

# Opinião

---



Muitos admitem que tempos de instabilidade não permitem exercícios sobre o longo prazo. Frases que sublinham inescrutabilidade do futuro, tamanhas as incertezas que o cercam, do tipo “apenas sei que amanhã estaremos todos mortos”, atribuem a tempos como esses que o Brasil trafega no ano de 2016 a confirmação de suas proposições. Fracassos nas projeções econômicas só fazem forçar essas teses. Entretanto, esquecem-se de que pensar sobre o futuro é radicalmente distinto de prever o futuro, embora para diversas dimensões econômicas, políticas e sociais, graus de maior previsibilidade também possam ser esboçados. Pensar o futuro, na realidade, é construir um programa de ação. E como disse Gramsci, prever pode significar “somente ver bem o presente e o passado enquanto movimento: ver bem, isto é, identificar os pontos fundamentais e permanentes no processo”.<sup>3</sup> Talvez possamos afirmar que seja justamente em períodos de alta turbulência que se torne mais necessária a afirmação de horizontes desejáveis, para que, cessada a tormenta, não tenhamos perdido o rumo de nosso destino.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) nasceu com esse germe de pensar e desafiar o futuro em sua circulação. O Castelo Mourisco edificado por Oswaldo Cruz no início do século XX exibe essa tripla marca de inspiração na sabedoria da história, de confrontação com os problemas de seus tempos e de confiança na razão e na tolerância para a construção dos amanhãs. Durante o processo de luta para a reconstrução democrática do final da década de 1970 e início de 1980, a Fiocruz retomou de maneira significativa sua liderança no campo da pesquisa e das políticas de saúde. Na celebração do pacto político-social construído em torno da Constituição de 1988, teve um protagonismo central. Nela deixou marcas no Artigo 196, no Capítulo da Seguridade Social,<sup>4</sup> em que se estabeleceram os três preceitos programáticos para as políticas de saúde no Brasil: saúde como direito de todos e dever do estado, sendo garantidores desse direito a implementação de políticas sociais e econômicas que minimizem os riscos de adoecimento e morte, e o acesso universal e igualitário a ações e serviços propriamente de saúde.

A partir da constatação da inexistência ou escassez de esforços brasileiros no sentido de explorar os horizontes de médio e longo prazos para a formulação e a definição das políticas sociais, a Fiocruz, em cooperação com a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE/PR) e com o Ipea, deu partida, em 2010, em um esforço de prospecção estratégica do setor de saúde, naquela altura denominado *Saúde no Brasil 2030*. A iniciativa foi fortemente inspirada pelo esforço desencadeado pelo Ipea, em 2008, de criar marcos em diferentes campos da vida econômica, política, social e cultural do Brasil, no contexto do projeto *Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro*.

---

1. Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

2. Coordenador executivo da iniciativa Brasil Saúde Amanhã – Fiocruz.

3. Gramsci, A. *Previsões e perspectivas*. Lisboa: Editorial Estampa, 1974. p. 316-317.

4. Disponível em: <<http://goo.gl/X4PVAk>>.

No campo da saúde, de maneira segmentada e no setor privado, a prospecção de horizontes tem sido empregada de forma sistemática há bastante tempo apenas pela indústria farmacêutica e, mais recentemente, pela indústria de equipamentos e materiais para cuidados de saúde.

A prospecção estratégica visa, a partir da definição de um conjunto de diretrizes para um futuro desejado, expandir a capacidade de perceber as situações e os temas emergentes e apoiar a elaboração de estratégias e o processo decisório, por meio do exame das probabilidades de ocorrência dos futuros possíveis. Inclui tanto o exame de tendências quanto a exploração de futuros potenciais para gerar visões de como a sociedade evoluirá e definir quais as opções de políticas disponíveis para o horizonte desejado. Evidentemente, para que seja possível o exercício prospectivo, faz-se necessário que se desenhem parâmetros de expectativas desejadas para o futuro do país.

Em linhas gerais, a iniciativa Brasil Saúde Amanhã aceitou como guia a inspiração de Celso Furtado para o desenvolvimento brasileiro, em que “as prioridades para a ação política devem orientar-se em função de uma nova concepção de desenvolvimento, posto ao alcance de todos os povos e capaz de preservar o equilíbrio ecológico”.<sup>5</sup> Nessa perspectiva,

o principal objetivo da ação social deixaria de ser a reprodução dos padrões de consumo das minorias abastadas para ser a satisfação das necessidades fundamentais do conjunto da população; a educação seria concebida como desenvolvimento das potencialidades humanas nos planos ético, estético e da ação solidária; e a criatividade humana, hoje orientada de forma obsessiva para a inovação tecnológica a serviço da acumulação econômica e do poder militar, seria reorientada para a busca do bem-estar coletivo, concebido este como a realização das potencialidades dos indivíduos e das comunidades vivendo solidariamente.<sup>6</sup>

