



**Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Economia**

Felipe Gabriel Nasciben

CEDOC - IE - UNICAMP

Considerações Sobre Economia da Saúde

Campinas 2010

Felipe Gabriel Nasciben

Considerações Sobre Economia da Saúde

Monografia apresentada ao curso de graduação em Ciências Econômicas da Universidade Estadual de Campinas, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel sob a orientação da Prof. Dra. Maria Carolina de Azevedo F. de Souza.

Banca: Prof. Dr. Célio Hiratuka.

Campinas 2010

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo apresentar considerações sobre Economia da Saúde, área multidisciplinar e entendida aqui como uma ciência de estudo, demonstrando a importância da união de diferentes áreas de estudo, como saúde e economia, a serem utilizadas para um bem comum. Sob esta ótica, faz-se considerações a respeito da utilização de modelo econômico em saúde como instrumental auxiliar na tomada de decisão em avaliações de novas tecnologias no setor, de tal forma que as decisões sejam tomadas com respaldo em diferentes argumentações que consideram variáveis econômicas e não econômicas, como ganhos em qualidade de vida e bem estar do paciente. Dessa forma, o escopo é considerar a importância do uso de modelo econômico em saúde na tomada de decisão na alocação de recursos e não desenvolver novas metodologias de estudo ou teorizar novos conceitos.

Palavras-chave: economia da saúde, modelo econômico em saúde, tomada de decisão em saúde, SUS, gasto público em saúde.

ABSTRACT

This paper aims to present considerations about health economics, a multidisciplinary area known as a science study which demonstrates the importance of the fusion of different studies areas as health and economics to be used as a common good. Having this concept, considerations are made about using a health economic model as a helper in the decision-taking of new technologies' evaluation having these decisions be taken based on different arguments that consider variable economics and non-economics as advantages in health quality and patient's welfare. Thus, the goal of this paper is to consider the health economics model in the decision-taking allocating the resources and not to develop new studies methodologies or theorize new concepts.

Key-words: health economics, health economic model, health decision-taking, *SUS*, health public resource.

SUMÁRIO

Introdução.....	2
1. Economia da Saúde:.....	5
1.1. Saúde: Direito de todos, dever do Estado.....	5
1.2. Dificuldades, desafios e métodos de estudo em economia da saúde.....	6
1.3. A união do conhecimento, incertezas e preferências em saúde.....	7
1.4. Gastos públicos em saúde no Brasil e no mundo.....	10
2. Saúde no Brasil.....	13
2.1. O SUS.....	13
2.2. Desigualdades regionais.....	15
2.3. O SUS e os desafios da saúde.....	18
2.4. Metas do desempenho do gasto em saúde.....	21
2.5. Recursos humanos para a saúde.....	24
3. Decisões em Saúde.....	29
3.1. Uma visão estratégica.....	29
3.2. Estudo de caso: <i>stent</i> farmacológico x <i>stent</i> convencional.....	31
Referências Bibliográficas.....	42

INTRODUÇÃO

Neste trabalho são feitas considerações sobre economia da saúde. De certo que o intuito não está em desenvolver novas metodologias de estudo, nem tampouco teorizar novos conceitos, mas, acima de tudo, compreender algumas relações econômicas empregadas no estudo da saúde e averiguar a importância dessas avaliações nas tomadas de decisão na alocação de recursos.

A interpretação do termo “alocação de recursos escassos” nesse trabalho, irá além da idéia de maximizar o emprego de recursos do ponto de vista estritamente financeiro. Embora o aspecto deva ser considerado, deve-se pensar também que nesse campo de pesquisa vital é incorporarmos os ganhos em qualidade de vida dos pacientes. Em outros termos, avaliaremos os custos e consequências, o custo-efetividade, o custo-benefício, custo-utilidade e outros para auxiliar a tomada de decisão, dado o objetivo primordial de incorporar QALYs (quality adjusted life years) aos respectivos beneficiários dessa melhor alocação de recursos – os pacientes. Para tanto, trabalha-se as diferenças de perspectiva da decisão de alocação, concatenando as idéias de eficiência econômica e eficiência médica, num mesmo momento. Dessa maneira, a avaliação econômica se torna um ótimo instrumento de auxílio para os tomadores de decisões – como médicos, gestores e outros responsáveis que façam parte de todo o aparelho de saúde – de modo que estes possam fazer a melhor escolha dentre um universo de opções disponíveis e, ainda, mensurar o ganho marginal (benefício para cada unidade de custo) e estimar o retorno para a sociedade com a incorporação de novas tecnologias, seja medicamento, seja equipamentos médicos. Toda essa ótica será vista com base no Sistema Único de Saúde – SUS, ou seja, as discussões são válidas para todas as esferas, mas o escopo do trabalho é fazer considerações no processo de tomada de decisão do uso dos recursos públicos na melhoria da atenção à saúde para toda a sociedade, em um país cuja Constituição defende o direito de acesso à saúde para todos os cidadãos.

É certo que em meio a essas tomadas de decisões, há a necessidade de ser considerada a presença de interesses em cada um dos entes que participam do processo de

tomada de decisão, portanto, são relevantes as probabilidades de viés para uma escolha que não seria necessariamente a melhor escolha dentre todas as possíveis.

Apesar de ainda recente, os estudos econômicos em saúde já se mostram de grande valia. Em muitos países, como Austrália e Canadá, tais estudos são obrigatórios para o lançamento de novos medicamentos, equipamentos e formas de assistência-médica.

Em meio aos embates dos especialistas que se dedicam a esse campo de pesquisa, estão os que tendem a tomar decisões com viés mais administrativo, financeiro, generalizado, mas nem sempre tão humanístico e aqueles que tendem a um viés mais humanístico, localizado e imediatista, mas nem tão eficaz do ponto de vista global. Seja um, seja outro, ambos muito éticos sob suas respectivas argumentações.

“Para os responsáveis pelas decisões em assistência médica, uma das questões mais difíceis de saber seria qual é o limiar de custo-efetividade, ou seja, qual o ponto em que produtos e outros tratamentos que não alcançam o retorno mínimo deveriam ser excluídos de reembolso com fundos públicos” (KOBELT, G. , 2002).

Um médico, após diagnosticar um paciente, deve definir qual o melhor tratamento para ele, ocorre que aqui é também muito difícil definir o limiar de custo-efetividade, afinal há também de se considerar as condições econômicas do paciente. Portanto, requer uma tomada de decisão que caiba a tríade: qualidade da assistência, acesso à nova tecnologia e a melhor relação custo-efetividade – é nesse momento que mais uma vez uma avaliação econômica se mostra eficaz como auxílio a tal decisão.

É relevante, ademais, pensar na possibilidade de o paciente não necessariamente escolher por adotar o melhor tratamento recomendado pelo médico. Existe nas escolhas um *trade-off*, isto é, optar por gastar uma unidade monetária a mais em alguma coisa implica em gastar uma unidade a menos em outra coisa qualquer e, se a noção de utilidade é composta por um fator subjetivo, então, pode-se extrapolar para a idéia de que os *trade-offs* são consequência da escassez de recursos.

Enfim, neste trabalho serão abordadas diversas questões de ordem econômica, ética, social e médica, mas relevando sempre o grau de importância do uso das ciências exatas e econômicas como instrumental auxiliar de tomada de decisão em saúde, focando os estudos na análise de custo-efetividade. Dessa forma, serão discutidos os

métodos e critérios de custeio, modelagem econômica e, por fim, uma avaliação dos efeitos prováveis, sendo que o intuito é maximizar a alocação dos recursos em saúde potencializando os ganhos de tempo de vida - QALYS – avaliando, assim, se a utilização dos conhecimentos econômicos, junto aos conhecimentos da área médica, pode, por um lado, maximizar os ganhos econômicos e de bem estar e, por outro, avaliar a existência de um limiar mensurável de custo-efetividade para produtos e tratamentos serem excluídos ou não de reembolsos dos fundos públicos (KOBELT, G. 2002).

1. ECONOMIA DA SAÚDE

Lidar com escolhas e decisões em saúde significa lidar com questões econômicas, éticas e médicas. Apesar de o tema ainda ser pouco estudado no Brasil, esforços para unir duas grandes áreas de conhecimento (economia e saúde) são cada vez mais frequentes em diversos países, e vêm obtendo resultados positivos no que tange aos benefícios gerados em saúde (refletidos, basicamente, em ganhos de anos de vida e/ou bem-estar). Neste capítulo, são apresentados alguns dos temas relacionados à economia da saúde, os primeiros passos na união das áreas de conhecimento que a compõem; as principais diferenças conceituais e a importância na utilização de ambas simultaneamente.

1.1. Saúde: Direito de todos, dever do Estado

No Brasil, é constitucional o direito de o cidadão ter acesso e atendimento em saúde a qualquer momento e por motivos de qualquer natureza, assim como o dever de se fazer cumprir essa lei é do Estado.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Constituição da República Federativa do Brasil: Art. 196., 1988).

Se todos os indivíduos têm esses direitos resguardados por lei, é necessário garantir de alguma forma que os recursos disponíveis sejam alocados da melhor forma possível e, ainda, fiscalizar para que os repasses de recursos cheguem aos destinos pré-definidos. Outra questão que surge nesse contexto é relacionada ao papel dos planos de saúde em um país como o Brasil, no qual o direito de acesso e atendimento está previsto sob égide constitucional. Se há um Sistema Único de Saúde (SUS) e este deve seguir leis às quais se subordina, qual a necessidade de o indivíduo pagar um montante adicional para se assegurar de que terá atendimento em momentos de maior necessidade?

Infelizmente, a realidade do sistema de saúde no Brasil não é exatamente aquela que aparece no projeto inicial. Apesar da existência de uma lei constitucional que assegura o acesso e atendimento a todos, em muitos lugares há complicações na execução dessa lógica

ideal. Em muitos hospitais públicos depara-se com pacientes pelos corredores sem atendimento, sem qualquer infra-estrutura que garanta seu direito de cidadão.

