

# Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ▪ Primeiro Semestre de 2009 ▪ Número 6

## Competitividade e as Organizações de Saúde

Alberto Hideki Kanamura

Alberto Kaemmerer

Álvaro Escrivão Júnior

Ana Maria Malik

Cezar Taurion

Flavia Moraes

Moisés Gonçalves



# Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ▪ Primeiro Semestre de 2009 ▪ Número 6

## Sumário

Ponto de Vista 3 Ana Maria Malik

### Competitividade e Segurança

Segurança, preocupação universal 4 Ana Maria Malik

A segurança na atenção hospitalar 5 Alberto Kaemmerer

### Competitividade e Regulação

A atividade regulatória e o mercado de Saúde 13 Álvaro Escrivão Junior

A Anatel e o modelo regulatório no Brasil 15 Moisés Gonçalves

### Competitividade e Responsabilidade Social

O papel da responsabilidade social 20 Álvaro Escrivão Junior

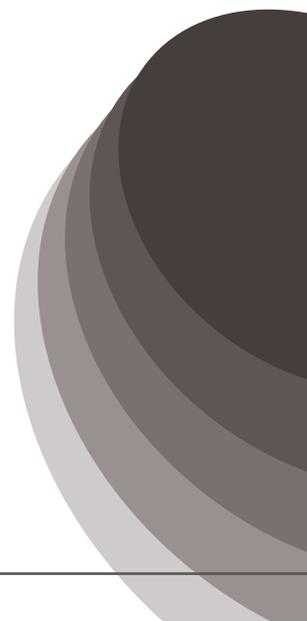
A responsabilidade social na experiência do HIAE 21 Alberto Hideki Kanamura

Sustentabilidade e a experiência da Philips 25 Flavia Moraes

### Competitividade e Inovação, Ensino e Pesquisa

Inovação, ensino e pesquisa nas organizações 29 Ana Maria Malik

A inovação e a IBM 30 Cezar Taurion



# Ponto de Vista

Ana Maria Malik

**CHEGAMOS AO SEXTO** número do *DebatesGVsaúde*. Depois de tratar de gestão pública, tendências, comunicação, cadeia de valor e mudanças, entramos no terreno da competitividade, que é visto por muitos profissionais da saúde como estranho ao setor.

Mantivemos a proposta do quinto número, de ter um apresentador na saúde e um de outro setor da economia justamente por causa dessa não familiaridade com o tema. Competitividade como assunto isolado é genérico demais, por isso optamos por sempre trabalhar um tema que nos é – ou deveria ser – familiar associado ao assunto norteador. Com isso, nossa platéia presente ao evento e nossos leitores terão a oportunidade de obter uma visão abrangente e atual, sem a pretensão do cientificismo de uma publicação acadêmica, mas tratada com as luzes da realidade.

Um dos assuntos mais discutidos internacionalmente na área da Saúde é a segurança. Nos hospitais vimos com frequência nos inspirando na aviação. Mas apesar da relevância do assunto tínhamos dúvidas quanto a se ele influía na competitividade das organizações. Foi assim que compusemos nosso primeiro debate do semestre, convidando o Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre, cuja experiência é das mais destacadas entre os serviços de fora de São Paulo e a Embraer, empresa cuja competitividade é comprovada internacionalmente. No caso da Embraer, inclusive, para não entrar em detalhes técnicos da área de aeronáutica, tivemos conosco o responsável pela sua segurança institucional, ou seja, preocupado com o assunto em todos os níveis da organização, inclusive com as repercussões de suas falhas numa empresa que tem ações em bolsa em nível internacional.

A seguir, um tema que chama a atenção dos atores do setor, a regulação. O surgimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tenta trazer a regulação para a área da saúde, no âmbito das operadoras e nos seus poucos anos de existência tem se debatido com uma série de dificuldades. A mesma temática é percebida no campo da telefonia, onde a ANATEL é bastante conhecida e, apesar das críticas constantes que recebe, desempenha seu papel trazendo mais transparência para o setor. Até que ponto a regulação interfere, positiva ou negativamente, na competitividade, este foi um dos pontos trazidos para debate pelo moderador.

Nosso assunto seguinte que, nesse início de Século XXI, tem pelo menos tido impacto na imagem das organizações e como tal quase certamente na sua competitividade, é a responsabilidade social. No setor saúde uma das traduções para esta expressão tem sido filantropia, por isso convidamos o hospital há mais tempo conhecido por seus programas na área, dentre tantos que se enquadram no atual cenário da filantropia estratégica, representado pelo Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein. Nas empresas, o assunto sustentabilidade está cada vez mais atual. Por isso, convidamos a Philips, empresa multinacional que tem uma atividade reconhecida na área, além de parceira da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas.

Finalmente, o quarto debate aborda um assunto mais que atual, inovação, ensino e pesquisa. A rigor, pode-se dizer que está mais na ordem do dia neste final de década que estava no seu início, pelo menos na área hospitalar. Convidamos o Diretor do Instituto de Ciências do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, que ocupou a mesma posição no Hospital Sírio-Libanês e é professor titular da Faculdade de Medicina da USP. Para representar o mundo empresarial convidamos a IBM, que já se reinventou diversas vezes, sempre com grande sucesso.

Diferentemente do ocorrido nos semestres anteriores só contamos com dois moderadores nestes quatro debates, ambos professores e pesquisadores do GVsaude: os professores Álvaro Escrivao Junior e Ana Maria Malik, devido aos assuntos tratados. Os quatro temas abordados fazem parte das áreas de interesse, pesquisa e publicação dos nossos docentes, que, portanto, tiveram a oportunidade de contribuir de forma importante para o debate, inclusive trazendo alguns resultados de trabalhos realizados no nosso centro.

Além da qualidade, uma das características que mais diferenciam nossos cadernos de *Debates GVsaúde* das demais publicações disponíveis no mercado é o fato de os *Cadernos* reproduzirem as falas dos apresentadores nos debates propriamente ditos. Naturalmente, elas são editadas, embora a intenção seja de mantê-las num tom de informalidade. Para garantir que elas de fato mostrem a opinião do autor, num momento de debate de idéias, só são publicadas após seu de acordo. Por causa disso, eventualmente podemos não conseguir publicar todas as falas referentes aos debates, porque alguns dos debatedores mudam de organização e não se sentem mais autorizados a falar pelo seu *locus* anterior de trabalho e outros não se sentem contemplados pela transcrição ou edição da sua palestra. Este também é o caso do nosso sexto volume.

Embora possamos perder em termos de conteúdo total, devido a esta opção reafirmamos também nosso compromisso ético, no sentido de que só publicamos o que é considerado adequado, seja pelo nosso convidado seja pela organização que ele representou, quando foi o caso. Nossa intenção é oferecer àqueles que nos procuram ou nos atendem, nos eventos, nas publicações e no *site*, aquilo que imaginamos que eles vêm buscar: conhecimento, opinião e qualidade.

Boa leitura!

▪ COMPETITIVIDADE E SEGURANÇA

# Segurança, preocupação universal

Médica, mestre em Administração pela FGV-EAESP e doutora em Medicina pela FM-USP; professora da FGV-EAESP, coordenadora do GVsaúde, diretora do PROAHSA-FGV

Ana Maria Malik

**A COMPETITIVIDADE É** um assunto que está muito em moda. A ele, vamos associar uma preocupação universal, a segurança. Até que ponto ela é importante para a competitividade?

Manteremos aqui o formato que fez sucesso em nosso *Semestre* anterior: exposições reunindo uma organização de Saúde e uma organização de outra área de atividade para PERMITIR fazer comparações sobre o que está acontecendo. Ou, pelo menos, que torne possível ver as diferenças entre os setores. A definição de saúde mais conhecida desde o Século XX inclui todos os aspectos da vida, mas os setores que dela fazem parte devem ser conhecidos, considerados e enfatizados, para influir positivamente na sua realização; Saúde é quase tudo na vida, mas existem outros setores.

No tocante especificamente à área de segurança, o *benchmark mais freqüentemente usado* na da Saúde é a aviação. Avião consegue ser ainda mais perigoso do que médico ou serviço de saúde, no que diz respeito a influenciar vidas humanas. Assim, este tem sido um modelo considerado válido como um jeito de olhar para o assunto. Por esta razão, convidamos a organização brasileira na área de aviação que compete em escala mundial, a *Embraer*. Esta empresa é *case* internacional em Administração e nos dá o prazer de partilhar conosco a sua experiência na área de segurança em geral.

