

O SR. ADIB JATENE - Bom-dia a todos!

Ministro Gilmar Mendes, Presidente do Supremo, demais autoridades, meus colegas de Mesa, minhas senhoras e meus senhores.

Vou procurar colocar a posição como eu enxergo este problema e, como estou há sessenta anos acompanhando a evolução do sistema de saúde no Brasil, vou fazer algumas rápidas considerações preliminares.

O Brasil atual tem algumas características absolutamente peculiares. Em primeiro lugar, nós sofremos um processo de urbanização muito acelerado. Quando, em 1950, tínhamos nas cidades brasileiras todas somadas dezoito milhões de habitantes, hoje temos perto de cento e cinquenta milhões de habitantes nas cidades brasileiras, o que representa um crescimento de oitocentos por cento; enquanto isso, a Europa Ocidental cresceu trinta por cento. Em segundo lugar, nesse período de urbanização acelerada, foi dado ênfase ao desenvolvimento econômico. É clássica a colocação de que era preciso fazer o bolo crescer para depois distribuir. Então, houve um retardo na formação da infraestrutura necessária para essa população que se urbanizava de forma tão acelerada. Em terceiro lugar, os recursos nas cidades, no setor saúde, são assimétricos.

Realizei um estudo em 1999, na Cidade de São Paulo, procurando analisar a distribuição dos leitos hospitalares nesta cidade. Encontrei que temos 25 distritos

com um milhão e oitocentas mil pessoas que têm de dez a quarenta e seis leitos por mil habitantes - média de treze leitos/mil habitantes; temos setenta e um distritos com oito milhões e duzentos mil habitantes que têm 0,5 leitos por mil habitantes, dos quais 39 distritos com quarenta milhões de habitantes não têm um leito sequer. Esse é o exemplo do que eu chamo da "assimetria dos recursos de saúde nas cidades". Tudo isso colocado, assim, rapidamente, resultou no que eu chamo de "*apartheid* social". Vivemos no País um "*apartheid* social", e, talvez, o maior exemplo disso seja o Rio de Janeiro, com as suas favelas e as lutas que tem.

Dentro dessa realidade, decidiu-se por um Sistema Universal de Saúde, deixando a atividade livre à iniciativa privada. Qual foi a consequência? Formaram-se dois sistemas: um público, responsável por vigilância sanitária, epidemiológica, controle de alimentos, medicamentos, imunizações, combate às endemias e assistência médico-hospitalar e ambulatorial; e um privado, responsável apenas por assistência médico-hospitalar ambulatorial, atendendo a 1/5 da população, que eventualmente recorre ao sistema público.

O sistema público é único, com comando único em cada esfera de governo, orientado para descentralização a nível municipal, com participação social, responsável por atender mais de 70% da população,

além das demandas eventuais do sistema privado, geralmente as mais onerosas. Esse sistema hegemônico em volume de serviço não tem cálculo atuarial funcionando com a parcela da partilha do orçamento que lhe destina a área econômica, que é decrescente em valor real.

O orçamento do Ministério da Saúde, em 2008, não alcança o de 1985, quando se utiliza o índice de inflação da FIP para o setor saúde. Se nós olharmos a parcela da seguridade que era destinada ao setor saúde, em 1995 tínhamos 22% do orçamento da seguridade; em 1998 tínhamos 18% do orçamento da seguridade; e no ano passado tivemos 12% do orçamento da seguridade. Então, os recursos são decrescentes. Nesse período a população cresceu 30 milhões de pessoas. O envelhecimento vem aumentando, e a incorporação tecnológica não tem precedentes.

O sistema privado é sustentado por parcelas da sociedade, seja através de desembolso direto ou via planos de seguro de saúde que têm cálculo atuarial, de acordo com a assistência que presta. O orçamento do setor público nas três esferas de governo somadas é menor que o orçamento do setor privado. As tentativas de se vincular recursos para não depender da partilha do orçamento têm sido frustradas.

Eu fiz um artigo sobre vinculação de recursos. A Universidade de São Paulo, em 1989, tinha um orçamento igual ao do Hospital das Clínicas, exatamente

igual. Naquele ano foram vinculados recursos para as universidades estaduais; à USP coube 4,47% do orçamento do ICMS; e o Hospital das Clínicas continuou na partilha do orçamento. Passados vinte anos, o orçamento da USP ultrapassa a três bilhões de reais e o orçamento do Hospital das Clínicas com as duas fundações de apoio não atinge um bilhão e trezentos. Essa é a perda da não-vinculação de recursos para um setor que é absolutamente vital. A própria Emenda nº 29, aprovada em 2000, até hoje não foi regulamentada.

A gestão compartilhada, através das comissões bi e tripartite, resultou na elaboração de políticas públicas, todas com orçamento inferior às necessidades, o que levou ao estabelecimento de tetos. Todos os hospitais têm tetos, que, uma vez ultrapassados, o tratamento não é pago. Todas as atividades do setor, portanto, têm recursos programados sem nenhuma folga financeira. As deficiências são aceitas como inexoráveis, pois são causadas pela limitação dos recursos.

A administração do SUS realiza um enorme esforço para minimizar os prejuízos dessa limitação. Apesar disso, a remuneração pelos serviços prestados não chega, muitas vezes, sequer a cobrir os custos.