1.2. Dificuldades, desafios e métodos de estudo em economia da saúde

Dada a dificuldade em mensurar custos e a real necessidade de viabilizar a alocação adequada dos recursos, aumenta a importância em unir duas grandes áreas de conhecimento - saúde e economia. Estudos econômicos na área de saúde se tornam cada vez mais eficazes como instrumento auxiliar para tomada de decisões. Foi a Austrália, em 1993, o primeiro país a tornar obrigatório os estudos econômicos para a validação e inclusão de medicamentos para reembolso, seguido de Canadá anos depois. Em seguida, o Reino Unido adotou também as questões da necessidade avaliações econômicas, contudo, de uma forma distinta das anteriores, pois considera a tecnologia de saúde e orientação em saúde. Em 1999 surge, então, o NICE – National Institute for Clinical Excellence – órgão criado pelo Departamento de Saúde que não tem necessariamente o objetivo de vetar ou não as decisões de reembolso, mas sim de dar um parecer sobre o caso em estudo. Contudo, desde 2002, há obrigatoriedade na recomendação do NICE para que haja autorização de reembolso.

No Brasil, já há dentro do Ministério da Saúde um departamento voltado para avaliações econômicas em saúde, o DES – Departamento de Economia da Saúde. É notório, portanto, que avaliações econômicas nessa área já se mostram nas entranhas do aparelho de saúde brasileiro. Desde janeiro de 2007, há o aval do presidente Lula validando a necessidade e importância desses estudos para compreender os impactos de novos medicamentos ou meios de acesso à saúde.

Uma vez compreendido o movimento de interdisciplinaridade nas decisões em saúde, questões de métodos de mensurar os parâmetros a serem avaliados de impactos e consequências para os mais afetados – os pacientes – vieram à tona. Em outros termos, uma decisão de prescrição de medicamento pode mensurar uma maior efetividade de um em detrimento a outro, levando em conta que seus efeitos estarão representados no desfecho clínico de um dado paciente. Do ponto de vista médico parece claro que variáveis qualitativas, como bem-estar e eficácia clínica sobre um respectivo diagnóstico, são levados

em conta, assim como são bastante visíveis. Já questões um tanto mais quantitativas como em quanto tempo se deu o desfecho clínico, ou a que custo isso se fez em relação a outro caminho que poderia ter sido tomado na decisão são variáveis mais específicas do ponto de vista econômico. Isto posto, como associar ambas as idéias e expressá-las de forma mensurável e compreensível? Uma forma de superar esses desafios foi via índice QALY – Quality Adjusted Life Years – ou seja, um índice que mensura de forma qualitativa e quantitativa os efeitos de um rumo na árvore de decisões clínicas. Se esse é o melhor índice ou não ainda está em discussão, de qualquer maneira é atualmente o mais aceito dentre os profissionais da área.

Essa é, portanto, a maneira pela qual os profissionais da área de economia da saúde mensuram a efetividade de potenciais lançamentos de medicamentos, equipamentos médicos e até de melhoria na tecnologia e acesso à saúde. O ganho em anos de vida de um determinado tratamento pode expressar sua efetividade frente a ganhos em anos de vida de outro tratamento qualquer. É importante levar em conta também que tratar de índice QALY significa levar em conta quantidade e qualidade tanto do ponto de vista de quem prescreve um tratamento quanto daquele que recebe o tratamento. Ou seja, considerar a utilidade de uma opção ou de outra para o paciente é uma variável subjetiva e levada em conta na composição do índice QALY.

1.3. A união do conhecimento, incertezas e preferências em saúde

São necessários alguns cuidados quando se trata de avaliar o processo de decisão na junção desses dois conhecimentos (economia e saúde), levando sempre em conta as questões de certezas e incertezas das duas distintas áreas do conhecimento, humanas e biológicas e, ainda, levando em conta instrumentos de ciências exatas. Na área da saúde, o peso das incertezas sempre foi de grande importância, contudo, com o passar dos anos e aumento de tecnologias, a busca dos indivíduos pelas certezas em saúde vem se mostrando cada vez mais presentes, ou seja, agregar outras áreas de conhecimento à saúde é presente no processo de tomada de decisões, além é claro, das preferências de cada indivíduo.

Tratar de preferências em saúde leva a considerar alguns possíveis dilemas. Se perguntarmos para um vasto grupo de indivíduos, é bastante provável que eles sejam

unânicos em dizer que saúde vem sempre em primeiro lugar. Isso permitiria afirmar que nas preferências de cada indivíduo, as questões de saúde viriam sempre como prioridade dentre todas as outras. Do total de sua renda, boa parcela seria destinada a gastos em saúde. Considerando-se ainda que nenhum indivíduo tem a pretensão de estar doente, então, poder-se-ia extrapolar a idéia para o fato de que além de ter uma parcela importante do orçamento destinado à saúde, esses gastos seriam também de natureza preventiva. Contudo, é bastante claro que apesar de uma lógica bastante óbvia, esse comportamento não é o comportamento médio de um indivíduo nos dias de hoje. O assédio, via intensas campanhas de divulgação, dos produtos de consumo disponíveis ao homem e o histórico de absorção do comportamento consumista do brasileiro tende a dar um peso importante no processo de tomada de decisões. A menos que o indivíduo esteja de fato doente, ele terá uma propensão maior a consumir qualquer outro produto que não saúde. Portanto, o que difere saúde dos outros bens de consumo é a questão da necessidade, ou seja, quando um indivíduo tem preferência por uma cesta de consumo composta por x unidades alimentícias e y unidades de vestuário, esse mesmo indivíduo num determinado momento pode escolher por $x > y$ a $y > x$, variando com a sua necessidade. Colocando saúde como um dos bens componentes desta cesta de consumo, certamente num momento de necessidade, a propensão a troca de um bem qualquer por saúde é muito elevada e se altera numa velocidade muito maior do que a troca de alimento por vestuário, por exemplo. Enfim, o bem saúde é prioridade sobre qualquer outro, mas esse movimento no comportamento da sociedade aparece com relevância, no que tange a decisões individuais de alocação da renda, apenas em momentos de necessidade absoluta, quando o indivíduo contrai uma doença.

Como mencionado, as noções de preferências e utilidades dos consumidores em saúde são similares a qualquer outro bem por definição, contudo, há diferenças na interpretação, principalmente pelas diferenças de taxas de substituição e na velocidade com a qual elas se alteram em função da necessidade. Dado isso, passa-se ao desafio de um ente maior como o governo ter de alocar seus limitados recursos de forma que atenda a uma cesta de consumo satisfatória em toda a sociedade. Um importante ponto é que com o desenvolvimento tecnológico em saúde, o custo com assistência médica também tem aumentado. Surge a questão: como dar sustentação a essa crescente demanda por volume e qualidade de atendimento, além do incremento de precisão nas capacidades médicas,

considerando que os recursos são finitos? Como e quanto gastar em saúde é um dos grandes problemas na tomada de decisão. E é por esse motivo que o Ministério da Saúde criou dentro da Secretaria Executiva um departamento todo desenhado a traçar e solucionar tais preocupações, o DESD – Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento.

Os problemas de tomada de decisão e alocação de recurso em saúde não se dão apenas em cada um dos indivíduos, mas sim na soma deles. Do ponto de vista de saúde pública, o governo (agente de decisão) há de tomar a melhor escolha dentre as possíveis na alocação de recursos no sistema de saúde de uma sociedade. Em um país do tamanho do Brasil é complicado alocar os recursos disponíveis para tal, primeiro pelo grande número da população que demanda serviços em saúde, segundo pela geografia que em muitos casos, investir em acesso a saúde significa também investir em setores de transportes e energia, pois em muitas localidades esses serviços são ainda muito precários. Os gastos do governo em percentual de PIB no Brasil ainda se encontra bastante atrasado em relação a países como Estados Unidos e outros desenvolvidos. O percentual gasto atualmente no Brasil equivale ao percentual gasto pelos outros países há pelo menos 8 ou 9 anos, o que sugere cerca de uma década de atraso, “... como satisfazer as tentações de 2008 com recursos de 1980 e problemas de saúde de 1960, além de problemas de saúde contemporâneos” (Marcos Ferraz, 2008).

Além de um significativo atraso no perfil de gasto público em saúde, o Brasil ainda carrega problemas que já deveriam ter sido solucionados, como questões de necessidades básicas. Há ainda muitas regiões brasileiras sem políticas eficazes de saneamento básico, o que dificulta ainda mais a conciliação entre avanços tecnológicos e aumento de demanda por qualidade e precisão com demanda por acesso a água e esgoto. Ainda assim, não se pode negar que de uma forma geral, as condições de transporte e comunicação, por exemplo, já avançaram consideravelmente nos últimos anos, possibilitando um aumento de probabilidades de sucesso no atendimento a uma vítima e/ou doente que venha a necessitar de serviços de saúde.

1.4. Gastos públicos em saúde no Brasil e no mundo

A tabela 1 mostra os gastos do governo em saúde como percentual do total de gastos do governo de 1995 a 2006. Como se percebe, em 2006 cerca de 7,2% dos gastos do governo foram destinados a gastos em saúde, percentual muito reduzido quando comparado com outros países desenvolvidos ou não. Comparando com a vizinha Argentina, o Brasil gasta cerca de metade dos gastos do governo argentino em relação ao total dos gastos do respectivo governo. Nos Estados Unidos, cerca de 20% dos gastos do governo foram destinados a gastos em saúde no ano de 2006.

Tabela 1:

Gastos do Governo em Saúde como percentual do Total dos Gastos do Governo												
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Brasil	8.4	8.1	7.0	5.6	5.5	5.5	6.6	7.0	6.1	7.2	6.7	7.2
Argentina	15.3	15.1	14.9	14.9	15.0	14.7	14.3	15.2	14.7	15.0	14.2	14.2
Canadá	13.3	13.4	13.9	14.3	14.6	15.1	15.5	16.2	16.7	17.3	17.6	17.9
EUA	18.4	18.7	18.9	19.0	19.2	19.5	20.4	18.0	18.4	18.7	18.7	19.1
Alemanha	15.0	17.3	17.1	17.1	17.1	18.2	17.4	17.5	17.5	17.3	17.5	17.6
França	14.2	14.2	14.2	14.3	14.4	14.6	14.8	14.9	16.2	16.4	16.6	16.7

Elaboração própria

Fonte: WHO - World Health Organization

Analisando-se os 12 anos representados, percebe-se que o perfil de gastos não se alterou de forma muito expressiva, contudo, EUA, Canadá, França e Alemanha mostraram um aumento de participação dos gastos em saúde em relação aos gastos totais, enquanto que Argentina e Brasil mostram o contrário. Ou seja, no Brasil, em 1995 cerca de 8% dos gastos totais foram destinados à saúde, enquanto que em 2006 esse percentual foi reduzido a 7,2%

A tabela 2 mostra a participação dos gastos do governo em saúde em relação ao total geral dos gastos em saúde na sociedade. Percebe-se que os gastos dos governos do Brasil, Argentina e Estados Unidos representaram cerca de 45% do total de gastos em saúde em 2006, enquanto no mesmo ano no Canadá, na Alemanha e na França os gastos variaram entre 70% e 80%.