Em seu desenvolvimento, a iniciativa Brasil Saúde Amanhã estabeleceu um horizonte temporal móvel de vinte anos para balizar seus estudos. Elegemos cinco grandes temas como eixos da modelagem do setor de saúde: perfil sanitário e demográfico; organização e gestão do sistema de saúde; força de trabalho em saúde; financiamento e gasto setorial; desenvolvimento produtivo e complexo da saúde. A essas grandes áreas foi associada a análise do arcabouço de desenvolvimento do país, abordando os cenários macroeconômicos futuros de desenvolvimento, os rumos da gestão pública no Brasil e as tendências na dinâmica do setor empresarial da saúde.<sup>7</sup>

Em uma segunda rodada, concluída em 2015, foram revistos os cenários macroeconômicos e aprofundados o exame do financiamento setorial, com uma exploração ampliada do espaço fiscal, e o estudo demográfico, combinado com um exame das “centralidades” territoriais para a saúde. No campo do acesso aos serviços de saúde, foram percorridos a distribuição espacial dos recursos físicos e os fluxos de internações e procedimentos de alta complexidade, com a identificação de suas áreas e populações de referência. Exploramos com mais profundidade as estimativas futuras para a força de trabalho em medicina, enfermagem e odontologia, bem como as respectivas capacidades de formação. Na área do complexo econômico industrial da saúde, retomamos as identificações de

5. Furtado, C. *O capitalismo global*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

6. *Op. cit.*

7. O produto desse esforço resultou no livro *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*, publicado pela Fiocruz em versão resumida em maio de 2012 e em cinco volumes com a íntegra dos estudos em 2013. As publicações foram incorporadas à base Scielo Livros, em acesso aberto, e estão disponíveis em: <<http://goo.gl/C9s5PG>>.

nichos e diretrizes na área de fármacos, produtos biológicos, equipamentos e materiais e iniciamos a explicitação conceitual da questão de “segurança sanitária” na produção de insumos para a saúde.

A partir de 2016, o portal Saúde Amanhã<sup>8</sup> deve se consolidar como ferramenta estratégica de disseminação de informação para o planejamento prospectivo em saúde e como instrumento para articulação de parcerias com órgãos do governo, universidades e centros de pesquisa, conformando a Rede de Prospecção, Risco Público e Gestão Estratégica em Saúde. Entre as atividades previstas estão a realização de oficinas de trabalho para aprofundar as metodologias para a prospecção estratégica do setor, explorar em mais detalhes a questão dos biofármacos e produtos biológicos para a saúde e as mudanças do perfil profissional, em decorrência da reorganização do modelo de atenção à saúde em redes integradas de cuidados. Seminários abertos para aprofundamento do exercício prospectivo estão previstos nos campos da organização da atenção à saúde; espaço fiscal e financiamento setorial; e saúde e desenvolvimento sustentável. Também estão planejados quatro novos estudos: prioridades de investimentos em saúde; cuidados prolongados e paliativos; projeção de necessidades de especialistas para cuidados de alta complexidade; e estratificação demográfica e epidemiológica com base social e territorial.

Em cooperação com o Ipea foi instituída uma agenda de mútua cooperação considerando alguns pontos de interesse para o estudo do comportamento setorial: metodologias de prospecção; desenvolvimento e horizontes macroeconômicos; reforma tributária, espaço fiscal, federalismo fiscal e financiamento setorial; acompanhamento (e prospecção) de políticas econômicas e sociais de relevância e impacto na saúde e fortalecimento da agenda dos determinantes sociais da saúde (educação, trabalho, alimentação, transporte, saneamento e segurança); e perspectiva territorial, desigualdades e diversidades regionais, arranjos territoriais e estratificação social da demanda por saúde, em uma primeira aproximação temática.

Das tendências examinadas de forte impacto sobre a estruturação das políticas de saúde está a acelerada transição demográfica e epidemiológica vivida pelo país, não havendo qualquer indicativo que ela seja alterada nos próximos anos. A população de idosos dobrará nas próximas duas décadas. Em 2035, pouco mais de 35 milhões de brasileiros (15,5% da população) terão mais de 65 anos. A população de nonagenários triplicará, atingindo a cifra de 1,6 milhão de pessoas. As consequências do envelhecimento se manifestarão na acentuação do predomínio das doenças crônico-degenerativas, com presença crescente dos cânceres, das demências e dos transtornos cognitivos. Nas faixas etárias mais elevadas, os indivíduos são portadores de múltiplos problemas de saúde, expressando um fenômeno conhecido como multimorbidade.

