades cujo processo terapêutico de fato mudou? Afinal, o SUS convenia 86% dos leitos dos hospitais (e este valor aumentou em 3% no período, ao contrário do que se observa no valor dos leitos globais desses hospitais). Santa Catarina e Paraná mostram os mais importantes aumentos nesta tendência (respectivamente 14% e 10%), enquanto as maiores reduções foram no Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Rio Grande do Norte (-2% , -1% e -1%). Quanto aos leitos SUS/1.000, tiveram redução de 5% (média nacional: 2,57). Encontram-se acima de 3 leitos SUS/1.000 Goiás, Rio de Janeiro e Maranhão (este, acima de 4/1.000) e abaixo de 2/1.000 Amazonas, Amapá, Sergipe e Distrito Federal.

Há algumas políticas cuja implantação pode ser avaliada por estes dados de utilização, entre as quais aquelas voltadas a pacientes portadores de doenças de evolução lenta ou de seqüelas de patologias básicas. A política em vigor tem sido de introduzir programas e ações que visam à desospitalização desses pacientes. Se é possível utilizar o indicador de percentual de AIHs (Autorização para Internação Hospitalar) pagas para internações de pacientes crônicos, pode-se dizer que se trata de política bastante bem-sucedida, mostrando uma redução de 54% no período (de 1,4% das AIHs em 1995 para 0,7% em 1999). São Paulo e Rio de Janeiro apresentam a maior percentagem desse tipo de AIH no país (em 1995, o Rio apresentava 107.304 e São Paulo 41.370 AIHs desse tipo, representando 56,7% e 21,9% do total; em 1999, respectivamente, 22.131 e 38.880 – 27,2% e 47,9%) e em ambos os casos constata-se redução (de 79% e de 6%). Não parece plausível fazer uma avaliação positiva nacional apenas com base nesses dados, pois há estados em que em 1999 não se observa nenhuma AIH desse tipo (o que pode mostrar ou que há poucos casos, ou que não se oferece esse tipo de tratamento no estado ou que a coleta de dados foi falha) ou outros em que houve aumento importante, mas olhando para grandes números é possível fazer supo-

sições. Certamente a população que necessita desse tipo de cuidado (produzido em regime ambulatorial ou hospitalar) vem aumentando, por isso é cabível esperar algum tipo de política nesse sentido.

Outra política que mobiliza os serviços e a opinião pública (não necessariamente no sentido que a política preconiza) é a questão dos partos e das cesáreas. O total de partos pagos pelo sistema em 1999 foi 2.652.999, apontando para uma redução de 13% em relação a 1995 (quando houve 3.048.166), sendo que o indicador de partos/1.000 habitantes diminuiu 17% no período e a cobertura ficou em 16,18 partos/1.000 em 1999. As cesáreas apresentaram redução de 33% em números absolutos (em 1995 foram feitas 988.452 cesáreas e, em 1999, 660.431). A taxa de cesáreas nacional, que era de 32,4% em 1995 (50% no Mato Grosso, 49,8% no Mato Grosso do Sul e 48,2% em Goiás, os de maior frequência, e Amapá com 7%, Acre com 16% e Sergipe com 16,4% os de menor índice), passou a 24,9% em 1999 (30,1% em Mato Grosso do Sul, 29,7% em São Paulo e 29% no Rio de Janeiro e em Santa Catarina, contra 11,3% no Amapá, 15% em Sergipe e 16,3% na Bahia). Apesar do aumento verificado em alguns estados, como Alagoas, Ceará e Distrito Federal, esta política parece ter surtido efeito, mas nesse caso houve interferência ativa, como introdução de críticas no sistema AIH e definição, padrões aceitáveis de cesáreas por estado e de hospital.

Uma última análise da oferta de serviços pelo SUS aborda a alta complexidade. Entre 1995 e 1999 houve uma redução de 6% nas AIHs pagas, embora alguns estados como Roraima, Amapá, Distrito Federal, Sergipe e Pará tenham mostrado aumento nesse valor. No entanto, no mesmo período o número de AIHs de alta complexidade (Aids, cardiologia, deformidade craniofacial, deficiência auditiva, epilepsia, gastroplastia, implante coclear, neurocirurgia, oncologia, ortopedia, ósteo integrado, polissonografia e transplantes) aumentou em 104,9%. O estado que mais internou esse tipo de caso no período em todas as categorias foi São Paulo (100%

dos casos de deficiência auditiva, implante coclear e ósteo integrado, 99% dos de polissonografia e 98% de deformidade craniofacial, além de 47% dos transplantes, atividade na qual o Rio Grande do Sul atingiu o segundo lugar, com 23%), seguido de Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Paraná. No entanto, os maiores aumentos foram observados no Amapá, Tocantins, Acre, Amazonas e Rondônia, o que numa visão otimista caracteriza um aumento na complexidade dos recursos hospitalares da Região Norte.