Tabela 2:

Gastos do Governo em Saúde como percentual do Total dos Gastos em Saúde												
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Brasil	43.0	40.5	43.0	42.6	42.7	40.0	40.5	41.9	41.3	43.3	44.1	47.9
Argentina	59.8	57.7	55.6	55.6	56.5	55.4	53.6	50.2	52.2	45.3	43.9	45.5
Canadá	71.4	70.9	70.3	70.7	70.0	70.4	70.0	69.6	70.3	70.3	70.2	70.4
EUA	45.3	45.4	45.1	44.0	43.6	43.7	44.6	44.6	44.5	44.8	45.1	45.8
Alemanha	81.6	82.2	80.8	80.1	79.8	79.7	79.3	79.2	78.7	76.9	76.9	76.6
França	78.6	78.4	78.6	78.6	78.4	78.3	78.3	78.6	79.4	79.4	79.9	79.7

Elaboração própria

Fonte: WHO - World Health Organization

Nota-se pelos dados da tabela 2 que, no caso brasileiro, o governo ao longo dos 12 anos analisados oscilou de 40% a 47,9% de participação em relação ao total dos gastos em saúde no país. Entretanto, no Brasil vigora o Sistema Único de Saúde (SUS), totalmente custeado com recursos públicos. Enfim, o SUS sob égide constitucional não chega a representar metade do total dos gastos em saúde. Nota-se a diferença substancial com a Alemanha e a França, países em que os gastos do governo representam cerca de 80% do total de gastos em saúde. De outro modo, a tabela 3 mostra o gasto do governo per capita, em dólares, dos mesmos seis países supracitados.

Tabela 3:

Gasto do governo em saúde - per capita (em dólares)												
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Brasil	204	203	221	216	229	229	249	268	265	306	333	367
Argentina	534	528	562	594	642	621	620	486	520	580	672	758
Canadá	1467	1459	1511	1636	1690	1766	1908	1994	2150	2262	2424	2585
EUA	1657	1727	1781	1810	1881	1997	2193	2367	2527	2695	2861	3074
Alemanha	1856	1971	1949	1988	2068	2127	2227	2326	2430	2435	2499	2548
França	1612	1653	1702	1770	1837	1952	2089	2249	2441	2550	2720	2833

Elaboração própria

Fonte: WHO - World Health Organization

Comparando os gastos, o Brasil apresenta um volume *per capita* muito menor que os dos demais países constantes da tabela 3. No entanto, há que levar em conta a população de cada país, assim como o volume de recursos disponíveis. O Brasil tem cerca de 190 milhões de habitantes e um PIB de quase US\$ 2 trilhões. Por exemplo, os EUA gastam quase 10 vezes mais que o Brasil, como mostra a tabela 3, com uma população aproximada de 300 milhões de habitantes, mas tem também um PIB de pouco mais de US\$ 14 trilhões. Ou ainda, se olharmos para a Argentina, com uma população aproximada de 40 milhões de habitantes e um PIB aproximado de US\$ 530 bilhões. Enfim, essas questões devem ser levadas em conta, mas o fato é que o disponível efetivamente por habitante no Brasil pelo governo para gastos em saúde é muito pouco quando comparado com outros lugares no mundo.

Ao longo deste capítulo foram abordadas algumas das questões que permeiam o tema economia da saúde, além de analisar brevemente gastos do governo em saúde. O tema é complexo, e ficou claro que tomar decisões de gastos em saúde é de vital importância para assegurar o direito do próximo em também receber o atendimento e tratamento necessário, ainda que os recursos sejam sempre limitados e, no caso brasileiro, muito deficitário. Considerando essas dificuldades, nos próximos capítulos analisa-se com mais cuidado e abertura os gastos do governo brasileiro em saúde e avaliar de que modo é possível alavancar resultados no setor, impactando em ganhos na renda agregada.

2. SAUDE NO BRASIL

Abordar o tema saúde no Brasil remete a duas esferas de estudo, a saúde pública e a privada. A primeira é compreendida basicamente pelo SUS – Sistema Único de Saúde. Seja uma ou seja outra esfera, vamos primeiramente trazer em pauta a compreensão de saúde como um todo. Saúde é, portanto, uma necessidade/problema social ou um serviço compreendido no interior do processo de produção? No Brasil, são as duas coisas ao mesmo tempo. O SUS deve ser tratado como resposta a uma necessidade social e, então, eixo de uma política social embasada nas ações e omissões do Estado. Mas, dado o fato de que o gasto em saúde do governo em relação ao total de gastos em saúde é menor que 50%, então a questão de saúde privada, vista como prestação de serviço, como um serviço pertencente ao setor terciário do processo produtivo convive “harmoniosamente” com o sistema público.

2.1. O SUS

O SUS foi criado na década de noventa, mas com raízes nos anos setenta, período em que inúmeros estudos já apontavam para uma crise generalizada no sistema de saúde, caracterizado pela insuficiência, descoordenação, má distribuição, ineficiência e ineficácia. Após uma participação ativa da população e intensos debates sobre o assunto, embasado nos princípios da Constituição de 1988 nasce o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS – um projeto-ponte para o SUS – Sistema Único de Saúde, aprovado em 1990. (Lei no. 8.080/90 e 8.142/90). É curioso notar que o SUS fez e faz parte de um projeto maior de reforma do sistema e dos serviços de saúde, inspirados nos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, descentralização e participação. Vale, portanto, uma discussão maior a respeito de integralidade e equidade.

Integralidade: a integralidade vista como atitude ou boa prática médica é uma das diretrizes do SUS, que a utiliza como diferenciação de toda a tendência mundial na área de saúde. Corrobora a crítica de que há uma tendência de uma atitude cada vez mais fragmentária dos médicos para com os pacientes. Portanto, está no escopo do SUS o comportamento baseado na medicina integral para atendimento e assistência à saúde

coletiva, prestando boa prática médica no atendimento completo do paciente, envolvendo uma análise completa e não apenas pontual do sintoma manifestado que levou ao encontro médico-paciente, ou seja, o médico articula atendimento e prevenção e é esta atitude em atendimento que traduz os sentidos da integralidade em saúde. No entanto, outro conjunto de sentidos da integralidade é o que se refere à organização dos serviços e práticas de saúde, como por exemplo, um atendimento horizontal de determinados casos clínicos, evitando que o paciente se sujeite a diversos exames e consultas em lugares distintos para um mesmo sintoma. Sob esta ótica, o conceito de integralidade envolve também uma ideia de gestão dos recursos disponíveis para o atendimento e, assim, há de se ter gestão de qualidade em saúde pública para que os princípios que compõe a missão do SUS funcione forma eficaz, efetiva e eficiente.

Equidade: o conceito em sua essência na área de saúde ou em outra qualquer não se diferencia significativamente. Aliás, equidade vista como igualdade é um impasse que se vê no Brasil e no mundo desde sempre. No Brasil e mais especificamente em saúde, o conceito tomou seu devido lugar na pauta de discussão de políticas em saúde pública com mais força nos anos 80 e principalmente 90, afinal, em meio às discussões e lutas dos cidadãos pelos direitos iguais, a Constituição de 1988 deixou claro do ponto de vista legal o direito ao acesso e atendimento de todos em saúde e com equidade (ou igualdade de direitos, independentemente de raça, religião, condição social ou qualquer outro argumento que se possa utilizar como diferenciação humana). Foi nesse contexto que as decisões políticas tomaram rumo na ampliação da participação democrática e de garantia dos direitos da cidadania, uma vez que a sociedade está diante de uma constituição que respalde os direitos de todos, uma justiça social, e com um sistema de saúde que tem por objetivo o atendimento digno e igualitário a todos os brasileiros, ou seja, uma característica universalizante de direito de acesso e assistência à saúde. No entanto, assim como na discussão de integralidade, a equidade também deve e pode ser utilizada no debate de gestão em saúde, uma vez que os recursos financeiros ou não devem ser geridos e alocados da melhor forma possível de tal modo que atenda a todos em suas necessidades e garantindo os direitos, ou seja, além de dar atendimento e assistência a todos, os recursos devem ser distribuídos com equidade de eficiência e de direitos.

Apesar de muitas dificuldades, as políticas de saúde no Brasil conseguiram se manter em certo grau de desenvolvimento nas últimas duas décadas, respaldada por instrumentos legais e interesse público. Ao contrário de outros setores, como transporte, educação e outros, a saúde enfrentou empecilhos restritivos de gastos públicos com menor elasticidade.

A década de 90 particularmente foi marcada pela construção do SUS; descentralização das ações, serviços e da gestão, algumas melhorias na gerência e na capacidade de regulação; redução das desigualdades na distribuição dos tetos financeiros da assistência à saúde entre as regiões; ampliação do acesso à assistência; e aumento da cobertura de imunização das doenças (Negri, 2002). Contudo, a expansão da assistência médica suplementar junto à implantação do SUS expôs a fragilidade e insuficiência de instâncias e ferramentas de gestão do órgão público.

2.2. Desigualdades regionais

Há nítida diferença regional no Brasil no que tange à capacidade instalada médica, os meios de acesso à saúde e os recursos humanos disponíveis para atendimento médico. Em outras palavras, a desigualdade de infra-estrutura de atenção à saúde no Brasil é imensa entre as regiões, como se percebe na tabela 4.

Enquanto o país possuía em média 3,0 leitos disponíveis para o SUS, 2,1 privados e 1,4 médico por mil habitantes, a região Norte apresenta os seguintes indicadores: 2,1 leitos SUS, 1,2 leito privado e 0,6 médico por mil habitantes, correspondendo a cerca da metade dos valores exibidos pela região Sudeste. No caso dos odontólogos, a região Sudeste e Centro-Oeste exibem valores quatro vezes superiores ao Norte e duas vezes ao Nordeste. Já a distribuição dos enfermeiros se faz com menos disparidades, de modo que a região Nordeste dispõe de valores semelhantes ao Sul, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste possuem indicadores superiores à média nacional (Nunes et al, 2001).

