

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

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

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

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

Os autores respondem

The authors reply

Tendências na assistência hospitalar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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