É inegável que na população SUS dependente há falta de cobertura. Também é fácil enxergar por meio destes dados que dependendo da região do país onde o cidadão vive ele terá acesso diferenciado aos serviços oferecidos (embora não necessariamente o acesso signifique cuidado de boa qualidade ou utilização em função de necessidade detectada). A prestação de serviços analisada em grandes blocos requer uma análise mais fina de indicadores, a rigor à luz de parâmetros atuais definidos como *benchmarks* em protocolos respeitados e adequados às condições locais. A forma pela qual se utilizam parâmetros hoje em dia é pouco ortodoxa, pois se cotejam os observados com... os disponíveis. O acesso tem aumentado e, perante dados internacionais, um pouco contra a tendência dominante, o que é compreensível diante da carência em que algumas parcelas da população viviam. Resta ver a quais critérios entre os sete pilares da qualidade de Donabedian este aumento na oferta do SUS responde. Feita esta nova avaliação, sempre é possível obter resultados melhores do que aqueles que se encontrou, desde que se queira.

## OFERTA NA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLETIVA OU... O SISTEMA QUE NÃO É ÚNICO

Ignorar a existência da Assistência Médica Supletiva no Brasil é fechar os olhos

a uma parcela importante da oferta de serviços à população (os dados oficiais falam em 30% a 40%, dependendo da região), embora isso tenha ocorrido por muitos anos. Trata-se de uma oferta importante de serviços, com concentração nas atividades mais procuradas pela população, de assistência de média complexidade. Quando se fala em Assistência Médica Supletiva (AMS) é comum ter em mente os maiores hospitais do país, aqueles mais presentes na mídia, por oferecerem cuidado a políticos, artistas, esportistas e outros. No entanto, esses serviços vistos como de elevada qualidade (alguns deles de fato o são) não são necessariamente representativos do que se verifica.

As fontes de dados são diversas, poucas são oficiais. Nos tempos da Internet pode-se consultar *sites* da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Associação Brasileira de Serviços Próprios de Empresas (Abraspe) e todos os demais financiadores privados. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, Autarquia de Regime Especial vinculada ao Ministério da Saúde), criada pela Lei 9.961 de 28/1/00, com a missão de “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde”, vem tentando, além de regulamentar sua ação, conhecer mais precisamente os seus indicadores. Eis aí uma prova de que o setor público, mesmo que tardiamente, propôs-se a conhecer um sistema antigamente desconsiderado. As críticas que a ANS recebe, muitas delas merecidas, são em função de sua juventude, mas os problemas por ela criados deverão ser minorados com o tempo.

Quanto aos hospitais privados não-conveniados com o SUS (notadamente aqueles com finalidade lucrativa) já foi possível perceber que boa parte deles considera suas informações quanto a produção e resultados financeiros como estratégicas e portanto não as dissemina, nem entre seus possíveis aliados (Ferreira, 2000). Já se identificam esforços na tentativa de reverter esse quadro, como por exemplo a Associação Nacional de Hospitais Privados, em formação no ano de 2001.

Qual o perfil da população financiada

por esse tipo de entidade (medicinas de grupo, seguros saúde, cooperativas médicas, programas de autogestão, entre outras)? Esta pergunta não é muito difícil de responder. Mais difícil é saber quais as necessidades desses cidadãos e, mais difícil ainda, identificar quais de suas necessidades são atendidas e financiadas pela AMS e quais – e quantas – são pelo SUS. Por exemplo, dados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar de 1998 mostram que uma porcentagem considerável de brasileiros (mais de 30%) apresenta pelo menos uma doença crônica. Idealmente, em termos de assistência à saúde, quanto antes for detectado este problema, melhor, pois esse cidadão poderá ser acompanhado pelo sistema e as conseqüências de seu problema serão retardadas ou minoradas, se não evitadas. A pergunta é: onde serão feitas essas consultas e os procedimentos resultantes e quem se interessará em pagar por tudo isso?