Tabela 4:

Leitos Hospitalares* Segundo Tipos, Leitos SUS*, Unidades Ambulatoriais, Médicos*, Odontólogos* e Enfermeiros*, Segundo Regiões. Brasil, 1998.**

	Grandes Regiões					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Leitos Públicos	0,90	1,00	1,10	0,80	0,70	1,00
Leitos Privados	2,10	1,20	1,70	2,30	2,60	2,50
Leitos SUS	3,00	2,10	2,80	3,20	3,20	3,50
Unidades Ambulatoriais	3,40	3,74	3,74	2,48	4,92	4,02
Médicos	1,40	0,60	0,80	2,10	1,40	1,30
Odontólogos	0,69	0,21	0,43	0,89	0,73	0,86
Enfermeiro	0,41	0,54	0,34	0,42	0,34	0,63

*Por mil habitantes (unidades ambulatoriais, número de odontólogos e de enfermeiros correspondem ao ano de 1999).

Fonte: MS, Ripsa (Mello Jorge et al., 2001); PNAD, 1999 (Nunes et al., 2001)

Embora a disponibilidade de 3 leitos vinculados ao SUS por mil habitantes esteja próxima ao valor médio observado em outros países da América Latina (2,9 leitos por mil habitantes) e abaixo da média descrita para a América do Norte (4 leitos por mil habitantes), verifica-se uma grande variação entre os estados brasileiros, ou seja, de 1,8 a 4,5 leitos por mil habitantes (Duarte et al., 2002). Já em relação ao número de unidades ambulatoriais por dez mil habitantes, constata-se uma distribuição menos assimétrica (Nunes et al., 2001).

Há um delicado tema discutido nos meandros dessa desigualdade. Por um lado, como abordado no primeiro capítulo, o consumo do “produto” saúde se dá, principalmente, pela variável necessidade, ou seja, apesar de se ter um peso importante do comportamento de cada indivíduo para determinar o gasto e consumo de saúde, a necessidade, o imediatismo, e não a prevenção é principal determinante de consumo em saúde. Por outro lado, o consumo está ligado também à oferta de serviços e recursos disponíveis de saúde, assim como pelas formas de financiamento. Portanto, mesmo excluindo as variáveis ‘comportamento’ e ‘preferência’ dos consumidores, a desigual infra-estrutura de atenção à

saúde acaba por determinar a o desigual consumo e por conseguinte a qualidade de vida, em termos de saúde, nas diferentes regiões do país.

Claro que não se deve deixar esquecido o fato de que a renda afeta de forma expressiva o consumo ou utilização de serviços de saúde. Alguns estudos mostram que utilizando a variável renda como proxy das condições sociais, verifica-se uma tendência de diminuição de acesso aos serviços de saúde, penalizando os mais pobres de ambas as regiões. O percentual de busca de atendimento nos últimos 30 dias por quintil de renda cresce progressivamente de 47,2 no primeiro para 68,9 no quinto quintil (Reis, 2002). No entanto, o intuito deste trabalho é exaltar o impacto da má gestão das políticas de distribuição e de infra-estrutura sobre o consumo e acesso à saúde e, logo, na qualidade de vida das contas públicas, do enfermo, do médico e da sociedade como um todo.

Tabela 5:

Número de Internações Hospitalares SUS por Cem Habitantes e Número de Consultas Médicas SUS por habitante Segundo Regiões. Brasil, 2000

	Grandes Regiões					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Internações SUS	7,19	7,37	7,70	6,41	8,02	7,88
Consultas SUS*	2,80	1,20	2,00	3,40	3,50	3,30

*Dados de 1999. Fonte: Ministério da Saúde / Datasus (Nunes et al., 2001)

Na tabela 5 verifica-se que a região Sudeste exibe uma menor taxa de internação pelo SUS. Patamar alcançado nos anos 90, podendo ser interpretado como decorrente de medida administrativa para contenção de gastos essenciais do setor público, eventualmente compensada pelos gastos particulares via planos de saúde, ou como indício de mudança do modelo de atenção na medida em que se ampliam a assistência ambulatorial e a atenção básica, especialmente com a expansão do Programa Saúde Família – PSF.

Essas disparidades regionais e particularidades examinadas, além de apresentarem possíveis relações entre as desigualdades de saúde e as iniquidades sociais revelam “a multiplicidade de fatores que interferem no padrão de consumo de serviços de saúde e o

imbicamento perverso entre eles no Brasil, resultando em um quadro de desigualdades cumulativas que evidenciam o quão distante encontra-se o sistema de saúde do país dos princípios igualitários enunciados na sua formação” (Travassos et al., 2000).

Uma vez detectada imensa desigualdade no Brasil, procura-se, assim como em outros lugares no mundo, desenvolver e adequar um sistema de saúde que comporte e, acima de tudo, atenda alguns princípios básicos, como qualidade mínima esperada, mínima restrição de acesso à saúde e com custo de tamanho suportável pela sociedade. Afinal, o cidadão, o real financiador do sistema de saúde, tem todo o direito de usufruir de um sistema de saúde com qualidade mínima de serviços.

2.3. O SUS e os desafios da saúde

O volume de financiamentos em saúde está muito aquém das necessidades da sociedade. Apesar das perceptíveis melhoras do sistema de saúde após a criação do SUS, o gasto público no setor é de aproximadamente 3,5% do PIB, enquanto que outros países que adotam um sistema de atendimento a toda a população gastam aproximadamente 6,5% do PIB, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA). Ou seja, o Brasil teria que quase dobrar o percentual relativo de gasto público. Assim sendo, apesar de o escopo deste trabalho estar na gestão dos recursos de formar a proporcionar o melhor uso do disponível, há de se rever o volume ofertado de recurso para sustentar um sistema único que tem por objetivo atender toda a população. Em outras palavras, é importante a gestão do recurso disponível, mas é preciso também solucionar os gargalos do Sistema Único de Saúde.

Há mérito do desenvolvimento do SUS, pois, antes dele o sistema assegurava assistência a 30 milhões de brasileiro, enquanto que após duas décadas de criação, o SUS atende virtualmente toda a população, quase 190 milhões de cidadãos. Guardados os devidos méritos do desenvolvimento da política de atenção à saúde, a precariedade e obsolescência da estrutura de atendimento em função da falta de recursos e de profissionais de baixa qualificação, geram filas de espera, descaso e abandono de atendimento, comprometendo a imagem positiva e melhoria conquistada ao longo dessas duas décadas.

“Embora mais de 90% dos brasileiros sejam usuários da rede pública de assistência à saúde, apenas 28,6% utilizam exclusivamente o SUS, o que é pouco quando comparado com os percentuais de países com sistemas universais de saúde consolidados. No Brasil, a maioria utiliza o SUS e outras modalidades – planos de saúde, pagamento direto pelos serviços.” (Piola,S.; Viana, S. – Estudo Setorial IPEA, 2009)

Destaca-se os avanços realizados nas áreas de vacinação pública, vigilância sanitária, medicina preventiva, Programa Saúde da Família (PSF) e nos procedimentos de alta complexidade, como diálise renal e tratamentos de câncer, além do setor de transplantes. “Sete em cada dez transplantes no Brasil são realizados pelo SUS” (Piola,S.; 2009). Apesar dessas significativas melhoras e destaques do SUS, não se consegue esconder os gargalos de atendimento ambulatorial e nos procedimentos mais simples, como a demora no agendamento de consultas e atendimento, acarretando em acúmulo de filas, com doentes aguardando sobre macas improvisadas nos corredores dos hospitais, além da falta de profissionais qualificados.

Em 2003, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) encomendou junto ao Instituto Vox Populi, uma pesquisa de satisfação do atendimento público em saúde. Pesquisa esta que apontou o tempo de espera para consultas, exames, internações e outros serviços como o principal problema do Sistema Único de Saúde. Do total de entrevistados, 67% afirmaram que não estavam satisfeitos. Agregadamente, as extensas filas e descasos com os doentes causam externalidades negativas a todo o sistema econômico. Afinal, tal precariedade de atenção causa perda de tempo, de qualidade de vida e demora na recuperação dos pacientes. Em decorrência, contribui para o aumento do número de faltas no trabalho e para a deterioração marginal da composição do PIB, tendo em vista que a saúde é também o instrumento de trabalho de cada cidadão, ou seja, é variável necessária na geração de renda de cada família e, portanto, da economia. Fica a aposta no desenvolvimento do PSF como uma das opções para solucionar alguns desses gargalos da saúde.

O grande desafio, portanto, para o Ministério da Saúde com relação ao SUS é o de fazer mudanças estruturais num sistema que não pode parar. É como ajustar a mecânica de um automóvel em movimento. Ou seja, deve-se mexer nos padrões de financiamento e

gestão do gasto de forma dinâmica e, ainda, com recursos insuficientes e problemas de gestão que se acumulam há anos, principalmente na gestão dos hospitais públicos.

Vale lembrar que parte das metas foram comprometidas após a perda da CPMF, que alocaria cerca de R\$ 24 milhões a mais no orçamento da saúde. Há no congresso um projeto de criação de um imposto substituto para incorporar ao funding da saúde, a Contribuição Social para a Saúde – CSS. Este imposto garantiria R\$ 11 bilhões ao orçamento do Ministério, segundo o próprio. O padrão de gestão, como nos hospitais públicos, é obsoleto.