Eu costumo dizer que o legítimo todos aceitam. O grande problema é legitimar. Por isso, a discussão democrática é essencialmente legitimadora e não -

como pensam muitos - a oportunidade de identificar adversários, conquistar aliado, compor maioria para ganhar votação. Isso não é democrático. A discussão democrática é legitimadora, mas para isso é necessário um pré-requisito fundamental que eu chamo de "honestidade intelectual". Só quem for intelectualmente honesto consegue fazer uma discussão democrática, porque ele tem de aceitar que o argumento do outro pode ser melhor que o dele.

A esta ideia de que o sistema democrático, a discussão democrática, para identificar adversário e conquistar aliado, compor maioria para ganhar votação, eu chamo de utilização do espaço democrático para impor posição previamente assumida, utilizando, seja a capacidade dialética, seja a posição hierárquica.

Quando o contencioso não tem solução consensual, recorre-se ao Judiciário, que, incorporando e analisando as posições antagônicas, decide com base na legislação. No caso das ações judiciais que atingem o setor saúde, recorre-se diretamente ao Judiciário, frequentemente sem audiência prévia dos gestores da saúde e sem considerar as políticas públicas que buscam equacionar a maior eficiência diante das limitações dos recursos. Não há, no orçamento, um fundo para atender eventuais demandas judiciais. Nem a área econômica socorre o setor da saúde com aporte financeiro capaz de atender à determinação judicial.

Eu disse uma vez que a decisão do juiz, mandando o Secretário da Saúde atender, sob pena de prisão, devia ser simultaneamente encaminhada ao Secretário da Fazenda, porque ele tem de oferecer os recursos para o Secretário da Saúde, sem o que ele não tem como fazer. A consequência é o comprometimento de programas, com prejuízo para número significativamente maior de pessoas que sem recursos dependem dos programas do SUS. Só em São Paulo a Secretaria da Saúde dispendeu, no ano passado, mais de um bilhão e duzentos milhões com essas questões.

Acresce que as demandas são geralmente feitas por quem está vinculado ao sistema privado, que dispõe para o atendimento médico-hospitalar e ambulatorial mais de cinco vezes o que o SUS dispõe para o mesmo tipo de atendimento. Acontece que as pessoas vão diretamente ao Judiciário, sem verificar se o seu pleito se enquadra nas prioridades das políticas do SUS.

Quando analisados os itens objetos das decisões judiciais em São Paulo, verificamos que 60% dos pleitos seriam atendidos nos programas de políticas públicas, fazendo parte da distribuição regular. A questão se coloca quando a demanda se faz por medicamentos não-constantemente dos protocolos oficiais que vêm sendo revistos continuamente, incorporando avanços científicos e procedimentos suficientemente testados. O que parece não fazer sentido é buscar produtos de estudos experimentais ou

sem registro na ANVISA - depois de analisar o problema, acompanhar as dificuldades, na Secretaria de Saúde de São Paulo, verificar que perto de 60% dos pleitos não necessitariam da demanda do Judiciário.

Eu me permito repetir as propostas que o Dr. Beltrame fez quando do seu depoimento, onde ele diz:

1. Quanto aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, que consideramos essenciais para a adequada assistência, propomos atualizar os já existentes e elaborar novos protocolos, atualizando-os a pelo menos cada dois anos.

2. Quanto à incorporação de novas tecnologias, insumos e medicamentos, propomos o aperfeiçoamento da Comissão de Incorporação de Tecnologia, do Ministério da Saúde, ampliando sua composição, agilizando suas decisões e tornando seu funcionamento mais transparente. Incorporar àqueles procedimentos medicamentos e insumos, desde que não-experimentais, e que sejam de resultados reconhecidos, disponíveis no Brasil, devidamente registrados e incorporados e licitados. Entende-se como de resultados reconhecidos aqueles de eficácia e efetividade cientificamente comprovadas e de melhor resultado ao melhor custo/efetividade e custo/utilidade.

3. Quanto à pesquisa, propomos aperfeiçoar a organização da pesquisa em rede de centros de referências para estabelecer nacionalmente resultados.

4. Quanto às ações judiciais, propomos criar os mecanismos necessários para oferecer assessoria técnica em centros de referências, por profissionais *ad hoc*, sem conflito de interesses e sem relação com assistência e prescrição dos pacientes.

E aí que eu me animo a propor o seguinte: todo pleito em que se solicitar liminar para fornecimento de medicamento, produto, insumo e procedimento, que venha acompanhado da recusa da autoridade em atender ao pleito. Isso significa que a reivindicação foi apresentada e não atendida. Assim, a decisão do juiz seria sobre uma recusa do gestor do SUS. Também as razões da recusa seriam consideradas na decisão. Estou certo de que, se isso puder ser estabelecido como rotina, quem sabe com a edição de uma súmula vinculante, o número de ações sofreria redução significativa e as decisões seriam mais adequadas, levando mesmo a um estímulo da administração no aprimoramento de seus protocolos em benefício dos pacientes. Isso evitaria fraudes, como ocorreram em Marília, que foi largamente noticiado pela imprensa, de medicamentos para psoríase, para pessoas que não tinham psoríase; evitaria situações como em determinada região de São Paulo, em que mais de 70% das ações são propostas por dois advogados e baseados em receitas de dois médicos. De maneira que isso sugere, quem sabe, conflito de interesses.

Era isso.

Obrigado!