A organização de Saúde convidada é um dos hospitais que mais têm sido reconhecido como enfatizando este tipo de preocupação, o *Hospital Mãe de Deus*, de Porto Alegre (RS), um serviço muito conhecido nacionalmente. Como em São Paulo já existem muitas experiências conhecidas e bem sucedidas, surgiu a idéia de convidarmos uma organização de Porto Alegre, que tem sido uma praça na qual, com freqüência, se tem ido buscar experiências bem sucedidas, ao lado de Belo Horizonte, Rio de Janeiro e tantos outros lugares.

A primeira exposição caberá a Alberto Kaemmerer, do *Hospital Mãe de Deus*. Ele é cirurgião torácico, doutor em Medicina, chefe do Serviço de Cirurgia Torácica do *Sistema de Saúde Mãe de Deus*, diretor técnico, médico científico de lá e do *Mãe de Deus Center*. É o primeiro presidente do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital. Em seguida, teremos a exposição de Sérgio Dias da Costa Aita, coronel da Reserva do Exército, Diretor de Segurança Corporativa da *Embraer* de São José dos Campos. Foi assessor do presidente do BNDES para assuntos de segurança. É graduado pela Academia Militar de Agulhas Negras, mestre pela Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais em Ciências Militares e doutor pela Escola de Comando Estado Maior, em ciências militares.

É importante sabermos que segurança é um problema de todo mundo e não apenas do paciente em hospital, ou do público em geral, mas é um problema de quem trabalha em qualquer organização. Está havendo um debate sobre as IPOs de organizações brasileiras. Qualquer organização que vai para a Bolsa, vai passar por um IPO, também tem problemas de segurança. Quando ocorreu o assalto do caminhão dos computadores da Petrobrás, o grande assunto era segurança; quando quase começou a guerra bacteriológica – os ataques com *antrax* –, a questão era a segurança; o vírus de computador é problema de segurança. O *Cartão SUS* tem muitos aspectos relacionados segurança; cartão corporativo, sigilo bancário, todos os assuntos tão valorizados pela mídia no primeiro semestre de 2008 têm a ver com segurança. Preocupação com segurança pode ser considerada paranóia, mas vamos nos omitir por não se tratar de questões referentes a Saúde Mental.

Segurança tem que passar a ser, sim, uma preocupação na qual todo mundo está envolvido. Quer dizer, não é só o responsável pela segurança que tem que estar preocupado com ela. O responsável pela área é um especialista, mas o assunto deve ser uma preocupação de todos, caso contrário, o que estamos fazendo nas organizações em que atuamos?

# A segurança na atenção hospitalar

Alberto Kaemmerer

Diretor Técnico Médico Científico  
do Hospital Mãe de Deus

**EM PRINCÍPIO, NÃO HÁ** qualquer deslize ético EM RELACIONAR a saúde como forma de negócio, exceto no momento em que líderes das Instituições prestadoras, por incapacidade, negligência ou má intenção se transformem em agentes de risco e insegurança.

A perenidade de uma instituição está intimamente ligada a questões-chave, como conceito, missão, modelo, impecabilidade, tempo, conhecimento e informação. De acordo com o pensamento de Adam Smith, “a ambição universal dos homens é viver colhendo aquilo que nunca plantaram”. Plantar e difundir a obrigação de garantir qualidade e segurança na assistência médica não é uma norma contratual, tem um custo político elevado, causa desgosto e revolta em muita gente, contraria interesses ilegítimos na medida em que destrói as famigeradas estruturas verticais de poder. O grande poder das pequenas autoridades, somado à ausência do médico nas decisões relevantes e estratégicas impedem o respeito à cadeia de precedências nos “negócios da saúde”.

Planejamento estratégico em saúde sem a presença do médico (um tipo especial de médico), sem informação e sem avaliação de performance é mais ou menos parecido com o funcionamento do cérebro sem oxigênio.

Desconheço qualquer atividade que ofereça mais risco à vida humana do que o BINÔMIO DOENÇA-HOSPITAL. Os hospitais, por mais seguros que sejam são locais perigosos. A medicina é uma “ciência probabilística”, portanto, permanentemente sujeita a riscos. Por melhor que sejam os hospitais e seus médicos o risco jamais será eliminado deste tipo de atividade. Risco não é sinônimo de erro, eis que o último é decorrente da negligência, imperícia e imprudência do modelo assistencial adotado. Por sua vez, a medicina, ainda que para efeitos legais seja considerada como um curso terminal, não é um curso terminal, fato que torna inócua a busca de soluções no âmbito exclusivamente pedagógico que, mesmo quando equacionadas, não capacitam o médico na medida suficiente para o exercício mais seguro da profissão.

A graduação deveria sair um pouco da academia dirigindo-se mais à periferia, atitude que permitiria ao médico suportar com mais conforto o choque produzido pelo imenso gradiente que separa o “banco escolar” do mundo real.

Como é possível ou, será possível, medir a performance do corpo assistencial (corpo clínico e outros profissionais) com a negativa do médico de permitir, concordar e elaborar os indicadores de desempenho?

A cultura social vigente e o tipo de exercício da medicina permitiram, não se sabe bem como nem porquê, identificar três tipos de hospitais: públicos, privados e universitários.

Uma análise, mesmo que superficial, permite constatar que os hospitais universitários, muito embora considerados mais pobres fisicamente eram e ainda são identificados pela sociedade como as instituições mais confiáveis quando os problemas a serem resolvidos envolvem alta complexidade.

Na Universidade (Academia), a avaliação de performance é ou deveria ser um quesito obrigatório tanto para os mestres quanto para os alunos. O resultado final pode muito bem combinar assistência, ensino e pesquisa clínica como pilares da qualidade e segurança, justamente os dois parâmetros que mais interessam à sociedade.

Quanto aos hospitais públicos, com o cuidado de jamais cometer o equívoco da generalização e reconhecendo as individualidades que praticam uma boa medicina, é forçoso reconhecer que o “cartão-ponto” e empregos múltiplos dificultam ou mesmo impedem medidas seguras e confiáveis de desempenho institucional. Há hospitais públicos com 10% de funcionários “encostados”, folhas de pagamento “inchadas” e mínimo interesse por métrica na avaliação de resultados, tanto econômico quanto científicos. Além disso, escorados na “política assistencial da ambulancioterapia”, as prefeituras brasileiras permitem que os hospitais, com menos de 80 leitos mantenham abertas as suas portas para

um atendimento do tipo “faz de conta”. São hospitais de insegurança máxima que muito bem poderiam ser transformados em excelentes unidades ambulatoriais, com planejamento epidemiológico e médicos bem pagos e treinados. O problema é que essa política não gera votos.

Até há bem pouco tempo, aos hospitais privados, com raras e honrosas exceções, cabia o papel de hospitais “bem limpinhos”, com hotelaria de primeiro nível, tempo de internação prolongado, ao gosto do “paciente”, apreciáveis patrimônios físico-financeiro e patrimônio clínico próximo do zero pela ausência de registro assistencial e baixa complexidade. Ciência, avaliação de desempenho, indicadores assistenciais, informação, epidemiologia e gestão de recursos compunham um dicionário tão desconhecido quanto à origem do universo. Em tecnologia, o máximo que podiam realizar estava na contratação de “outdoors” e páginas caras de jornais de grande circulação para anunciar a compra de “aparelhos de última geração”, máquinas que, sem piloto podiam, no máximo, produzir exames normais e sem utilidade clínica. Deve haver alguma razão para explicar porquê 30% dos pacientes sequer buscam os resultados dos seus exames e porquê, nas melhores estatísticas, 80% deles (exames) são normais.

A tríade ACESSO – PERMANÊNCIA – SEGUIMENTO PÓS-ALTA constitui o padrão áureo da segurança assistencial. É impossível que um hospital seja seguro sem que a sua estrutura contemple serviços ambulatoriais resolutivos.

O Professor e ilustre cirurgião Ernest Codman é uma figura invejável. Foi demitido do Massachusetts General Hospital quando decidiu criar os critérios de segurança assistencial. Acolhido pelo Colégio Americano de Cirurgiões desenvolveu notável trabalho que hoje serve de base aos processos de acreditação hospitalar.