“Enquanto o gasto médio *per capita* do governo com o SUS fica em torno de R\$ 640,00 por habitante/ano, as famílias que têm plano de saúde gastam *per capita* por ano em torno de R\$1.460,00. Esses planos que a classe média utiliza são subsidiados por uma renúncia fiscal do Estado, já que as famílias podem abater do imposto de renda devido. O Estado de certa forma está subsidiando o mercado privado com a renúncia fiscal, que soma R\$ 10 bilhões por ano. Ao mesmo tempo não coloca no financiamento do SUS o que ele precisa para cumprir sua missão constitucional. Em países como a Inglaterra, de sistema universal como o nosso, a participação do gasto público em saúde é de 85% a 90%. No Brasil é de pitícos 40%. Quem financia a saúde no Brasil são as famílias e as empresas.” (Ministro José Gomes Temporão em entrevista dada ao Valor Setorial em dezembro de 2009)

Pela legislação, os estados têm de destinar à na saúde 12% de suas receitas; os municípios, 15%; e o governo federal, o gasto do ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB – ou seja, a inflação mais crescimento econômico. A princípio tudo parece justo e correto. No entanto, há incorreções em algum momento desses eventos, uma vez que a cada ano o orçamento em saúde parece ter uma deterioração na margem quando se vê a crescente fila de espera e reclamação por parte da população de descaso e falta de acesso no que tange a atenção à saúde. Não obstante, há de ser levado em conta que com a criação do SUS, o número de pessoas com direito ao atendimento pelo sistema público cresceu espantosamente, afinal, desde então todos, sob égide constitucional, tem direito de acesso à saúde. Contudo, o orçamento não seguiu o mesmo ritmo de crescimento.

“Se pegássemos o orçamento do antigo Inamps, nos anos 1980, que era quem cuidava da assistência médica das famílias dos trabalhadores formais, e corrigíssemos monetariamente para hoje, daria R\$ 100 bilhões. O meu orçamento é metade disso para cobrir uma população muito maior. A participação dos gastos com saúde da União, das receitas correntes, vem caindo ao longo dos últimos anos.” (Ministro José Gomes Temporão em entrevista dada ao Valor Setorial em dezembro de 2009).

2.4. Metas de desempenho do gasto em saúde

Dentre as metas do Ministério da Saúde na melhoria da gestão da saúde, uma delas é aprimorar o critério de decisão do gasto, dando maior eficiência e eficácia das decisões, sugerindo, portanto, um maior empenho, investimento e desenvolvimento de instrumentos acadêmicos e da interdisciplinaridade para agregar valor na tomada de decisão do gasto em saúde.

Ademais, o Ministério, pretende ainda, trabalhar com metas e indicadores, instrumentos de gestão que se vê em países como a Inglaterra, mas não no obsoleto sistema brasileiro. Ainda, inclinar esforços na emancipação das tecnologias de saúde, uma vez que o país se mostra muito dependente das importações para suprir a demanda de medicamento e equipamentos médicos, vide os demasiados problemas de saldo comercial na balança quando se fala em saúde, como mostra a tabela 6.

Tabela 6:

A Dependência da Importações de medicamentos e equipamentos médicos					
	2006	2007	2008	Jan/Out 2008	Jan/Out 2009
	Volume (em US\$/milhões)	Volume (em US\$/milhões)	Volume (em US\$/milhões)	Volume (em US\$/milhões)	Volume (em US\$/milhões)
Exportação	1.066,02	1.273,68	1.548,09	1.274,55	1.405,99
Fármacos	838,53	998,86	1.263,86	1.041,31	1.193,17
Mobiliário e equipamentos hospitalares	227,49	274,82	285,23	233,23	212,81
Importação	4.843,59	6.394,00	7.976,29	6.889,18	6.680,08
Fármacos	3.884,35	5.117,56	6.376,39	5.554,56	5.341,45
Mobiliário e equipamentos hospitalares	959,23	1.276,44	1.599,90	1.334,62	1.338,62
Saldo	-3.777,57	-5.120,32	-6.428,20	-5.614,63	-5.274,09
Fármacos	-3.045,82	-4.118,70	-5.112,53	-4.513,25	-4.148,28
Mobiliário e equipamentos hospitalares	-731,74	-1.001,62	-1.314,67	-1.101,39	-1.125,81

Fonte: SECEX/MDIC
Elaboração própria

Atualmente, 97% do gasto mundial com pesquisa são realizados em um seleto grupo de países desenvolvidos. Se esse cenário se mantiver, a tendência é a de continuidade da dependência de tecnologia e conhecimento da área. Uma saída para isso são as parcerias público-privadas (PPPs) do ministério com hospitais de excelência e Universidades.

Segundo os dados do IBGE, nota-se que o número de estabelecimentos de saúde no Brasil cresceu mais de 125% entre 1985 e 2002, com crescimento mais acentuado nos anos 1990 após a criação do SUS. O crescimento ocorreu em todo o Brasil, como mostra a Tabela 7, no entanto há concentração de estabelecimentos, com um número muito maior no Sudeste, o que de certa forma é natural em função da distribuição populacional brasileira.

Tabela 7:

**Estabelecimentos de saúde, segundo as
Grandes Regiões e Unidades da Federação - Brasil - 1985/2002**

Grandes Regiões	Estabelecimentos de saúde								
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1992	1999	2002
Brasil	28 972	30 872	32 450	33 632	34 831	35 701	49 676	56 133	65 343
Norte	1 722	1 970	2 081	2 224	2 580	2 654	3 513	4 645	5 137
Nordeste	9 174	9 546	9 977	10 182	10 499	10 791	13 106	16 265	18 912
Sudeste	10 977	11 443	11 866	12 332	12 656	12 895	19 717	21 483	24 412
Sul	5 221	5 891	6 394	6 689	6 979	7 166	10 012	9 819	11 757
Centro-Oeste	1 878	2 022	2 132	2 205	2 117	2 195	3 328	3 921	5 125

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1985/2002.

Nota: A partir de 1992, foram incorporados na pesquisa os estabelecimentos de apoio à diagnóstico e terapia.

Tabela 8:

**Participação do Número de Estabelecimentos
das Grandes Regiões em relação ao total de
estabelecimentos de saúde.**

Grandes Regiões	ANO 2002	Var %
Brasil	65.343	100,00%
Norte	5.137	7,86%
Nordeste	18.912	28,94%
Sudeste	24.412	37,36%
Sul	11.757	17,99%
Centro-Oeste	5.125	7,84%

A tabela 8 mostra a distribuição percentual dos estabelecimentos de saúde nas grandes regiões brasileiras. Como dito, percebe-se uma concentração maior na região sudeste, mais de um terço dos estabelecimentos de saúde estão nessa região. Enquanto que as regiões Norte e Centro-Oeste concentram menos de 8% do total de estabelecimentos distribuídos pelo país e com cerca de um quinto da quantidade de estabelecimentos da região Sudeste.

Tabela 9:

**Participação da População das Grandes Regiões em
Relação ao Total da População Brasileira.**

População Residente	ANO 2007	Var %
Brasil	183.987.291	100,00%
Norte	14.623.316	7,95%
Nordeste	51.534.406	28,01%
Sudeste	77.873.120	42,33%
Sul	26.733.595	14,53%
Centro-Oeste	13.222.854	7,19%

No entanto, a concentração de estabelecimentos de saúde na região sudeste não significa necessariamente uma distribuição ruim da oferta de serviços, uma vez que a distribuição populacional nas grandes regiões do Brasil também esteja concentrada na região sudeste, como mostra a tabela 9. Ou seja, a região concentra pouco mais de 37% dos estabelecimentos de saúde, mas com mais de 42% da população residente do país, o que significa uma proporção razoável de distribuição. Isto posto, pode-se concluir que não há má distribuição de oferta de estabelecimentos de saúde entre as grandes regiões. Podendo, porém, haver um déficit crônico de oferta agregada de estabelecimentos, não sendo suficientes para atender toda a demanda da sociedade, causando super lotações de leitos, perda de qualidade no atendimento integral e sobre carga de trabalho para os profissionais de saúde que prestam o atendimento.

2.5. Recursos humanos para a saúde

A tabela 10 mostra a disponibilidade de profissionais de saúde, por mil habitantes, segundo categorias nas grandes regiões, explicitando a influência das condições socioeconômicas e das políticas públicas regionais de atenção à saúde. O problema é que não há um padrão internacional de comparação válido para avaliar o Brasil com relação ao resto do mundo, portanto, os dados são interessantes para uma comparação entre as regiões do país.

Tabela 10:

**Número de Profissionais da Saúde por Mil Habitantes no Brasil e
Grandes Regiões em 1990, 2000, 2005 e 2006**

		Grandes Regiões					
		Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Médicos	1990	1,10	0,50	0,70	1,60	1,10	1,00
	2000	1,40	0,40	0,80	2,00	1,40	1,20
	2005	1,70	0,80	1,00	2,30	1,70	1,70
	2006	1,71	0,84	1,02	2,31	1,79	1,71
Enfermeiros	1990	0,20	0,10	0,20	0,30	0,30	0,30
	2000	0,50	0,30	0,40	0,50	0,50	0,40
	2005	0,60	0,50	0,50	0,70	0,70	0,70
Odontólogos	1990	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	2000	0,90	0,40	0,40	1,30	0,90	0,90
	2005	1,10	0,50	0,50	1,60	1,20	1,30

Fonte: Ministério da Saúde/SGTES - Sistema de Informações de Recursos Humanos para o SUS (SIRH) e base demográfica do IBGE
Elaboração própria

No período analisado na tabela, percebe-se que em todas as regiões do país teve crescimento de oferta de profissionais de saúde entre 1990 e 2005. Para o ano de 2006, não há dados para todas as categorias de profissionais, apenas para os médicos, que reforça a tendência de alta de profissionais por mil habitantes. Observa-se uma concentração de profissionais na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul, Centro-Oeste, Nordeste e Norte, principalmente na categoria de médicos e odontólogos. Nota-se, também, que em todas as regiões o número de médicos e odontólogos por mil habitantes é muito maior que o número de enfermeiros por mil habitantes. Portanto, não se pode negar que apesar de disparidades entre as grandes regiões, houve melhora geral quando olhamos para os números totais do país.

A quantidade e a qualidade dos profissionais da saúde refletem a estrutura do desenvolvimento do setor entre 1999 e 2004. O número de profissionais com ensino superior completo foi analisado no período, como mostra a tabela 11.

