

Por um sistema de saúde sustentável e equânime

For a sustainable and equitable health system

Por un sistema de salud sostenible y equitativo

Hudson Pacifico da Silva ¹

doi: 10.1590/0102-311X00118518

Refletir sobre os 30 anos do SUS é tarefa necessária e urgente, sobretudo se considerarmos que ela ocorre em um dos momentos mais tristes (e oportunos) do país. Triste porque as medidas de austeridade fiscal implantadas pelo governo como resposta à atual crise, que não é apenas econômica, já evidenciam consequências terríveis para as condições de saúde dos brasileiros. Estima-se, por exemplo, que aproximadamente 20 mil mortes e 124 mil hospitalizações de crianças com menos de cinco anos venham a ocorrer até 2030 em decorrência dos cortes orçamentários que atingem a saúde e outras áreas sociais ¹. Mas o momento também é de oportunidade, tendo em vista que novos representantes, com diferentes concepções e propostas para a saúde, serão eleitos este ano para ocupar as diversas posições do executivo (presidente e governadores) e do legislativo (senadores, deputados federais e deputados estaduais), exatamente trinta anos depois da promulgação da *Constituição Federal* de 1988.

O texto de Ligia Bahia traz elementos importantes para refletir sobre os desafios e as perspectivas do SUS, incluindo informações que retratam a complexa teia de relações, disputas e fronteiras entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. Entretanto, um tema que ainda carece de maior reflexão e debate é a formulação/implementação de políticas públicas em setores que não estão diretamente ligados à prestação de serviços de saúde, mas que integram os determinantes mais amplos da saúde, tais como moradia, transporte público, trabalho, educação e meio ambiente. Igualmente importantes são as políticas no campo da ciência, tecnologia e inovação (CTI), dado que a dinâmica de desenvolvimento de novas tecnologias – e sua introdução nos sistemas de saúde – envolve diversos desafios sistêmicos, como, por exemplo, o impacto orçamentário de medicamentos e intervenções terapêuticas de alto custo, as questões éticas, legais e sociais envolvidas com a segurança e a privacidade de grande volume de dados (*big data*), os problemas de equidade em termos de cobertura assistencial e as barreiras de acesso para grupos populacionais vulneráveis.

A literatura crítica sobre o tema tem mostrado que as abordagens tradicionais de CTI, que implicam formas lucrativas e altamente intensivas em capital para produzir novas tecnologias em saúde, contribuem tanto para aumentar as desigualdades em saúde como para minar a sustentabilidade dos sistemas de saúde ². Modelos de negócios estabelecidos, juntamente com a lógica de crescimento

¹ Public Health Research Institute, University of Montreal, Montreal, Canada.

Correspondência

H. P. Silva
7101, avenue du Parc, 3^e étage, Montréal, Québec – H3N 1X9, Canada.
hudsonpacifico@gmail.com



rápido e retorno elevado do investimento, tendem a gerar tecnologias que oneram demasiadamente os sistemas de saúde e cujo valor agregado pode permanecer marginal do ponto de vista clínico ou da saúde coletiva³. Isso porque a lógica subjacente ao capital de risco favorece a adoção de modelos de negócios tradicionais e impulsiona os empreendimentos de base tecnológica a reproduzir as formas predominantes de produzir e comercializar tecnologias em saúde, limitando assim a capacidade de apoiar o desenvolvimento de inovações que podem gerar maiores benefícios sistêmicos.

Algumas iniciativas para lidar com esse problema têm sido adotadas no período recente. Por exemplo, o conceito de Inovação Responsável (IR) oferece princípios relevantes para formuladores de políticas, pesquisadores, desenvolvedores de tecnologias e demais atores interessados nos processos de desenvolvimento de novas tecnologias. Esse campo de pesquisa enfatiza que inovações responsáveis devem: (a) abordar necessidades e desafios da sociedade; (b) incluir a participação de um conjunto relevante de atores nos processos de desenvolvimento de novas tecnologias; (c) antecipar os problemas potenciais, avaliar as alternativas existentes e refletir sobre os valores, premissas e crenças subjacentes; e (d) fornecer orientação quanto às formas de agir/adaptar para cumprir com esses princípios⁴. Quando aplicada às tecnologias em saúde, a IR enfatiza, por exemplo, a importância do *design* centrado no usuário e de tecnologias que são, do ponto de vista ético e social, responsivas ao contexto de adoção. Ao fazer isso, a IR permite trazer para frente os propósitos sistêmicos da inovação.