Em síntese, O Dr. Codman afirma ser obrigação dos sistemas de saúde determinar se o tratamento foi bem sucedido e perguntar ao final da história, SE NÃO FOI, PORQUE NÃO FOI. Essa é a pergunta básica para manter o compromisso com a continuidade e a conseqüente proteção do indivíduo.

A análise dos fatos acima é estimulante e motivadora na medida em que permite constatar que um número razoável de instituições hospitalares vem adquirindo a consciência da imprescindibilidade social e que ela só pode ser obtida com a credibilidade adquirida pelo desempenho continuamente aprimorado, pela responsabilidade de adquirir, produzir e difundir o conhecimento e principalmente pelo respeito à dignidade humana. Quem não puder demonstrar e provar as suas qualidades está literalmente proibido de falar em segurança na entrega dos seus serviços.

Sendo verdadeira a afirmação de que os hospitais privados decidiram não mais ostentar a posição de hotéis de luxo, não é menos verdade que foram largamente “beneficiados” pela perda de força-motriz da “composição universitária” sucateamento tecnológico dos hospitais públicos e pela migração de médicos altamente qualificados oriundos da universidade, interessados nas reformas estruturais, no elevado nível tecnológico e nas possibilidades de novos patamares de competitividade na assistência, no ensino e pesquisa clínica. Há dez anos o Hospital Mãe de Deus e Porto Alegre deu início ao programa de reformas sabendo que as mesmas fazem inimigos à vista e amigos a longo prazo, mas são essenciais para o exercício da medicina, uma ciência que apesar de probabilística exige um programa de segurança com exatidão matemática.

A estrutura organizacional corporativa que estamos adotando e

aperfeiçoando desde 1999 não foi concebida para tornar o Hospital Mãe de Deus uma Instituição Universitária de ensino, mas dotá-lo de um modelo acadêmico, com autoridade para qualificar a assistência, sustentar o ensino e produzir o conhecimento via Instituto de Ensino e Pesquisa. A mescla de médicos, professores e cientistas é o ideal em termos de garantir o crescimento técnico, científico, humano e ético.

O hospital que só trabalha a atividade meramente assistencial oferece risco apreciável à segurança. Educação não é uma preparação para a vida, a educação é a própria vida. Gerar e difundir o conhecimento são essenciais para o desenvolvimento sustentado. (Jonh Dewen, in Evidence Based Family Medicine)

A medicina, ao longo de toda a sua longa história, adquiriu credibilidade e respeito com base em três dimensões absolutamente inseparáveis: humana, científica e econômica. A essa triplicidade devemos associar a ética humana, a bioética, a ética em pesquisa e a ética econômica. Agir de boa fé e não ultrapassar os limites da sua capacidade técnica e habilitação legal são obrigações do médico que devem ser garantidas pelo modelo assistencial do hospital.

Sempre que um paciente é admitido nos limites físicos do hospital, configura-se um contrato tácito de trabalho, que atribui à instituição.

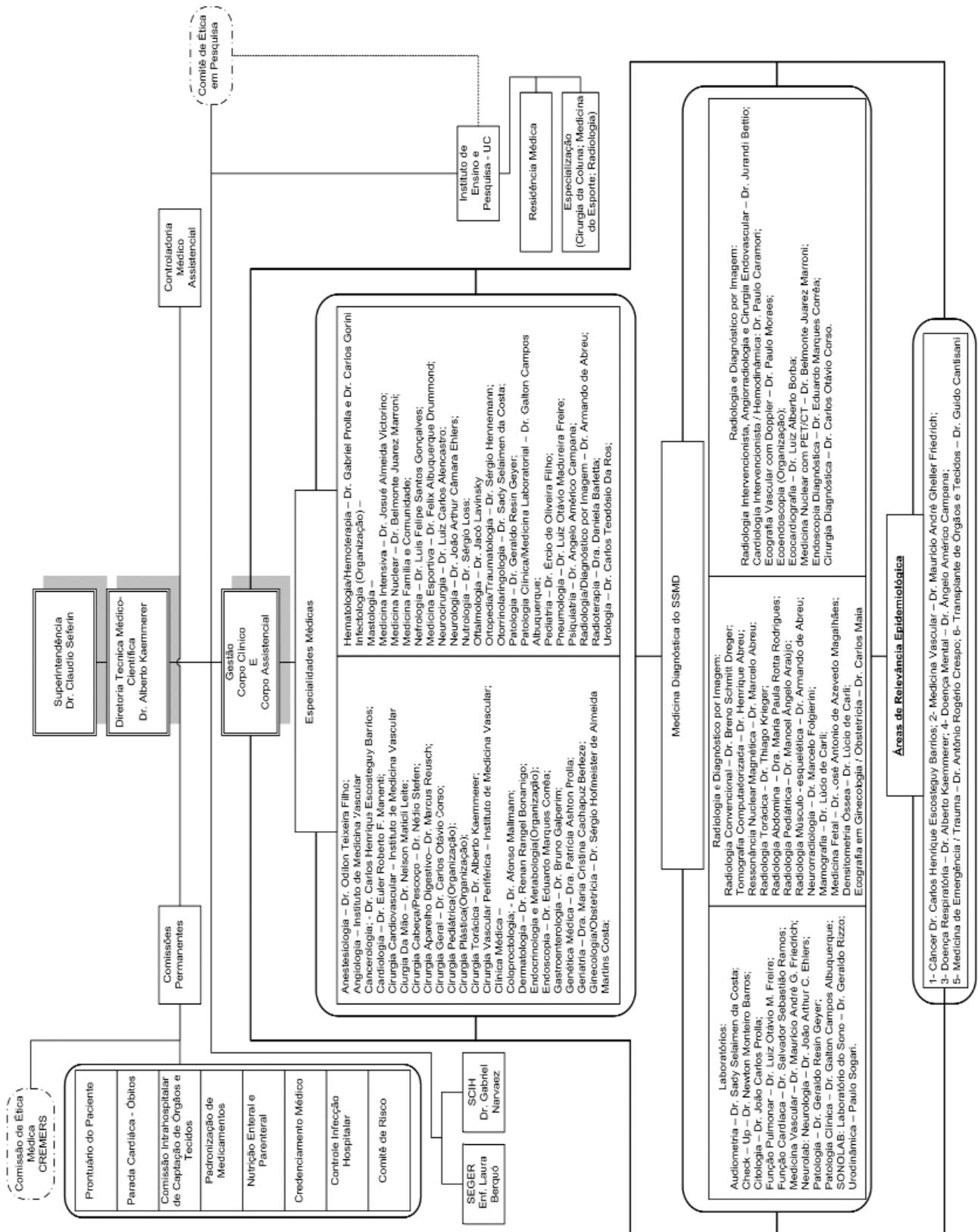
A responsabilidade total e solidária sobre as ações de todo o seu corpo assistencial. O momento da saída do paciente ao contrário do que muitos imaginam não desonera o hospital de nenhum tipo de obrigação seja ela técnica, científica, humana, legal ou ética.