Tabela 11:

**Número e Variação de Concluintes de Graduação em Saúde no
Brasil e Grandes Regiões, 1999 e 2004**

		Grandes Regiões					
		Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Medicina	1999	7.583	339	1.356	4.428	1.210	250
	2004	9.339	344	1.480	5.662	1.492	361
	Var %	23,20	1,50	9,10	27,90	23,30	44,40
Enfermagem	1999	5.264	268	1.045	2.784	899	268
	2004	13.965	544	2.081	8.324	2.322	694
	Var %	165,30	103,00	99,10	199,00	158,30	159,00
Odontologia	1999	7.839	103	827	5.371	1.228	310
	2004	9.056	288	1.301	5.252	1.677	538
	Var %	15,50	179,60	57,30	-2,20	36,60	73,50

Fonte: Ministério da Educação/INEP - Sistema Integrado de Informações da Educação Superior (SIEDSup)

Elaboração Própria

De maneira geral, houve crescimento de profissionais com o superior completo em todo o Brasil entre 1999 e 2004. No caso dos formados em medicina, o crescimento de 23,20% no período é significativo, porém há intensa disparidade entre as regiões. Por exemplo, a região Norte, além de ter um número total baixo de médicos formados, não se percebe um crescimento substancial deste número no período. Por outro lado, as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste mostram crescimento de, respectivamente, 23,30%, 27,9% e 44,40% no número de formandos, com destaque para o Centro-Oeste, com crescimento acima da média entre as grandes regiões. Não se discute nessa coleta de dados o motivo de possíveis problemas de políticas públicas ou oferta de cursos superiores, ou seja, os problemas que podem cercar o sistema educacional. O objetivo é relatar o número total de profissionais com curso superior concluído e sua respectiva distribuição nas grandes regiões do país.

Número de profissionais formados em enfermagem cresceu em todas as regiões, com cerca de 100% ou mais de crescimento do número de concluintes entre 1999 e 2004. A região Sudeste, além de ter o maior número de formados na categoria, mostrou também o

maior crescimento (199%) no período analisado. Quanto aos formados em Odontologia, os números mostram crescimento diferente entre as grandes regiões, de taxa negativa de 2,2% a 179% positivo nas regiões Sudeste e Norte respectivamente. A alta taxa de crescimento de concluintes da graduação na categoria na região Norte merece destaque, contudo, percebe-se que a taxa de 179,6% é expressiva em relação ao resto das grandes regiões por efeito base, uma vez que em 1999 a região Norte formou apenas 103 profissionais, cerca de 2% do número de formandos na região Sudeste. Isso explica o desempenho regressivo da região Sudeste, porém não a justifica.

Tabela 12:

Número de Leitos por 1.000 habitantes, Segundo a Esfera Administrativa do Estabelecimento, Brasil e Grandes Regiões, 1990, 1999 e 2005

		Grandes Regiões					
		Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Público	1990	0,90	1,00	0,90	0,90	0,70	1,20
	1999	0,90	1,00	1,10	0,80	0,70	1,00
	2005	0,80	1,10	1,00	0,70	0,60	1,00
Privado	1990	2,80	1,20	2,00	3,40	3,50	3,30
	1999	2,10	1,20	1,70	2,30	2,60	2,50
	2005	1,60	0,80	1,20	1,80	2,20	1,70
Total	1990	3,70	2,20	2,90	4,20	4,20	4,50
	1999	3,00	2,20	2,70	3,00	3,30	3,50
	2005	2,40	1,90	2,30	2,40	2,80	2,60

Fonte: IBGE: Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS)

A tabela 12 mostra o número de leitos hospitalares públicos e privados por mil habitantes, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados são interessantes para a gestão, o processo de tomada de decisão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar. Assim como no caso do número de médicos por mil habitantes na rede de saúde, não há um padrão internacional reconhecido para análises comparativas, afinal há condições específicas da realidade regional que afetam a oferta de leitos hospitalares.

Com exceção das regiões Norte e Nordeste na esfera pública, o número de leitos por mil habitantes no restante das regiões da esfera pública e em todas as regiões da esfera privada, os números mostram que houve queda na razão de leitos hospitalares por mil habitantes. No setor privado a queda foi mais acentuada que no setor público, o que pode sugerir uma melhoria da saúde como um todo da população, sendo necessária menor permanência de enfermos internado, assim, melhorando a eficiência de uso de cada leito. Contudo, a diferença da queda proporcional entre as esferas público e privada pode significar que apesar de uma melhora geral da saúde, a esfera privada é mais eficiente no uso de leitos hospitalares, ou seja, pode ter desde um tratamento até o atendimento completo mais eficiente e/ou eficaz, o que não significa que não houve melhora relativa do sistema público no período analisado, principalmente em função da criação do SUS.

3. Decisões em Saúde

O tema atenção a saúde é recorrente e de grande importância para os usuários, os gestores e os órgãos responsáveis. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e à Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde uniram esforços em disseminar informações sobre as tecnologias para todos os envolvidos na atenção à saúde. Com esse intuito, elaboraram o Boletim de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS), que funciona como instrumental para o processo de gestão.

Uma avaliação técnica baseada em evidência científica, de forma investigativa e multidisciplinar, e, portanto, agregando valor aos argumentos críticos que sustentam a tomada de decisão, como por exemplo, o melhor medicamento e/ou equipamento médico a ser utilizado na política de reembolso do SUS para suporte à saúde. Como o intuito da publicação é de interesse coletivo, fica disponível para acesso público, abrindo ainda espaço para discussões de qualquer ente que demonstre interesse, inclusive especialistas em gestão de negócios e profissionais de saúde. Como esses profissionais se posicionam sobre os estudos que respaldam as decisões, podem contribuir para que essas sejam tomadas com maior qualidade e incremento de benefício para os demandantes de saúde.

3.1. Uma Visão Estratégica

Para que as discussões de economia no mercado da saúde sejam mais corriqueiras e estejam na pauta dos tomadores de decisão é necessário que se quebre um paradigma de conceitos, costumes e preconceitos e que os profissionais da saúde incorporem novos conceitos no vocabulário e considerem novas variáveis para a tomada de decisão. Não obstante, os profissionais que atuam na administração estratégica devem também entender o cotidiano da área de saúde para que seus modelos e novas teorias no campo sejam desenvolvidos de forma a atender as necessidades reais. Ou seja, as ciências saúde e economia devem crescer juntas para que se completem. Dessa forma, eficiência, eficácia, brainstorming, árvore de decisões e outros termos utilizados pelos economistas e

administradores serão incorporados pelos profissionais de saúde e, assim, será possível uma evolução nítida na gestão de recursos na área da saúde.

A idéia central da análise do modelo a ser discutido é chamar a atenção dos gestores da saúde para o fato de que uma visão estratégica profissional possibilitará maior desempenho nas soluções de problemas crônicos que assolam a saúde pública, como nas gestões de hospitais, clínicas, empresas prestadoras de serviços de saúde, unidades ambulatoriais de atenção básica e especializada. Para tanto, um mesmo ambiente (uma estrutura organizacional) deverá contemplar a coexistência de profissionais da saúde e da administração; tanto dentistas, médicos e enfermeiros, como administradores, economistas, engenheiros e outros que possam contribuir para uma maior eficiência na gestão a partir da união de conhecimentos, uma vez que esta união é essencial para um melhor planejamento, monitoramento e desenvolvimento das ações e serviços. Não menos importantes são os profissionais que complementam uma unidade de saúde, como recepcionistas, pesquisadores e monitores clínicos e outros. Porém, todo o efetivo indireto que complementa uma unidade de saúde e que são também importantes para salvar vidas, não são objetos de estudo neste trabalho.

“Descentralização, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, participação da comunidade e ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, tudo isso e muito mais já está previsto na Constituição Federal de 1988. Porém o que não está explícito é que com a ajuda do Administrador Profissional esta implantação poderia ser desenvolvida de forma mais articulada, com mais propriedade e ferramentas administrativas mais eficazes e um monitoramento com maior precisão e controle.” (Nogueira, C. – Administradores; Gestão Profissional: Uma solução para os problemas da saúde pública; 26 de julho de 2009).

As ferramentas administrativas, portanto, se utilizadas da maneira correta garantirão um gerenciamento baseado em fatos e dados, com informações coletadas de forma estatisticamente mais confiável para a tomada de decisão. Lembrando que tratar de decisões de recursos significa tratar de recursos humanos, financeiros e não financeiros, assim como o planejamento orçamentário e controle de despesas.

O modelo aqui escolhido, de *stent* convencional x *stent* farmacológico, mostra que variáveis além de financeiras são consideradas. No entanto, é possível que considerações econômicas ou não econômicas, isoladamente, se apresentem mais relevantes no instante final de tomada de decisão, sendo preponderantes. Ainda assim, é vital que todas as variáveis sejam consideradas, para que a melhor cesta de benefícios para o agente final seja adotada, incorporando ganhos qualitativos e quantitativos.

3.2. Estudo de caso: *stent* farmacológico x *stent* convencional

O estudo da tomada de decisão no caso do uso de um determinado produto pelo SUS tem por objetivo avaliar as possíveis distorções na gestão da incorporação de novas tecnologias ao sistema de saúde, tomando por base os conceitos de economia da saúde, a ética médica, a teoria institucional de base sociológica e comportamental da decisão.

Para que se possa compreender melhor a utilização de avaliação tecnológica e uso da gestão interdisciplinar na tomada de decisão, segue um breve e sucinto estudo sobre a decisão do uso ou não de um determinado equipamento médico no sistema de reembolso do SUS. Lembrando que o objetivo não é mostrar a qualidade e julgar um ou outro equipamento médico.

O estudo escolhido dos *stents* foi escolhido pela simplicidade de compreensão dos procedimentos clínicos e de exibição dos dados de custeio, além de a nova tecnologia em questão não ter sido adotada para reembolso e, assim, mostrar que a avaliação de modelo econômico é útil para auxílio de tomada de decisão, o que não significa que a decisão será sempre favorável à nova tecnologia em questão.

Portanto, será brevemente analisado é a avaliação do *stent farmacológico* em detrimento ao *stent* convencional. O equipamento em questão, *stent*, é um dispositivo utilizado na medicina para liberar o fluxo arterial, uma vez que esteja bloqueado por placas de gorduras acumuladas ao longo do tempo pelo paciente. Basicamente a diferença em avanço tecnológico de *stent farmacológico* para o convencional é a presença de medicamentos na estrutura do *stent* de forma que tais princípios ativos contribuam por um retardamento de um novo bloqueio arterial, ou seja, o objetivo é diminuir a índice de reincidência do caso clínico. Considerando que um *stent* convencional tem um custo de aproximadamente de R\$ 1.500,00 e o *stent farmacológico* pode custar até cinco vezes mais,

aproximadamente R\$ 7.500,00, a questão é tomar a decisão do custo de reincidência do paciente ao sistema de saúde, levando em conta, custos financeiros, custos de utilização de recursos médicos, custos de internação e ocupação de leitos hospitalares e, ainda, de bem-estar e cesta de utilidade dos pacientes. Vale notar que o SUS atualmente é responsável por mais de 25 mil angioplastias (procedimento no qual se utiliza o *stent*) por ano, a um custo de 100 milhões de reais. Para os fabricantes da nova tecnologia, a diferença de preço é compensada ao evitar reincidências (SOBRACI, 2004).