Quando se observa a propaganda dos financiadores e prestadores ligados à AMS é comum perceber que eles vendem o conceito de saúde, de preocupação com a vida. No entanto, quando se fala da oferta de serviços de assistência médica é forçoso reconhecer que o objeto do trabalho é a doença. A manutenção da saúde, para os financiadores, pode significar a redução do risco (e conseqüentemente do custo). Para os prestadores, porém, a saúde significa ociosidade e isso, no sistema brasileiro, tem um custo elevado, pois os prestadores (médicos e hospitais) não são remunerados pela “não-utilização” dos serviços por parte de uma população definida. Com isso, cria-se um paradoxo: o setor privado tenta conseguir clientes, oferecendo serviços com rótulos de qualidade, com campanhas institucionais mais ou menos explícitas de que neles se pratica a “melhor” medicina, embora vendam uma imagem de preocupação com a manutenção da saúde, enquanto o setor público, de fato responsável pela saúde da população, acaba sendo o desaguadouro dos casos de doença, freqüentemente de casos graves.

## ATÉ ONDE SE PODE CHEGAR NO CURTO PRAZO? OU... O SISTEMA (SUS?) QUE QUEREMOS

O financiamento (ou a *oferta*) segundo as *necessidades* (ou em função de perfil epidemiológico) tem sido uma bandeira dos adversários dos critérios mais tecnocráticos de racionalização de recursos. Ou seja, não fechar as portas a um novo candidato à diálise por falta de “teto financeiro”, sem levar em conta se é ou não necessário ou sem definir quais os critérios utilizados (idade? escolaridade? adequação a um futuro transplante? hábitos de vida que “justificariam” o investimento?) pelos quais um cidadão será considerado um candidato adequado para este tipo de procedimento. Neste caso, de definição de critérios, cabe pensar em ter claro a quem cabe esta definição e qual a população sujeita a eles. Práticas profissionais de gestão podem melhorar o sistema, diminuindo o desperdício, revendo os protocolos de utilização de procedimentos para evitar as iatrogenias, estimulando práticas individuais de obtenção de melhores condições de saúde. Mudar os mecanismos de formação de recursos humanos pode ter resultados no tratamento e até na concepção do sistema. Por outro lado, deixando de lado as questões voltadas à racionalização, que certamente não devem ser confundidas com o modelo ideal de sistema de saúde, dadas as condições atuais, qual seria uma imagem objetiva aceitável? Retornando às noções de acesso, cabe reconhecer que o acesso a vacinas, por exemplo, tem sido uma das vitórias do país nos últimos anos. No entanto, isto não garantiu o fim das doenças preveníveis. No começo do século XX se lutava contra dengue, febre amarela e outros males do subdesenvolvimento. No começo do século XXI se luta contra dengue, febre amarela e outros males do subdesenvolvimento, neste momento acrescidos de males do desenvolvimento, como Aids, câncer, doenças cardiovasculares e afecções crônicas.

Antigamente, estas lutas eram campo de atuação de sanitaristas e urbanistas. Hoje têm sido campo de batalha para políticos, economistas e até profissionais de saúde. Acesso àquilo que é necessário em termos de serviços, procedimentos e bens referentes à saúde, sem mencionar os outros quesitos preconizados pela Constituição, ainda está longe de ser obtido. Na área da saúde ainda é difícil perceber os cidadãos brasileiros como consumidores, capazes de fazer suas escolhas informadas ou até de participar das instâncias colegiadas de gestão, seja no SUS (por intermédio dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional), seja nos serviços privados dotados de conselhos comunitários. O espaço está dado, em algumas circunstâncias, de forma virtual. A vontade, o respeito, o acolhimento e algum grau de informação relevante ainda estão por ser conseguidos.

Os espaços para discutir saúde estão oficialmente dados, mas observa-se grande interesse por obter cuidados perante a doença. Associações de defesa do consumidor, públicas e privadas (ONGs), defendem posições de cunho tão corporativista quanto as associações profissionais. Há instrumentos que têm sido estudados e até implementados, como o Código de Defesa do Consumidor, os consentimentos informados nos hospitais, as ações coletivas das associações de portadores de patologias, o ministério público em seu papel de defesa da população, até mesmo cursos para formação de conselheiros, entre outros. Isso mostra uma preocupação e uma movimentação antes desconhecidas.

O sistema que queremos pode ser aquele no qual os cidadãos sejam acolhidos, tenham direito de escolha, direito à informação e acesso àquilo de que necessitam. E no qual possam acreditar quando são orientados em relação a como suprir suas necessidades.