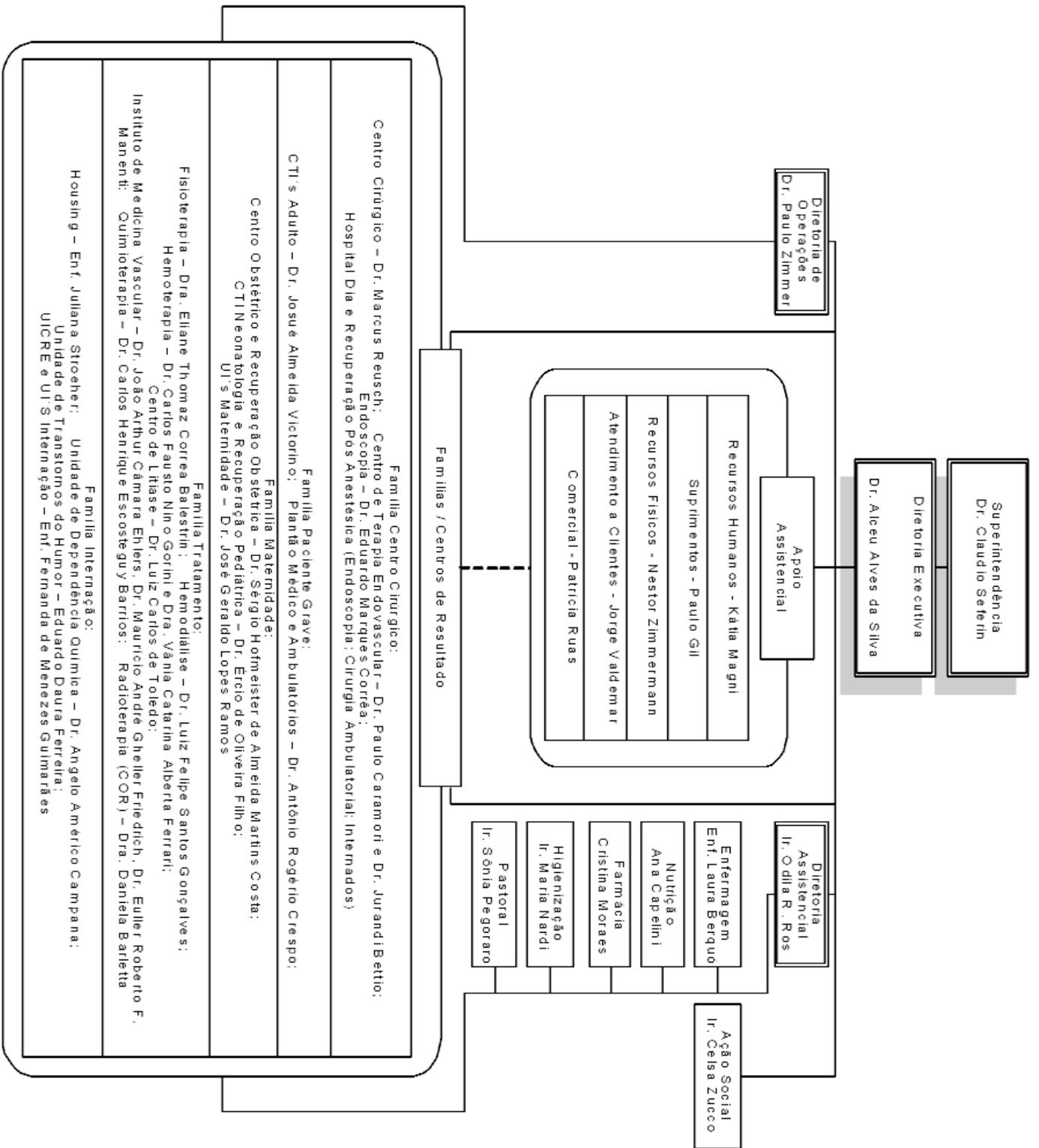
Na raiz desse conceito está o principal problema das instituições hospitalares, especialmente quando se mostram frágeis e incompetentes para barrar o acesso de profissionais despreparados para a atividade assistencial, facilitando a ocorrência de eventos adversos. O velho e perigoso “sistema de credenciamento” e a monolítica impossibilidade de descredenciamento, somados à produção em massa de médicos, são fatores que conspiram a favor dos eventos adversos na assistência médica.

O gráfico da figura 4 é auto explicativo e justifica por que a segurança hospitalar deve se assemelhar à aviação comercial, indústria aeroespacial e ao manejo da energia nuclear. Sempre que a possibilidade de morrer por efeito adverso decorrente da assistência médico-hospitalar for superior à escandalosa mortalidade por acidente automobilístico, a gestão dos serviços de saúde terá que sofrer um duro questionamento a respeito da eficácia das medidas de segurança.

Se uma companhia aérea exige o máximo preparo dos seus pilotos, se uma nave espacial requer competência beirando à perfeição dos seus tripulantes e as usinas atômicas empregam tão somente engenheiros com cérebros privilegiados, que justificativa pode explicar o credenciamento, pelos sistemas de saúde, de médicos mal preparados para lidar com a vida humana. Não há e nem poderia haver qualquer justificativa.

As entidades médicas são tão numerosas quanto frágeis. Em “conjunto” demonstram uma fraqueza conceitual e um raquitismo político impressionante. Para exigir do governo uma política consistente e duradoura de valorização do trabalho médico, deveriam, por precedência, “impor” mudanças na formação do médico, a mais longa e complexa entre todas as profissões. Não sou e nem poderia ser opositor ao plano de carreira de estado, muito menos contra o piso-





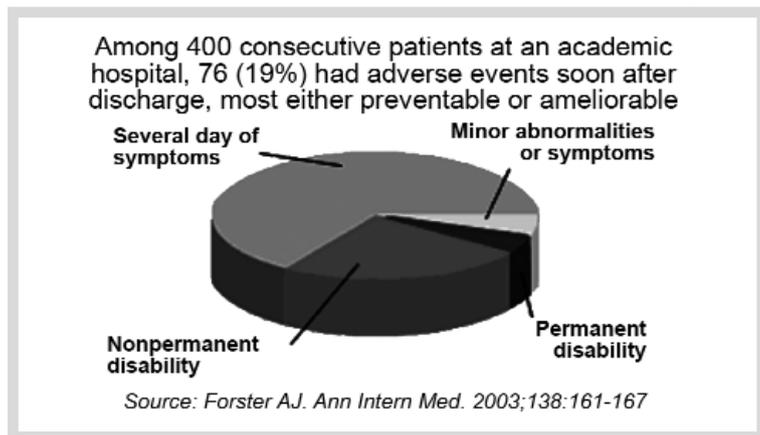


Figura 4 - Eventos adversos após alta hospitalar

salarial. Porém, antes disso e como prioridade máxima, devemos pleitear pelo piso EDUCACIONAL, que permita ao médico manter a sua auto-estima e a de seus pacientes.

O sistema de ingresso nas 175 faculdades de medicina do Brasil, via vestibular, permite que um candidato seja aprovado por conhecer bem a denteção das cobras e o funcionamento das enzimas do rabo da mitocôndria, não importando a imaturidade, ignorância da realidade sócio-econômica, cultura geral pobre e sedução por um falso "status-social"

Uma vez aprovado no vestibular, é quase um milagre que o candidato venha a ser reprovado na universidade, mesmo mediante um requerimento específico. Só a Índia, com uma população de quase 1 bilhão e 200 milhões de habitantes nos supera no número de "escolas médicas". São 272 faculdades na comparação com as 175 do Brasil cuja população ultrapassa um pouco os 190.000.000 habitantes. Porém, em comparação com a China o escândalo é ainda maior, uma vez que, para 1.322.000.000/hab. há 150 faculdades de medicina. Nos Estados Unidos estamos falando de 129 escolas para 303.000.000 de habitantes.

Pior ainda do que os números é a distribuição dos médicos e a falta de qualidade do ensino, mercantilizado, sem controle e fortemente atrelado a interesses políticos e econômicos. Relevância epidemiológica e social são

patrolados pela ganância empresarial.

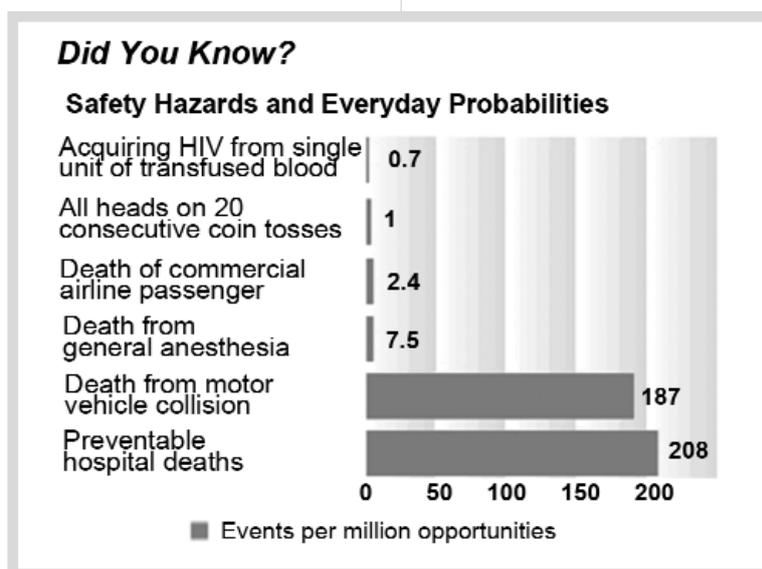
Em um determinado dia, tive a infelicidade de mencionar o Relatório Flexner, cuja aplicação colocou ordem na Medicina Norte Americana e Canadense. O linchamento só não correu por milagre. É bom que se repita que a lei da gravidade e da oferta e da procura são irrevogáveis, não importando se aplicadas à médicos ou bacharéis em Medicina. Medicina podemos aprender em salas de aula ou de cinema. Ser médico é outra história, que jamais poderá ser contada sem o paciente como personagem principal.