“A partir de propostas da sociedade, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, articulou as mudanças necessárias para gestão de tecnologias. Entre as sugestões levantadas, mereceu destaque a estruturação da política de ATS envolvendo as três esferas de governo, para subsidiar a decisão para a incorporação crítica e independente de produtos e processos” (DECIT, 2006).

O processo de tomada de decisão da incorporação tecnológica quer queira, quer não, faz com que se considere o comportamento do agente tomador da decisão que pode envolver até sete etapas: “percepção da situação, análise e definição do problema, definição dos objetivos, procura de alternativas de solução, avaliação e comparação dessas alternativas, escolha da opção mais adequada e a implementação da opção escolhida” (SIMON, H. 1970). A questão é que todo o processo que envolve a tomada de decisão envolve assimetria de informações, incertezas de ação do tomador de decisão, pressuposições sobre o resultado de estudos e de interpretação e, ainda, ética na decisão. Afinal, o agente em questão está inserido num sistema complexo, no qual se deve levar em conta o paciente, o sintoma, o uso do produto em questão, as causas e consequências do uso, a pressão do fabricante, os custos e, acima de tudo, lidar com interesses de todas as partes.

“A inovação é o processo que adiciona valor a um produto ou serviço tendo por base uma infra-estrutura física e de conhecimento. Ela transforma uma nova idéia em algo que tenha valor para a sociedade, sob o ponto de vista comercial ou social. Pensar inovação em termos de empresa com finalidade lucrativa é relativamente simples, pois a função da organização é clara, por outro lado, o

objetivo do sistema de saúde comporta certo grau de ambigüidade”
(BUENO, R.; PEREIRA, M. 2006).

Os pontos destacados sobre *racionalidade limitada* evidenciou as diferenças entre o que os modelos prevêem e a falha na escolha (SIMON, H., 1970). O objetivo, portanto da evolução dos estudos em economia da saúde e das avaliações tecnológicas em saúde é o de mitigar o problema desses *gap* de interpretação ou julgamento entre o que os modelos prevêem e uma possível falha na escolha.

Com base na discussão teórica do comportamento organizacional nos meandros do complexo sistema de saúde, avalia-se, então, o caso da decisão da (não) incorporação da nova tecnologia do *stent farmacológico*. Para tanto, considera-se estudos de casos exploratórios, baseados em dados coletados por meio de entrevistas efetuadas pelo SUS e análise documental, envolvendo dirigentes de empresa produtora do dispositivo e avaliadores do governo. A saber, a empresa produtora do dispositivo é de grande porte e detentora de uma marca sólida e reconhecida no mercado brasileiro de saúde, com histórico positivo de boas práticas ambientais e de fabricação. Quanto à equipe do SUS, esta é composta por consultores selecionados pela capacidade técnica, formado por professores universitários, especialistas da área médica e membros de instituições de pesquisa do próprio governo. A equipe do SUS optou por entrevistar especialistas em doenças do aparelho circulatório e com experiência em avaliação de tecnologias em saúde.

Junto a esse trabalho de pesquisa de opinião aos especialistas de saúde, a sociedade brasileira de economia encomendou a consultores especialistas da área de economia da saúde, um estudo do impacto do *stent farmacológico* no orçamento do SUS. Ou seja, as opiniões dos profissionais de saúde, os parâmetros decisórios da equipe do governo e uma análise quantitativa do impacto do uso deste dispositivo no orçamento, juntos os dados deverão fornecer informações suficientes para sustentar a aprovação ou não do uso do dispositivo no aparelho da saúde pública.

O estudo do impacto da nova tecnologia no orçamento do SUS foi estimado para um período de um ano, levando em conta a elaboração de um modelo com dados coletados de custo e procedimentos locais de diversas fontes, como dados de volume de procedimentos, custos hospitalares, custos dos *stents*, custos de medicamentos e o número de *stents* por procedimento a ser utilizado.

O *stent* convencional incorporado ao SUS desde 1999 foi de grande valia para um ganho qualitativo e quantitativo. Do ponto de vista do financiamento, em 2003, o SUS reembolsou aproximadamente R\$ 281 milhões em despesas com a realização de 30.666 angioplastias coronarianas utilizando o dispositivo e 19.909 cirurgias de revascularização do miocárdio. Nos três anos seguintes, o número de angioplastias mais do que dobrou, enquanto que houve redução significativa do número de cirurgias de revascularização. Ou seja, é claramente perceptível a eficácia do dispositivo em questão.

O novo dispositivo, *stent farmacológico*, mostrou a princípio um ganho de efetividade bastante relevante num subgrupo específico de pacientes diabéticos, com lesões longas e vasos de pequeno diâmetro, diminuindo o número de reincidências, mas com incremento adicional de custos. Então, a questão a ser discutida pelo SUS é a tomada de decisão da incorporação da nova tecnologia em detrimento a restrição do orçamento.

A partir de dados disponíveis de despesas no DATASUS (base de dados da Central Nacional de Intervenções Cardiovasculares) e dos resultados do painel de especialistas com membros da SBHCI (Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista), o modelo de impacto no orçamento foi elaborado, considerando as premissas supracitadas: volume de procedimentos, custos hospitalares, custos dos *stents*, custos de medicamentos e o número de *stents* por procedimento a ser utilizado e outros.

“Foram criados três cenários possíveis para estimar o impacto no orçamento do SUS com a incorporação do *stent* farmacológico. Esses diferentes cenários resultaram de análises de sensibilidade, em que algumas premissas foram modificadas dentro da variação encontrada na literatura. O cenário 1 adotou a perspectiva mais conservadora; o cenário 2 retratou condição intermediária; e o cenário 3 apresentou a perspectiva mais expressiva de incorporação do *stent* farmacológico.” (ARAÚJO, D. et al., 2007)

Tabela 13:

Comparativo das Premissas

Premissas	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
Número de pacientes tratados com <i>stent</i> farmacológico	9.199	12.266	15.333
Porcentual de conversão de <i>stent</i> convencional para <i>stent</i> farmacológico	30%	40%	50%
Número de <i>stents</i> por paciente, por procedimento	1,30	1,50	1,70
Porcentual de reinternações por reestenose no <i>stent</i> convencional	20%	17%	15%
Porcentual de reintervenções por reestenose no <i>stent</i> farmacológico	4%	4%	4%
Preço do <i>stent</i> farmacológico	R\$ 5.166,00	R\$ 5.166,00	R\$ 5.166,00
Preço do <i>stent</i> convencional	R\$ 2.580,00	R\$ 2.580,00	R\$ 2.580,00

Fonte: Araújo, D. et al., 2007

Elaboração própria

Segundo os dados da tabela 13, o percentual de reinternações por reestenose no *stent* convencional variou entre 20% e 15%, enquanto que com o *stent* farmacológico foi de 4%, ou seja, uma melhora muito significativa no nível de reincidências. Os preços bases utilizados para o *stent* convencional, R\$ 2.580,00, é o valor de reembolso adotado pelo SUS aos hospitais credenciados e o valor do *stent* farmacológico, R\$ 5.166,00, é o valor de reembolso dado pela Medicare aos credenciados nos Estados Unidos.

No primeiro cenário, com uma taxa de substituição do *stent* convencional para o farmacológico, no exemplo citado, considerando os respectivos números de pacientes e valores adotados, temos um incremento de custos que, descontando os benefícios com reinternações, significariam um impacto de 12,8% de incremento no orçamento do SUS no primeiro ano (tabela 14). No segundo cenário, com 40% de taxa de substituição dos dispositivos, teríamos aproximadamente 20,1% de incremento no orçamento (tabela 15) e no terceiro e último cenário, com 50% de taxa de substituição, o incremento é de aproximadamente 24,4% no orçamento no primeiro ano (tabela 16).

Tabela 14:

Cenário 1			
Parâmetros do modelo Ano 2003	Custo total	Cenário com <i>stent</i> farmacológico	Custo incremental
Pacientes Tratados por meio de AC	30.666	30.666	—
Custo total do procedimento inicial	R\$ 152.986.729	R\$ 176.775.343	R\$ 23.788.614
Total de reintervenções por reestenose (90% de AC + 10% de RCM)	6.133	4.660	-1.473
Custo total das reintervenções (90% de AC + 10% de RCM)	R\$ 31.514.741	R\$ 23.949.785	R\$ (7.564.956)
Custo total do Clopidogrel*	R\$ 5.366.550	R\$ 13.415.200	R\$ 8.048.650
Custo incremental em um ano	—	—	R\$ 24.272.308
Impacto no orçamento em um ano	R\$ 189.868.020	R\$ 214.140.328	12,8%

AC - angioplastia coronariana; RCM - revascularização cirúrgica do miocárdio; ATPC - angioplastia transluminal percutânea coronariana

*O impacto econômico da recomendação da SBHCl para uso de Clopidogrel durante 1 mês após uso do *stent* convencional e 6 meses após o uso do *stent* farmacológico

Tabela 15:

Cenário 2			
Parâmetros do modelo Ano 2003	Custo total	Cenário com <i>stent</i> farmacológico	Custo incremental
Pacientes Tratados por meio de AC	30.666	30.666	--
Custo total do procedimento inicial	R\$ 152.986.729	R\$ 184.706.605	R\$ 31.719.876
Total de reintervenções por reestenose (90% de AC + 10% de RCM)	4.599	3.250	-1.349
Custo total das reintervenções (90% de AC + 10% de RCM)	R\$ 23.636.429	R\$ 16.700.125	R\$ (6.939.304)
Custo total do Clopidogrel*	R\$ 5.366.550	R\$ 16.569.964	R\$ 11.803.414
Custo incremental em um ano	--	--	R\$ 36.586.986
Impacto no orçamento em um ano	R\$ 181.989.708	R\$ 217.976.694	20,1%

AC - angioplastia coronariana; RCM - revascularização cirúrgica do miocárdio; ATPC - angioplastia transluminal percutânea coronariana