O envelhecimento e a predominância de condições crônicas fazem com que, em determinado momento do tempo para uma determinada população, todos os chamados níveis de assistência sejam acionados e nenhum deles poderia ser chamado de “resolutivo” no sentido clássico associado à ideia de cura. Outra consideração importante é que passa a ser necessária a intervenção de diferentes especialidades médicas e de outros profissionais da saúde nesses diferentes níveis. No nível primário, sobretudo, impõe-se, com frequência crescente, um extravasamento das fronteiras dos serviços de saúde para incluir serviços sociais e de apoio comunitário, por exemplo. Outras formas de cuidados em saúde, muitas delas largamente utilizadas nos países desenvolvidos, como assistência domiciliar,

8. Disponível em: <<http://goo.gl/fBkgsh>>.

centros de cuidados prolongados e de cuidados paliativos, crescem em importância, e sua utilização carece de avaliação e planejamento no Brasil. Algumas dimensões dos cuidados em saúde ganham importância extraordinária nesse desenho: integração assistencial, continuidade; trabalho multiprofissional e colaborativo; comunicação adequada entre os diferentes agentes; educação dos pacientes e de suas famílias; organização dos serviços em redes dinâmicas, horizontais (no nível da comunidade e/ou das redes relacionais dos indivíduos) e vertical (entre os diferentes níveis e componentes do sistema de atenção); e coordenação assistencial. O nível primário de cuidados passa a ter papel primordial no processo de coordenação e integração do cuidado e não representa mais apenas a “porta de entrada” no sistema de saúde.

O impacto da mudança demográfica e epidemiológica faz-se sentir de maneira significativa nos gastos atuais de operação do sistema de atenção à saúde. Apenas em decorrência da mudança do perfil demográfico, mantido o atual padrão tecnológico, implicará um aumento estimado de 37% dos gastos em atenção à saúde.

O reordenamento assistencial, de difícil implementação no setor público, em que há processos formais estabelecidos para a regulação da atenção à saúde, torna-se ainda mais urgente no setor dos planos e seguros privados. Neste, o modelo de organização das prestações em saúde é aberto, com controles em sua maior parte de ordem financeira e por racionamento pela autorização prévia e auditoria *a posteriori*, com glosas. A demanda, apesar das listas de prestadores de serviços preferenciais, é aberta e desarticulada. A utilização de recursos auxiliares de diagnóstico e tratamento, da mesma forma. Como o setor é fortemente subsidiado por renúncias fiscais, rendimentos indiretos não tributados e transferência dos custos adicionais da contratação dos planos coletivos ao consumidor dos produtos e serviços, a pressão para a manutenção e eventual crescimento desses mecanismos é estimulada por essa conformação aberta do sistema. Como uma importante fatia de prestadores de serviços é compartilhada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelos planos, o sistema gera pressões de gastos crescentes também pelo SUS. Isso acontece seja pela disponibilidade da oferta não regulada, seja pelos estímulos financeiros à multiplicação dos atos diagnósticos e terapêuticos, vantajosa para os prestadores dos serviços, mas não acompanhada de benefícios para os usuários do sistema. Para a sustentabilidade deste sistema, torna-se imperiosa a organização de redes assistenciais articuladas que deem conta da evolução do perfil demográfico e epidemiológico brasileiro, facilitando mecanismos que garantam a continuidade dos cuidados de saúde e reduzindo os incentivos perversos de duplicação de ações e estímulos aos desperdícios decorrentes de um parque assistencial desarticulado e competitivo.

A atual configuração híbrida do sistema de saúde brasileiro conforma-se como o grande desafio a ser vencido nas próximas décadas para a garantia da equidade no acesso e uso dos serviços. Os gastos totais em saúde atingiram, em 2013, 8% do produto interno bruto (PIB). Diferentemente de países que dispõem de sistemas universais de saúde em que mais de 70% do gasto é público, no Brasil essa parcela do gasto atingiu apenas 45%. A cobertura de planos privados de saúde atinge apenas 25% e sua receita total, desde 2011, é superior ao orçamento do Ministério da Saúde (MS), que é responsável por cerca da metade do gasto público. De igual realce estão as despesas tributárias associadas aos gastos com planos de saúde. Não bastassem essas diferenças, uma grande estratificação está presente também no setor privado. À guisa de ilustração, em 2013, as operadoras de planos dos segmentos de mais alta renda pagaram 3,6 vezes mais por internação hospitalar do que a média das operadoras, e 18 vezes mais do que o SUS pagou no mesmo ano. As implicações na conformação do parque assistencial, na incorporação

de novas tecnologias e no desenho do perfil dos profissionais de saúde, são facilmente dedutíveis. O sistema recria constantemente mecanismos que reforçam, em vez de mitigar, as iniquidades setoriais, e impactam fortemente o desenho do parque industrial de insumos para o setor.