Por sua vez, a ética médica não pode aumentar a lista de fatores etiológicos determinantes de morbi-mortalidade. Há uma confusão, proposital ou não, entre corporativismo e ética. É normal morrer de câncer, pneumonia, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral. Anormal, indecente, intolerável e flagrantemente antiético é morrer pela negligência, imperícia e imprudência só porque alguém decretou que médico não pode ser "não admitido" e, muito menos demitido do Corpo Clínico. Aos Diretores Técnicos cabe a função de combater e denunciar o corporativismo pernicioso e contrário ao interesse de uma sociedade que, mesmo protegida pela lei, torna-se fragilizada pela doença e pelo confronto com a finitude. Ingresso no corpo Clínico deve vir ancorado na agregação de valor ou, do contrário, não se poderá falar em segurança assistencial.

Aumentar as condições de segurança do paciente pressupõe o conhecimento dos CINCO MUNDOS DE UM HOSPITAL. Em todos os mundos o médico é um ilustre ausente. Na verdade, o médico visita o hospital e não tem tempo de cuidar do paciente com o tempo e a eficácia exigida. Com a consciência de que erros muitas vezes ocorrem superando os melhores esforços de pessoas e instituições é imperioso reconhecer a existência de uma enorme distância entre o que fazemos e o que precisa ser feito. A figura 6 é auto-explicativa. A racionalidade na utilização dos recursos exige a presença permanente de um tipo particular e

presentemente raro de médico, envolvido e comprometido sistematicamente com os preceitos que regem eficácia, eficiência e segurança.

O nível de complexidade alcançado pelo Hospital Mãe de Deus exigiu uma reformulação do planejamento estratégico para o período 2007- 2009. O quinto mundo dos hospitais é um capítulo à parte na insegurança que permeia o atendimento médico-hospitalar. Parece haver consenso de que nos feriados, fins



1. Transfusion-Allain JP. Transfusion risks of yesterday and of today. *Transfus Clin Biol.* 2003;10:1-5. [go to pubmed]
2. Coin flips-Probability = 0.5 raised to the power of 20.
3. Airline- <http://www.ntsb.gov/aviation/Table3.htm>.
4. Anesthesia-Lagasse RS. Anesthesia safety: model or myth? a review of the published literature and analysis of current original data. *Anesthesiology.* 2002;97:1609-1617.
5. Automobile-Approximately 42,000 deaths annually in US due to motor vehicles; approximately 225 million registered vehicles in United States.
6. Preventable deaths  
Hayward RA, Hofer TP. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *JAMA.* 2001;286:415-420.

Figura 5 - A questão da segurança

de semana e nas noites de qualquer dia, a estrutura hospitalar está autorizada a “funcionar à meia-máquina”, como se as doenças pudessem conceder uma folga milagrosa na sua evolução natural.

Publicação do The American Journal of Medicine aponta para a necessidade de os hospitais aumentarem a robustez das salvaguardas nos finais de semana quando as taxas de complicações sobem nos procedimentos obstétricos e vasculares.

Em se tratando de segurança temos que falar pouco e fazer muito. Nosso Planejamento Estratégico elegeu os seguintes tópicos:

1. Modelo **hospitalista** – Uls
2. Protocolo **Dor Torácica/IAM** - PM e Instituto de Medicina Vascular
3. Reduzir EA por **Medicações de Alto Risco (anticoagulantes / sedativos / narcóticos / insulina)** – Farm Clínica/Uls
4. Projeto **prevenção e tratamento precoce da Sepsis** –CTIA/Uls/SCIH
5. Adequação de **uso de ABT profilático** – CCir/SCIH
6. Protocolo de **Prevenção de PAV** – CTIA
7. Prevenção de infecção por MRSA – SCIH/Uls
8. Programa de Reconciliação de Medicamentos – MCI/Uls/Farmácia Clínica
9. Reduzir Complicações Cirúrgicas(Surgical Care Improvement Project-SCIP)
- 10.Prevenir Úlceras de Pressão – Uls/PM/CTIA
- 11.Prover tratamento seguro e baseado em evidência para Insuficiência Cardíaca Congestiva – Cardiologia
12. “Get Boards on board” – Esse item compromete a Diretoria do Hospital com os processos de qualidade e segurança médico-assistencial.

As ações de segurança já implantadas determinaram um novo modo de trabalhar da máquina assistencial. Quatro grandes e permanentes grupos de médicos assistem aos pacientes o tempo todo: emergencistas, intensivistas, hospitalistas e equipes cirúrgicas, todos contratados e pagos pelo hospital, se alternam nas funções do cuidado e na minimização dos riscos. Cabe a ressalva de que nenhuma fonte pagadora remunera total ou parcialmente esse modelo assistencial. O hospital optou por reduzir as suas margens de lucro em favor da segurança dos seus serviços. A concepção do modelo faz com que a forma de cuidar não fique atrelada ao famoso médico-assistente, mais conhecido como médico-ausente, não necessariamente por irresponsabilidade mas por multifuncionalidade, pela necessidade de estar em vários locais para aumentar seus rendimentos financeiros.

A grande novidade do quarteto médico permanente é a forma de atuar do

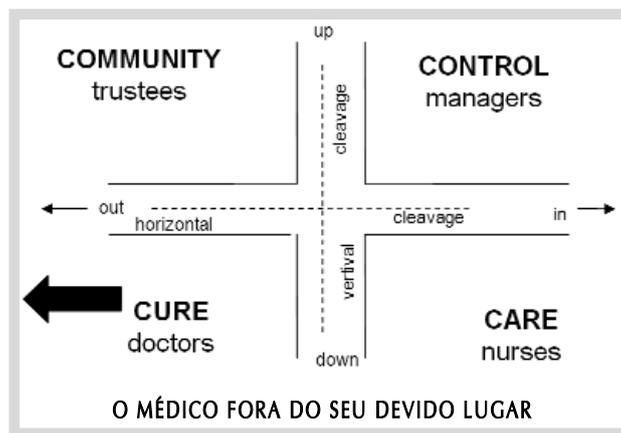


Figura 5 - Four Worlds of the General Hospital

médico-hospitalista, um novo conceito e perfil de médico para uma assistência mais segura. As primeiras publicações sobre o tema foram feitas por dois professores de Medicina Interna da Universidade da Califórnia no New England Journal of Medicine, prevendo a proliferação desse consistente modelo assistencial. É do conhecimento científico o fato de que ocorrem entre 44.000 e 98.000 mortes por erro médico nos hospitais norte-americanos.

Quando adoecemos a capacidade de recuperação se relaciona com o tempo de Início do tratamento.

Sabe-se que tempo é ouro nos casos complexos e graves. Como não resta qualquer tipo de dúvida sobre essa constatação o Hospital Mãe de Deus criou em 2005, os seus TIMES DE RESPOSTA RÁPIDA, com o objetivo de chegar a frente na corrida contra a instabilidade clínica.