## CONCLUSÃO

Independente do que se verifica em 2001 – e do SUS que se tenha no curto

prazo – pode-se antever problemas na área da satisfação das demandas para os anos futuros, uma vez que há desenvolvimento de novas tecnologias de âmbito genético, diagnóstico e terapêutico, com instrumental de todas as áreas do conhecimento, da biologia molecular à física, a crença em instrumentos de gestão e de controle e o aumento no sistema de informações, ampliando o acesso da população como um todo àquilo que já existe mas a rigor não é acessível. O Banco Mundial e o *British Medical Journal* usam o mesmo argumento, de que a morte é inevitável (Smith, 1999).

Os *desejos* do senso comum se esquecem de outras coisas já sobejamente conhecidas, como o fato de que uma série de problemas não é curável (e, sendo curáveis, os resultados não são definitivos), o tradicional reconhecimento da epidemiologia de que o acesso a serviços médicos não resolve problemas de saúde e que medicamentos (mesmo as drogas mágicas como os antidepressivos e os medicamentos que devolvem a potência aos homens e a juventude a homens e mulheres) têm efeitos colaterais. O argumento de que os hospitais são locais que envolvem risco, usado para convencer pacientes a aceitarem suas altas hospitalares mais precocemente, pode ser lido como real ou como forma de agilizar a utilização dos leitos e torná-los mais eficientes. Observa-se também a mudança de atitude de algumas sociedades médicas em relação a alguns procedimentos “preventivos” de massa (como os protocolos envolvendo mamografias e aqueles envolvendo exames de próstata): alguns desses, depois de fortemente divulgados, vêm sendo revistos (em relação à idade ou frequência de utilização) e até abandonados. A bem do critério da transparência, nem sempre a população é avisada de que os critérios mudaram...

A racionalização do sistema significa idealmente a otimização na distribuição dos recursos, sob critérios baseados na eficiência econômica e na eficácia sanitária. E a racionalização da qualidade de vida, com base em critérios não dependentes apenas

das ações individuais, como não fumar, usar cintos de segurança, fazer exercícios e ter uma alimentação adequada? Discutir oferta sem levar em conta a oferta de políticas públicas voltadas para o coletivo, para o

comunitário significa, mais uma vez, colocar a culpa – ou a responsabilidade – sobre os ombros de quem não dispõe diretamente dos meios e do poder para mudar o *status quo*.

---

## BIBLIOGRAFIA

- AKERMAN, Marco. "Determinação de Prioridades em Saúde", in *Revista em Administração Pública*, 29(2), 1995, pp. 126-36.
- BROWN, Gordon D. *Alternativas de Gestão em Saúde*. São Paulo, Proahsa, 1997.
- DOMENIGHETTI, Gianfranco; MAGGI, Jenny. *Definition des Priorités Sanitaires et Rationnement. l'Opinion des Suisses, des Administrateurs Hospitaliers et des Départements Sanitaires des Cantons*. Lausanne, Université de Lausanne, HEC, Cahiers de Recherches Économiques 00.01, 2000.
- DONABEDIAN, Avedis. *Seminar on Quality Assessment and Assurance*. São Paulo, Proahsa, 1993.
- FERREIRA, José H. G. *Alianças Estratégicas em Hospitais Privados*. Tese de Doutorado. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 2000.
- IUNES, Roberto. "Demanda e Demanda em Saúde", in Sergio F. Piola; Solon M. Vianna (orgs.), *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília, Ipea, 1995.
- LOPES, Edia F. di Tullio. *A Produção de Procedimentos de Alta Complexidade nos Setores Público e Privado: um Estudo Baseado em Interações Hospitalares na Cidade de São Paulo, em 1998*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Medicina Preventiva, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência Hospitalar no SUS, 1995/1999*. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, MS, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Organização e Programação da Assistência: Subsídios para a Programação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar*. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, 2001. Versão preliminar.
- PEREIRA, João. "Glossário de Economia da Saúde", in Sergio F. Piola; Solon M. Vianna (orgs.), *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília, Ipea, 1995.
- SILVA, Joana. *O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis: Agente Institucional ou Agente de Comunidade?* Tese de Doutorado. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 2001.
- SMITH, Richard. "The NHS: Possibilities for the Endgame", in *BMJ*, 318, 1999, pp. 209-10.
-