Em sua primeira rodada, em 2012, a iniciativa projetava, no desenho de horizontes desejáveis e viáveis, expectativas de crescimento econômico que se encontram bem distantes do esperado a partir de 2015. Da mesma forma, admitia-se uma margem fiscal para aumento do gasto federal do setor, que se confirmaria, ainda que de maneira tímida, com aprovação de emenda constitucional no início de 2015. Entretanto, em 2016, o orçamento do MS já foi inferior ao de 2015 e frequenta a nova agenda restritiva o fim das vinculações constitucionais para o setor. A atual conjuntura econômica e política, em nível internacional e nacional, indica quase uma certeza de que, nos próximos vinte anos, estaremos nos afastando de maneira significativa do que se apresentava como desejável e possível na primeira rodada do projeto. O horizonte traçado como pessimista e plausível apresenta-se hoje como o mais provável. O distanciamento das projeções iniciais de crescimento econômico do país diminui radicalmente as possibilidades de que se processem os investimentos para redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde e para que se atendam às necessidades correntes de custeio. Tudo isso provocará um grau importante de degradação de recursos existentes e aprofundará a estratificação social do acesso. O estrangulamento fiscal e a disputa por sua partilha comprometerão esforços de ampliação da base contributiva para o setor. A espiral concentradora de recursos e tecnologia para os segmentos de maior riqueza se verá reforçada.

Da mesma forma, é possível prever um acirramento da competição entre os entes federados, dificultando os esforços de integração e cooperação. Consequências negativas também podem ser antecipadas nos esforços para fortalecimento da base produtiva setorial no curto prazo, que podem comprometer a capacidade de inovação e autonomia desejadas para o futuro.

De fato, a extrema segmentação da oferta e do acesso aos serviços de saúde no país erodiu de maneira importante a base sociopolítica de apoio ao SUS. Em momentos de crise econômica e fragilidade fiscal, como o que atravessamos, torna-se gigantesca a disputa no terreno fiscal e, sobretudo, na orientação do modelo econômico de desenvolvimento para o país. A luta ideológica acentua-se e, nos meios de comunicação, não há o menor espaço para a defesa do interesse público difuso, como é o direito à saúde. Igualmente, em tempos de escassez, acentua-se a disputa entre usuários e profissionais do SUS. É politicamente inviável, na atual conjuntura, imaginar algum grau de redução de incentivos fiscais destinados a operadores privados do setor de saúde. A quimera do acesso a planos privados de saúde como solução para as dificuldades de acesso continuará a prosperar. Servidores públicos defenderão seus planos de saúde. Médicos manterão sua defesa pelo recebimento por serviços prestados discriminados na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Os que aceitarem o serviço público exigirão salários, mantida a tendência atual, que só lhes poderão ser pagos por arranjos privados, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS), aprofundando a segmentação da oferta também no setor público.

Entretanto, devemos lembrar o que salvou o SUS no início da avalanche neoliberal dos anos 1990 e que emerge como resistência ao seu desmonte. O crescimento da consciência difusa do direito a um atendimento digno em saúde e os níveis de distribuição de renda na sociedade brasileira, que fazem com que três quartos da população não tenham nenhuma opção de atendimento

senão o SUS configuram uma realidade que deve ser tencionada no sentido do ideário de inclusão social e direito de cidadania. E como isso se expressa? Com todas as deformações de nosso sistema político-eleitoral, ainda dispomos de espaço para o exercício democrático, entre os quais, o processo eleitoral. Temos explosões de demandas não apenas nas manifestações de rua, mas nas reivindicações para que a clínica da família funcione, para que os pacientes não morram nem fiquem jogados nas emergências dos hospitais. Há, ainda, uma parte importante da economia brasileira movimentada integral ou parcialmente pelo SUS. Profissionais de saúde, estabelecimentos de saúde, fornecedores, farmácias e toda uma rede de negócios que gira em torno de hospitais e clínicas. Virão eleições para prefeitos e vereadores, deputados estaduais e federais, senadores, governadores e presidente da República. Pensamos, portanto, que há espaços importantes de resistência e avanço: no voto, nas ruas e na agenda de governos que se comprometam e demonstrem, em suas ações, a importância do SUS, e na “consciência sanitária” e solidária e no ativismo de muitas lideranças políticas e civis.