OBJETIVOS DO SISTEMA DE RESPOSTA RÁPIDA

1. Identificação de Pacientes Instáveis
  - Redução do número de PCR (parada cardiorrespiratória)
  - Redução da mortalidade hospitalar
2. Atuação Precoce e Seletiva
  - Diminuir os índices de readmissão não programada no CTI
  - Redução do tempo de permanência no CTI (centro de terapia Intensiva) e UCE (unidade de cuidados especiais)
3. Tomada de decisões terapêuticas na ausência do MÉDICO ASSISTENTE
4. Auditar e promover a utilização do protocolo de profilaxia da trombose

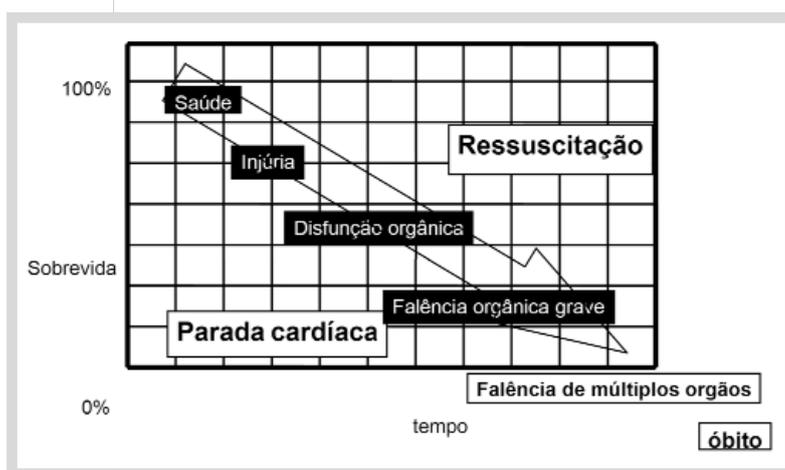


Figura 6 - Adoecimento - A capacidade de recuperação se relaciona com o tempo de início do tratamento - Adaptado de CUTHBERTSON

venosa profunda em pacientes de alto risco

5. Inclusão do médico-hospitalista no Planejamento da assistência e nos sistema de Gestão Clínica

A visibilidade do trabalho realizado pelo time de Resposta Rápida não

demorou a impressionar pelo impacto positivo nos resultados assistenciais. No ano de 2007, considerando-se uma capacidade instalada de 400 leitos, alta complexidade e uma população de mais de 60 anos ocupando 35% dos leitos e uma taxa de

ocupação global média de 86,1%, a taxa de parada cardio-respiratória nas Unidades de Internação convencionais ficou, em média 2,08 pontos percentuais por 1000 saídas. O objetivo maior de desenvolver e implementar processos para identificar riscos, reduzindo ou até eliminando-os por completo vem acompanhado pela quase obsessão por medir. Medida de desempenho é a estratégia para obter resultados e os mecanismos de correção para mudá-los.

Outro dado importante prende-se ao fato de que somente 1,9% dos pacientes que tiveram alta do CTI retornaram nas primeiras 48 horas e a taxa de óbito de pacientes transferidos das unidades convencionais de internação para o CTI se manteve, nos últimos 12 meses em 18%, considerando-se um limite tolerável de até 25%.

Os médicos hospitalistas desempenham uma função relevante e agora imprescindível nos processos de medida da performance institucional. Deles estamos exigindo:

- a) Formação clínica: prática de procedimentos comuns em pacientes hospitalizados;
- b) Formação Educacional: Aquisição e transmissão do conhecimento, auxiliando na implementação de decisões estratégicas de Gestão;
- c) Pesquisa Clínica: Produção do conhecimento para sustentar o modelo médico de assistência hospitalar e aprimoramento de indicadores de qualidade que garantam segurança;
- d) Domínio de Gestão e Liderança: Ascendência técnica e científica que permita coordenar equipes multiprofissionais, garantir conceitos e aprimorar condutas;

É importante frisar que, além dos inegáveis benefícios clínicos, redução de custos e eventos adversos, o modelo protege as equipes

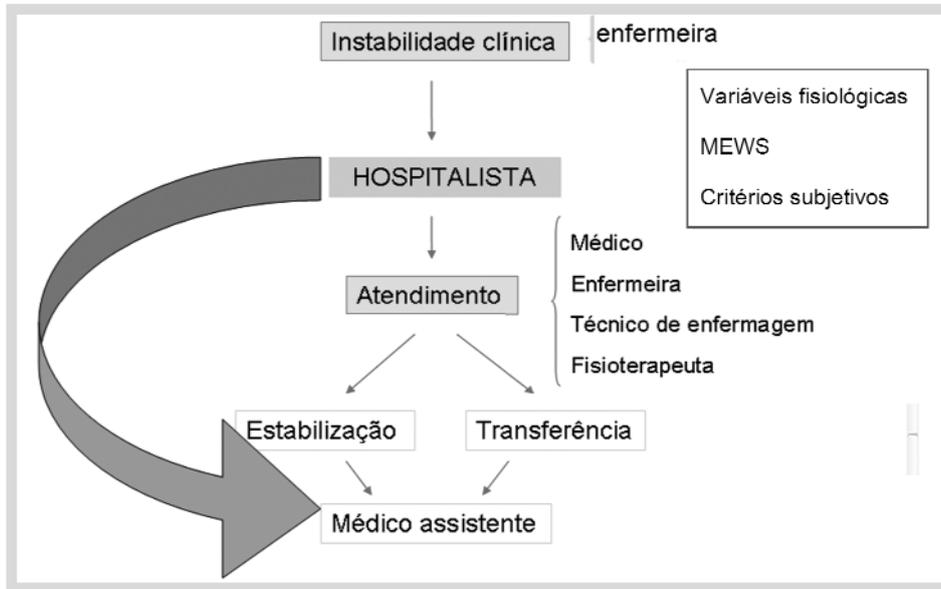


Figura 7 - Esquema gráfico do acionamento do TIME DE RESPOSTA RÁPIDA

e a Instituição das freqüentes e nem sempre bem embasadas ações judiciais.

Segundo a TEORIA OBJETIVA se presume a culpa dos Hospitais e Clínicas por atos praticados por seus prepostos, empregados e médicos a eles vinculados.

O Artigo 14

do Código de Defesa do Consumidor dispõe que “o fornecedor de serviços responde, INDEPENDENTE DA EXISTÊNCIA DA CULPA, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação de serviços, bem como informações insuficientes ou inadequadas sobre a segurança e risco”.

Os médicos hospitalistas têm dentro dentre tantas atribuições as seguintes:

1. Estabelecer, descrever e acompanhar a EPIDEMIOLOGIA das infecções NOSOCOMIAIS em conjunto com o SCIH e CCIH;
2. Aperfeiçoar o PROCESSO DE DETECÇÃO E NOTIFICAÇÃO dos “eventos sentinela”;
3. Acompanhamento dos PROTOCOLOS CLÍNICOS estabelecidos pelas Especialidades Médicas, especialmente no que se refere ao controle do tempo de internação por patologia;
4. Atuar de modo diferenciado no monitoramento de pacientes com risco de alta permanência, idosos e terminais;
5. Gerenciamento do tempo de permanência do Hospital como ferramenta de segurança assistencial e gestão econômico-financeira;
6. Apoio ao Corpo Clínico (médico-assistente) em atividades que envolvam “PROJETOS PRIORITÁRIOS” (Cancerologia, Medicina Vascular, Trauma, Obesidade Mórbida, etc.);
7. Avaliação de pacientes em Unidade de recuperação Pós- Anestésica

(Resolução do CFM/CREMERS);

8. Acompanhamento de pacientes oriundos dos Serviços de Emergência quando internados em Unidade Convencionais;

9. Estabelecer políticas de incorporação tecnológica e uso racional de medicamentos, especialmente os de alto custo e eficácia duvidosa;

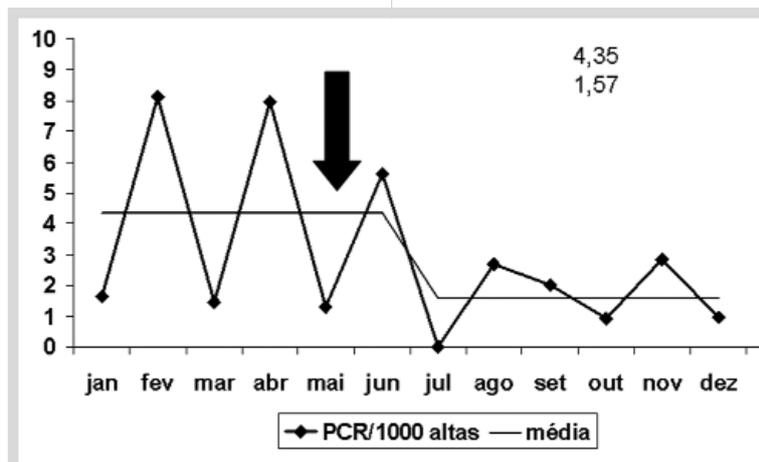


Figura 8 - Impacto do Modelo Assistencial - PCRs - 2008

- 10. Auxílio Clínico ao paciente Cirúrgico;
- 11. Indicação do atendimento em "HOME CARE";
- 12. Domínio do conceito de GESTÃO DE CORPO CLÍNICO.