*O impacto econômico da recomendação da SBHCl para uso de Clopidogrel durante 1 mês após uso do *stent* convencional e 6 meses após o uso do *stent* farmacológico

Tabela 16:

Cenário 3			
Parâmetros do modelo Ano 2003	Custo total	Cenário com <i>stent</i> farmacológico	Custo incremental
Pacientes Tratados por meio de AC	30.666	30.666	—
Custo total do procedimento inicial	R\$ 152.986.729	R\$ 192.637.867	R\$ 39.651.138
Total de reintervenções por reestenose (90% de AC + 10% de RCM)	4.599	2.913	-1.686
Custo total das reintervenções (90% de AC + 10% de RCM)	R\$ 23.636.429	R\$ 14.965.746	R\$ (8.670.683)
Custo total do Clopidogrel*	R\$ 5.366.550	R\$ 18.844.257	R\$ 13.477.707
Custo incremental em um ano	—	—	R\$ 44.458.162
Impacto no orçamento em um ano	R\$ 181.989.708	R\$ 226.447.870	24,4%

AC - angioplastia coronariana; RCM - revascularização cirúrgica do miocárdio; ATPC - angioplastia transluminal percutânea coronariana

*O impacto econômico da recomendação da SBHCl para uso de Clopidogrel durante 1 mês após uso do *stent* convencional e 6 meses após o uso do *stent* farmacológico

O estudo de impacto de incorporação de uma nova tecnologia no orçamento do SUS busca como objetivo principal o auxílio na tomada de decisão de inclusão do *stent* farmacológico para melhor assistência dos pacientes que se utilizam desse dispositivo, levando em conta custos de incorporação da tecnologia, ganhos eficiência e eficácia de assistência à saúde e de benefício, principalmente em qualidade de vida para o paciente. Os modelos econômicos utilizados em saúde são baseados em evidências clínicas, a partir de pesquisas de amplo alcance em muitos casos. No caso do estudo do *stent* farmacológico em detrimento ao convencional, é claro o ganho em eficácia do primeiro no desfecho de reestenose, contudo percebemos nítidos impactos na substituição do dispositivo, havendo incremento significativo para o orçamento do SUS.

Tabela 17:

Comparativo de Resultados

Parâmetros do modelo Ano 2003	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
Pacientes Tratados por meio de AC=SF+SC	30.666	30.666	30.666
Custo total do procedimento inicial	R\$ 176.775.343	R\$ 184.706.605	R\$ 192.637.867
Total de reintervenções por reestenose (90% de AC + 10% de RCM)	4.660	3.250	2.913
Custo total das reintervenções (90% de AC + 10% de RCM)	R\$ 23.949.785	R\$ 16.700.125	R\$ 14.965.746
Custo total do Clopidogrel*	R\$ 13.415.200	R\$ 16.569.964	R\$ 18.844.257
Custo incremental em um ano	R\$ 24.272.308	R\$ 36.586.986	R\$ 44.458.162
Impacto no orçamento em um ano	12,8%	20,1%	24,4%

AC - angioplastia coronariana; SF - *stent* farmacológico; SC - *stent* convencional; RCM - revascularização cirúrgica do miocárdio; ATPC - angioplastia transluminal percutânea coronariana

*O impacto econômico da recomendação da SBHCl para uso de Clopidogrel durante 1 mês após uso do *stent* convencional e 6 meses após o uso do *stent* farmacológico

A tabela 17 mostra um quadro resumo, comparando os três cenários, com nítida evolução da taxa de incremento de gasto no orçamento do SUS a medida que aumenta a taxa de substituição do *stent* farmacológico para o convencional, porém com importante melhora de eficácia nos desfechos em reestenose, incorporando QALYs aos pacientes sujeitos ao tratamento com a nova tecnologia do dispositivo em questão.

“A discussão sobre a incorporação de novas tecnologias no SUS é uma oportunidade para a Sociedade Brasileira de Cardiologia fomentar o desenvolvimento de métodos que auxiliem os formuladores de políticas de saúde cardiovascular no processo de escolha entre as alternativas disponíveis, mensurando o benefício para cada unidade de custo e estimando

o retorno para a sociedade da incorporação de novas modalidades diagnósticas e terapêuticas”. (ARAÚJO, D., 2007)

No caso analisado, conclui-se que foram consideradas variáveis de âmbito econômico e não econômico, como os ganhos de qualidade de vida implícitos na melhora da taxa de reincidências, ou seja, com a maior eficácia da cirurgia utilizando-se do *stent* farmacológico, contudo, as questões econômicas se sobrepuseram em importâncias para os tomadores da decisão e, a nova tecnologia não foi incorporada.

O desfecho poderia ter sido outro, como ocorre em muitos casos, nos quais as questões não econômicas, como ganhos em anos de vida e bem-estar dos pacientes são preponderantes, mesmo que os custos sejam nominalmente maiores. No caso do *stent*, apesar de a nova tecnologia ser muito eficaz e efetiva, não se mostrou uma relação custo-benefício atraente e, portanto, não foi escolhida.

Apesar de o estudo do *stent* farmacológico ser um exemplo de um dispositivo não aceito pelo sistema de reembolso do SUS, devido ao significativo impacto no orçamento do programa, o objetivo é apresentar argumentos sustentáveis por diversas áreas do conhecimento, mostrando os motivos e justificativas para a aceitação ou negação de um medicamento ou equipamento médico. O fato de o estudo em questão ser o exemplo de um dispositivo negado pelo sistema, é uma prova de que o objetivo deste trabalho é apresentar e defender a necessidade de uma avaliação técnica e robusta das variáveis que cerceiam um “case” envolvendo uma complexa árvore de decisões, com causas e consequências cujo impacto vai além das questões materiais, afinal, no limite da discussão em pauta é uma vida que pode estar em risco.

Os modelos econômicos utilizados em saúde, assim como os utilizados em qualquer outro meio, são passíveis de erros e imperfeições, assim, tomam-se todos os cuidados necessários na coleta dos dados e evidências que contemplam as variáveis explicativas para que a margem de erro seja mitigada ao melhor índice possível. Portanto, assim como qualquer modelo, trata-se de uma simplificação de um mundo a ser estudado, mas de tal forma que seja útil a projeções de cenários e impactos, antecipando possíveis efeitos e consequências e, assim, sendo útil para a gestão e tomada de decisões.

O principal motivo para a união do conhecimento na tomada de decisão é o bem comum, maximizando a utilidade e bem-estar de todos, de tal forma que a alocação dos

recursos seja feita com a máxima eficiência, eficácia e efetividade, contribuindo para efeitos e externalidades positivas a todas as variáveis tangíveis ou não que contemplam um modelo de sociedade. Dessa forma, valida-se a utilização de avaliações econômicas em saúde como instrumental importante de auxílio na tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Mônica Viegas e LISBOA, Marcos de Barros (2001). **Microeconomia e Sociedade no Brasil**, A economia da Saúde no Brasil, Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria, p.285.
- ANDRADE, Eli Lola Gurgel et al (2004), **Economia da Saúde no Brasil**, Perspectivas para a Estruturação de um Centro Nacional de Informações, Coopmed, Belo Horizonte, MG.
- ARAÚJO, Denizar Vianna et al (2007), **Análise de Impacto do Stent Farmacológico no Orçamento do Sistema Único de Saúde**. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM – São Paulo, SP.
- DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. **Avaliação de Tecnologias em Saúde**: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. Rev Saúde Pública 2006;40(4):743-7.
- FERRAZ, Marcos Bosi (2008), **Dilemas e Escolhas do Sistema de Saúde**, Economia da Saúde ou Saúde da Economia, Med Book, Rio de Janeiro, RJ.
- HODGSON, Thomas A. (1994). **Cost of Illness in Cost-Effectiveness Analysis: A Review of the Methodology**, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, Maryland, United of States of America.
- JONES, Andrew M. (1998). **Health Econometrics**, Department of Economics and Related Studies, University of York, United Kingdom
- KOBELT, Gisela (2002). **A Economia da Saúde: Uma Introdução à Avaliação Econômica**, França, Office of Health Economics (OHE), 2.º ed, 2008.
- KÖNIG, H-H e BARRY, J-C (2004). **Cost Effectiveness of Treatment of Amblyopia: an Analysis Based on a Probabilistic Markov Model**, download de bjo.bmj.com em 13 de março de 2007.
- LARANJEIRA, Fernanda de Oliveira e CAETANO, Rosângela (2007). **Diretrizes Metodológicas para Elaboração de Estudos em Avaliação de Tecnologias para o**

Ministério da Saúde, Pareceres Técnicos do Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasil.

LÖTHGREN, Mickael e ZETHRAEUS, Niklas (2000). **Definition, Interpretation and Calculation of Cost-Effectiveness Acceptability Curves**, Health Economics, Economic Valuation, volume 9, p. 623-630.

MAUSKOPF, Josephine A. et al (2007). **Value in Health**, Principles of Good Practice for Budget Impact Analysis, United States of America, number 5, volume 10.

NORD, Erik (1999). **Cost-Value Analysis in Health Care**, Making Sense out of QALYs, National Institute of Public health - Oslo, Syndicate of the University of Cambridge, United Kingdom.

O'HAGAN, Tony (2005). **Bayesian Statistics in Health Economics**, Centre for Bayesian Statistics in Health Economics, University of Sheffield, UK.

SIMON, Hebert A. **Comportamento Administrativo: Estudos dos Processos Decisórios nas Organizações Administrativas**. Rio de Janeiro: FGV, 1970.

SOBRACI. **Estudo de Custo-efetividade para incorporação do *stent farmacológico* no SUS**. São Paulo: SOBRACI, 2004.

TANDON, Ajay, LAUER, Jeremy A., EVANS, David B. et al (ANO). **Health System Efficiency: Concepts**, chapter 50.

TENGs, Tammy O. (2004). **Value in Health**, Cost-Effectiveness versus Cost-Utility Analysis of Interventions for Cancer, United States of America, number 1, volume 7.

VASCONCELLOS, Marco A. S. e LOPES, Luiz Martins (2000), **Manual de Macroeconomia**, Atlas, 2ª ed., São Paulo

WEIL, David N. (2005). **Economic Growth**, United States of America, Pearson Education, Chapter 6, p 153.

YFANTOPOULOS, J. (2001). **Quality of Life and Qalys in the Measurement of Health**, University of Athens, Greece, p 114-130.