

Panorama da saúde no Brasil - O potencial do implemento da Medicina Baseada em Evidências

Carlos Alberto Martins Tosta¹

Clínica particular de cardiologia

O país dispõe de dois sistemas concomitantes e complementares de atendimento à saúde. O primeiro é o sistema público, pós-criação na Constituinte de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), vigente desde o início dos anos 90, com pretensões abrangentes de cobertura nacional envolvendo integralidade, universalidade e igualdade. Sua formulação, inspirada no sistema britânico de saúde (National Health Service, NHS), prevê constitucionalmente o direito pleno à saúde pública e, atualmente, atende a mais de três quartos da população. Entretanto, a sustentação orçamentária para sua execução até hoje tem se mostrado um desafio, especialmente em tempos de crise fiscal da nação. O segundo, o Sistema de Saúde Suplementar, é constituído por seguradoras de saúde, sistemas de autogestão, as medicinas de grupo e também o sistema Unimed.

Nesse modelo, as operadoras de planos de saúde comercializam planos de modalidades de coberturas variáveis, abrangendo um universo atual de 47 milhões de usuários. A situação deste segmento vem apresentando vários problemas, especialmente no que se refere aos elevados patamares de sustentação financeira, uma vez que os custos têm sido crescentes por razões diversas, o que tem implicado em elevados reajustes anuais das mensalidades dos usuários, sempre acima da correção inflacionária bem como do seu poder aquisitivo. O universo de abrangência, que já atendeu a 52 milhões de usuários, hoje, pós-recessão e após sucessivas majorações dos custos aos usuários, viu este número sofrer significativa redução, acima descrita.

O SUS, embora seja um sistema delineado para uma finalidade de ampla cobertura de atendimento a toda a população, sofre sérias limitações, tanto no que se refere ao financiamento público quanto à gestão. O sistema suplementar, por sua vez, vive problemas decorrentes, dentre outros, do contínuo e crescente dilema do crescimento de custos, seja pela ampliação das tecnologias, com crescentes incrementos de exames e procedimentos de alto custo, seja pelo fato de elas não serem excludentes, o que, por conseguinte, as tornaram cumulativas em boa parte das situações de investigação e intervenção clínica.

Neste ponto, um denominador de equilíbrio que possa racionalizar este item com os prestadores ainda não foi inteiramente encontrado. Em consequência, as operadoras limitam a remuneração dos médicos credenciados e dos serviços de prestação do atendimento, visando de alguma forma reduzir seus custos. Também têm se apresentado com outras propostas de planos segmentados de atendimento, o que limitaria sensivelmente o campo de atuação médica e a cobertura de atendimento ao usuário, que em muitas situações teriam que recorrer ao SUS.

Outras operadoras têm procurado implantar novos modelos de remuneração em substituição ao “*fee for service*” vigente. Esses novos modelos seriam fundamentados em resultados de transformação de indicadores de saúde, ou transformação em “valor em saúde” — que críticos avaliam como propósitos de maximização de lucros. Na verdade, o campo

¹Ex-cardiologista preceptor de residência do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE).
Diretor adjunto de Economia Médica da Associação Paulista de Medicina (APM).

Endereço para correspondência:
Av. Ministro Gabriel de Resende Passos, 500 — conjunto 1.217 — Moema — São Paulo (SP) — CEP 04521-022
Cel. (11) 99183-6250 — E-mail: carlostosta@hotmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum declarado.
Data de entrada: 10 de dezembro de 2019. Última modificação: 13 de dezembro de 2019. Aceite: 13 de dezembro de 2019.

de negociações encontra-se aberto e passa, dentre outros pontos, pela discussão ampla destes e outros tópicos, buscando sintonia no encontro de soluções.

Apenas citando como exemplo, o setor da Medicina Baseada em Evidências, por meio dos algoritmos das diretrizes médicas das especialidades, poderia oferecer fundamentos para uma parte das soluções, por oferecer bases sólidas e robustas no sentido de disciplinar, priorizar e racionalizar o gasto em saúde, abrindo perspectivas para incrementar não somente os resultados em saúde individual como também coletivos nas comunidades, nos hospitais e no próprio sistema de saúde. Este conceito fundamenta-se

no fato de esta metodologia oferecer incremento do custo-efetividade das intervenções em saúde, ao parametrizar e otimizar o uso apropriado dos tratamentos, recomendações racionalizadas do uso da investigação complementar, bem como das intervenções clínicas ou cirúrgicas dos pacientes.

Esses princípios poderiam não somente ser usados no SUS como na Saúde Complementar, podendo constituir uma ferramenta de otimização de resultados em saúde como um todo. Adicionalmente, também poderia ser de utilidade para equipes de auxílio ao Judiciário no combate a outro sério problema: a judicialização da saúde em nosso país.