Ao menos quatro perguntas necessitam de respostas quando um hospital investe no aperfeiçoamento contínuo do seu modelo médico-assistencial:

1. Quanto custa garantir qualidade e segurança?
2. Qual o "poder de fogo" da Instituição na hora de negociar?
3. Quem paga pelos serviços médico-hospitalares tem interesse real em qualificação e segurança?
4. Como os hospitais não têm "balcão de negócios" quem vai ao mercado para saber o que ele precisa e quer em termos de produto?

O Sistema de Saúde Mãe de Deus invoca grandes argumentos para consolidar a Medicina Hospitalar com prática inovadora e confiável:

**1. EDUCAÇÃO E ENSINO**

- Aumento da força de trabalho;
- Atratividade para profissionais qualificados;
- Redução de barreiras e competição nas atividades operacionais;
- Implementação de modelos que garantam crescimento contínuo e segurança;

**2. ESFORÇO CONTINUADO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DO PROCESSO ASSISTENCIAL:**

- Estímulo à atividade multidisciplinar;
- Pirâmide Assistencial;
- Identificação das melhores práticas;
- Informação como recurso crucial para o desenvolvimento destas áreas;

**3. CUSTOS DOS SERVIÇOS:**

- Custos não se reduzem por decreto, nem por resoluções;
- Expansão do controle e maximização dos serviços;
- Redução do desperdício; aumento da qualidade;
- Métrica robusta na avaliação do desempenho;
- Reforço permanente do modelo assistencial;

**4. ABOLIÇÃO DO MODELO DE "MÉDICO-PLANTONISTA"**

- Medicina de Emergência;
- Medicina Intensiva;
- Medicina Hospitalar;
- Equipes Cirúrgicas.

**5. ESTRUTURA – PROCESSO – RESULTADO:**

- Foco na avaliação e na segurança do paciente;
- Atenção permanente às fragilidades e não-conformidades do processo.

A Gestão de Risco, priorizando sempre aos Recursos Humanos e colocando as máquinas no seu devido lugar, significa colocar o médico no seu devido lugar.

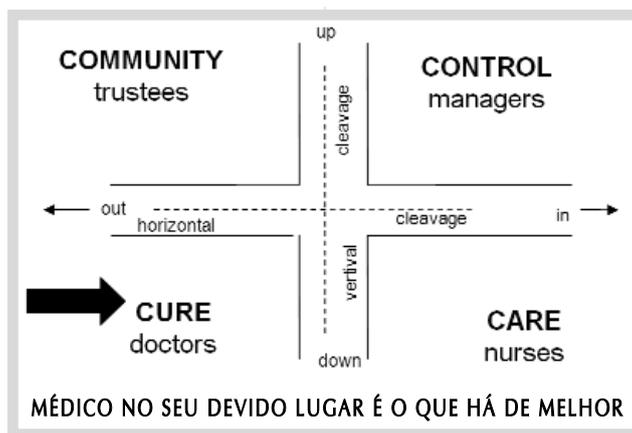


Figura 9 - Four Worlds of the General Hospital

qualificação, produção e difusão do conhecimento e a segurança médico-assistencial foi o vetor responsável por colocar em funcionamento a estrutura corporativa de gestão. Tal estrutura pode muito bem consolidar a fusão ente a Assistência, Ensino e Pesquisa Clínica, tríade indispensável na gestão assistencial. Os serviços médicos especializados, chefiados por médicos de reconhecida capacidade, compromisso, atitude e postura, alimentados permanentemente pelo Serviço de Epidemiologia e Gerência de Risco dão consistência e robustez ao Corpo Clínico. Pretendemos transformar o prontuário do paciente no instrumento número 1 da segurança, permitindo que através dele possamos atender às demandas assistenciais, legais, jurídicas, éticas, de ensino e pesquisa clínica. Hoje, na maioria dos hospitais, o prontuário do paciente, que deveria ser a origem do patrimônio clínico do hospital, não passa de um amontoado de papéis, guardado num amontoado de prateleiras empoeiradas e que não serve nem aos propósitos assistenciais e nem mesmo aos financeiros.

Queremos que nossas máquinas sofisticadas sirvam para fazer diagnósticos precisos e não um grande número de exames para pagar as contas.

1. Há sérios problemas de qualidade e segurança.
  - Entre o atendimento prestado e o atendimento que pode ser oferecido existe um grande abismo.
2. Os problemas são originados muito mais de sistemas deficientes do que de pessoas frágeis.
  - Na sua forma atual os sistemas de saúde são incapazes de oferecer ao público um atendimento de qualidade esperada.
3. Iniciativas existem... mas pressupõem mudanças.
4. A falibilidade é parte da condição humana e isso não podemos mudar.
5. Impecabilidade é possível. Cuidar do ser humano é cuidar de quem cuida dele.
6. Segurança e eficácia não aparecem por geração espontânea. Exigem mudanças, desgostam pessoas, contrariam interesses nem sempre legítimos e têm alto custo político.

Porém, nenhuma dessas dificuldades emperrou embora tenha dificultado o nosso extraordinário crescimento, especialmente na última década. Pensar grande tornou-se uma ferramenta chave da gestão médico-assistencial em função do gigantesco compromisso social com a segurança na atenção hospitalar e da idéia de Giles Montgomery: "nunca se ouviu falar de Alexandre, o Médico".

Leis de Murphy...

- Tudo o que pode vir a dar errado, dará errado
- Um número infinito de pessoas aparecerá de um número infinito de lugares, num intervalo infinitesimal de tempo, DEPOIS de um acidente, para dizer o que era necessário fazer ANTES do acidente para evitá-lo
- Prever o pior é, em geral o que há de melhor

O compromisso do Hospital Mãe de Deus com a informação,

COMPETITIVIDADE E REGULAÇÃO ■

# A atividade regulatória e o mercado de Saúde

Álvaro Escrivão Júnior

Médico, doutor em Medicina pela FM-USP; professor da FGV-EAESP e coordenador adjunto do GVsaúde

**O OBJETIVO DESTA PARTE** do nosso encontro é perquirir aspectos do fenômeno regulatório na área da Saúde, enfatizar a ação nas empresas reguladas, como essas organizações podem ser competitivas num setor regulado. De acordo com a nossa proposta de trazer à discussão experiências de fora da área da Saúde, vamos conhecer as experiências de duas agências de regulação para verificar quais os paralelos que podem ser traçados com as vivências externas ao nosso setor – que, em geral, são experiências mais maduras. Neste sentido, é preciso ressaltar que a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma organização muito jovem, que ainda está engatinhando e aprendendo a fazer a regulação.

Para esse debate, temos a satisfação de contar com as participações de Fábio Dantas Fassine, Gerente Geral Econômico-Financeiro, da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar; e de Moisés Gonçalves, Gerente Geral de Outorga, Acompanhamento e Controle das Obrigações Contratuais da Agência Nacional de Telecomunicações.

Em primeiro lugar, devemos entender a atividade regulatória como uma missão de autoridades públicas, que não deve ser contestada em seu princípio, uma vez que garante a concepção dos contratos, estabelece a segurança necessária às atividades econômicas. Essa é uma função cada vez mais presente na área da Saúde, uma atividade de regular a ação dos entes privados.

A questão que surge em seguida é a da necessidade da regulamentação. A Saúde é considerada uma área de interesse público e o seu mercado tem que ser regulado.

Desse modo, o que está em debate não é a existência da regulação, mas sim como que ela vai ser feita. É a idéia de um marco regulatório, conceituado como um conjunto de regras, orientações, medidas de controle e valoração que possibilitam o exercício do controle público em atividades de serviços públicos. Em linhas gerais, a regulação tem uma atividade de fiscalização, faz parte da missão do órgão regulador fiscalizar, intervir – ela tem esse poder – e orientar, e ainda estimular que as empresas tenham práticas que alcancem o interesse público.

Outra questão muito importante na regulação – isso é uma coisa que, às vezes, não é bem compreendida na área da Saúde – é que o ente regulador é equidistante das partes envolvidas. Ou melhor, ele está do lado do interesse legítimo do usuário, vale dizer, do interesse público. Portanto, o órgão regulador sofre pressões de todos os lados e tem que se manter equidistante, tendo esse compromisso de garantir que o mercado funcione segundo as regras.