Três exemplos de tecnologias desenvolvidas em diferentes contextos nos ajudam a refletir sobre as características desejáveis de uma inovação responsável em saúde. O primeiro exemplo é um software de dados na nuvem que, com a ajuda de um sistema de monitoramento contínuo da glicose, possibilita o acompanhamento dos níveis de glicose de pacientes diabéticos à distância e em tempo real. Essa tecnologia foi desenvolvida na América do Norte diretamente pelos usuários (pais de crianças com diabetes tipo 1), com a ajuda de uma comunidade virtual de voluntários que compartilham seus conhecimentos. Como o código do software é aberto (*open source*), melhorias podem ser feitas ao longo do tempo. O software é gratuito e as instruções para instalação estão disponíveis na Internet.

O segundo é um coletor menstrual feito de silicone médico, distribuído gratuitamente para mulheres e adolescentes de baixa renda, baseado no modelo “compre um, doe um”. Como a higiene menstrual é um desafio importante nas regiões do mundo onde as mulheres não têm acesso a produtos sanitários em função do seu custo ou indisponibilidade, o coletor menstrual pode melhorar sua qualidade de vida e também favorecer sua inserção social. Embora o custo inicial seja mais elevado do que o custo de absorventes comuns, o coletor menstrual pode ser usado por até dez anos, o que o torna uma opção muito mais econômica no longo prazo (95% mais barato), assim como uma opção mais ecológica, já que uma mulher utiliza até 12 mil absorventes ao longo de sua vida reprodutiva.

O terceiro exemplo se refere a aparelhos auditivos que funcionam com baterias que podem ser recarregadas com o uso de um carregador solar, ao custo de 20% dos aparelhos disponíveis no mercado. Essa tecnologia foi inicialmente desenvolvida em Botsuana, onde os preços das baterias, que têm vida útil de uma semana, são elevados e impedem que muitas pessoas façam uso desse tipo de aparelho, mesmo que sejam doados. Os aparelhos foram adaptados ao contexto brasileiro e são produzidos por uma organização sem fins lucrativos que emprega pessoas com perda auditiva para atuar na montagem, oferecendo oportunidade de trabalho para um grupo populacional vulnerável em função da sua condição de saúde. Considerando que aproximadamente 200 milhões de baterias são descartadas todos os anos, a inovação também reduz os impactos ambientais negativos associados com o uso de aparelhos auditivos.

Evidentemente, a noção de responsabilidade não é algo novo na área da saúde. Entretanto, ela geralmente se refere a: (i) códigos de ética profissional, legislação e políticas de promoção, proteção e restabelecimento da saúde e bem-estar da população; (ii) regulações relativas à fabricação, comercialização e uso das tecnologias em saúde; e (iii) hábitos e comportamentos que afetam a saúde individual. O problema é que nenhum desses mecanismos formais fornece orientação sobre questões relacionadas ao desenvolvimento de inovações de maior valor para a sociedade em termos de equidade e sustentabilidade do sistema de saúde.

Como bem destacado por Fineberg ⁵, sistemas de saúde sustentáveis têm três atributos-chave: são acessíveis para o conjunto da sociedade, têm aceitação/legitimidade por parte dos usuários e profissionais de saúde, e são capazes de responder às mudanças demográficas, epidemiológicas e tecnológicas. Todas essas características são diretamente afetadas e restringidas pela dinâmica tradicional que prevalece nas indústrias que conformam o complexo econômico-industrial da saúde. Daí a necessidade de introduzir abordagens alternativas para a CTI, capazes de alinhar as soluções propostas com os desafios e necessidades do SUS.

1. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. *PLoS Med* 2018; 15:e1002570.
2. Lehoux P, Roncarolo F, Oliveira RR, Silva HP. Medical innovation and the sustainability of health systems: a historical perspective on technology change in health. *Health Serv Manage Res* 2016; 29:115-23.
3. Lehoux P, Daudelin G, Williams-Jones B, Denis J-L, Longo C. How do business model and health technology design influence each other? Insights from a longitudinal case study of three academic spin-offs. *Res Policy* 2014; 43:1025-38.
4. Wickson F, Carew AL. Quality criteria and indicators for responsible research and innovation: learning from transdisciplinarity. *Journal of Responsible Innovation* 2014; 1:254-73.
5. Fineberg HV. A successful and sustainable health system: how to get there from here. *N Engl J Med* 2012; 366:1020-7.

Recebido em 15/Jun/2018
Aprovado em 18/Jun/2018