O termo *marco regulatório*, pode ser entendido como um conjunto de políticas formuladas para que a Sociedade tenha benefícios públicos a despeito das regras de mercado. Parece haver uma concordância quanto à capacidade de regulação e estabelecer normas de condutas a serem adotadas, visando ao atendimento dos interesses coletivos e mais gerais. Esta é a função do marco regulatório.

No campo da Saúde, o principal objeto da regulação é o sistema de Saúde como um todo, uma vez que a Saúde é considerada

constitucionalmente como um bem essencial e de relevância pública. Desse modo, a regulação tem um direcionamento, que é o de regular uma função que é um bem essencial e de relevância pública. Nesse sentido, a formulação de políticas de Saúde e o respectivo controle são responsabilidades do governo, constitucionalmente.

No que concerne ao mercado suplementar em Saúde, a perspectiva da ação regulatória se reveste de importância-capital, em virtude da defesa da concorrência no mercado e do interesse público no que se refere à assistência suplementar à Saúde. Dessa forma, uma

questão fundamental do mercado é garantir a competição e evitar o monopólio, práticas não adequadas de funcionamento do mercado. É isso o que se discute hoje, em um contexto de consolidação das operadoras de planos de Saúde. Há um movimento visível de sua consolidação. E a Anatel tem muito que contar para a gente dessa consolidação que já vem acontecendo há mais tempo

A SAÚDE É CONSIDERADA  
UMA ÁREA DE INTERESSE  
PÚBLICO E O SEU MERCADO  
TEM QUE SER REGULADO. O  
QUE ESTÁ EM DEBATE É A  
IDÉIA DE UM MARCO  
REGULATÓRIO

em sua área de regulação.

O *locus* regulatório da Saúde suplementar é a ANS, uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde e que tem essa função. O processo de regulação da ANS ainda é incipiente, o que torna necessário o enfrentamento de temas complexos, estruturantes, como o desafio de entender a natureza da regulação, seus avanços e limites, a dimensão da organização do subsetor, o financiamento da oferta de serviços, as modalidades, as redes, as complexidades. E a ANS tem atuado em todas essas frentes em seu programa de qualificação das operadoras, por exemplo, agência induz algumas práticas nas operadoras, mas, por outro lado, inúmeros outros entes – o mais importante deles sendo o poder Judiciário – envolvem-se as questões que deveriam estar sendo tratadas no campo da regulação e isso não é nem específico da Saúde.

Essa judicialização, na verdade, faz com que o poder Judiciário – e isso deve ser discutido – promove o que pode ser chamado de “*invasão*”, pois estou olhando do ponto de vista da Saúde. Contudo, um integrante do Judiciário poderá afirmar exatamente o contrário. Mas, na prática, a ANS está sendo desafiada pelo poder Judiciário. Quer dizer, se a Agência não consegue entrar e dar uma resposta, a Sociedade provoca o Judiciário que, justa ou injustamente, adequada ou inadequadamente, dá uma resposta que muitas vezes se choca com o órgão regulador.

É esse o conjunto de questões que será discutido aqui: como isso interfere no funcionamento do mercado e a regulação.

# A Anatel e o modelo regulatório no Brasil

Moisés Gonçalves

Regulador da ANATEL - Gerência Geral de Outorga, Acompanhamento e Controle das Obrigações Contratuais

**ESTE TRABALHO TEM** por finalidade traçar um panorama do nosso modelo de telecomunicações desde o conceito inicial, passando pelos resultados e entrando na área de concorrência.

Na exposição de motivos que suscitou o nosso modelo de privatização, o foco já estava muito claro. Verificava-se que mais de 80% dos terminais residenciais concentravam-se nas famílias de classes A e B, o que mostra que as classes menos favorecidas não dispunham de atendimento individualizado; as pessoas não contavam também com adequado atendimento coletivo, uma vez que os estabelecimentos públicos eram insuficientes e mal distribuídos geograficamente. Na hora em que se começa a discutir qualquer modelo regulatório, a base que se quer é: onde se quer chegar, qual é a visão que se tem, a meta que se quer atingir.

Estava muito claro na exposição de motivos da privatização, qual era a meta; onde se deveria chegar e que tipos de problemas teriam de ser resolvidos. A partir disso, todo o raciocínio e toda a regulamentação da *Anatel* foi norteada.

Em decorrência disso, temos as seguintes premissas: universalizar o serviço – levar a todos – sendo que estão claras na regulamentação quais são as metas a serem atingidas pelas operadoras em regime público, tanto de universalização quanto de qualidade, ou seja, gradativamente as operadoras teriam que sair da realidade que se encontravam para mostrar resultados ano a ano, melhorando gradativamente, como o fizeram. Gerar competição e novas oportunidades de investimento; fortalecer o papel regulador do Estado diminuindo a sua atividade de empresário – isso tudo constava do modelo inicial; aumentar e melhorar a oferta de serviços em todas as regiões; criar oportunidade de melhoria tecnológica industrial; maximizar o valor de venda das estatais; criar condições para o crescimento do setor e respeitar as necessidades de universalização – sempre focado no usuário, sempre baseado na necessidade dele.

A *Anatel*, criada pela Lei 9 472 - LGT é uma autarquia especial; com autonomia administrativa, financeira, ausência de subordinação hierárquica e mandato fixo de estabilidade aos dirigentes. As suas principais funções são: prerrogativas de fiscalização setorial, competência normativa, composição de conflitos e repressão às infrações aos direitos dos consumidores e à ordem econômica.

O modelo regulatório apresenta uma faceta importante que é a divisão, sob administração da *Anatel*, tanto em regime público quanto em regime privado. No regime público o caráter é a socialidade e a necessidade de continuidade e universalização, asseguradas pela própria União. Isso inclui também a parafernália eletrônica utilizada por elas na prestação direta de serviço, que é considerada um bem reversível. Portanto, se a empresa decidir que *não quer mais prestar serviço*, todos esses bens retornam a *Anatel*, que repassa ao novo prestador do serviço, obedecendo a disposições regulamentares. Tudo isso é administrado por nós. Já para o regime privado os princípios normais da atividade econômica: liberdade à regra, condicionamentos vinculados ao proveito coletivo e às finalidades públicas de cada serviço, seja ele móvel, serviços vinculados à banda larga e demais serviços.

Quanto à abrangência dos interesses atendidos, temos tanto interesse coletivo - prestação à coletividade, quanto interesse restrito. Classificamos os nossos serviços de acordo com essas formas: regime de prestação e abrangência dos interesses. Aí existe uma balança: de um lado o telefone fixo, em regime público, com obrigação de universalização, com continuidade, e do outro lado ele também sob o regime privado; e os outros serviços todos: serviço móvel, de comunicação multimídia, etc - todos eles em regime privado. São as duas balanças que administramos.

Quanto aos resultados gerais para o cidadão, houve, objetivamente, uma queda grande nos custos de circuitos de dados, longa distância e LDI, que todos sentimos no bolso. Um grande aumento da disponibilidade de infraestrutura de telecomunicações no país, tanto em telefonia fixa e móvel incluindo telefones públicos e banda para tráfego de dados. E também ganhos muito grandes na qualidade de serviços. Quem vivenciou antes da privatização a solicitação de um telefone assim como seu preço, sabe bem o que era isso, o tempo que levava para instalar, reparar, etc; tínhamos filas de dois anos, preços exorbitantes para cada linha – hoje, existe uma realidade muito diferente. Nos dois ou três primeiros anos de concessão, a primeira meta de qualidade foi acabar com a fila de pedidos de telefone que estava desatendida a vários anos – apenas para se ter uma idéia do que era a qualidade à época...

Em 1999 tínhamos 22 milhões de telefones fixos e chegamos, em 2006, a 39 milhões tendendo a estabilização e a queda, inclusive. Nesse ponto, especificamente, é importante mostrar como foi que conseguimos universalizar. Em nosso

plano geral de metas de universalização evoluímos de 1999 a 2005, por exemplo, de localidades com acesso individual – telefone em casa - em 2001 trabalhávamos com localidades com mais de mil habitantes; em 2003 decrescemos para mais de 600 e hoje nós estamos com mais de 300 habitantes. Ou seja, em qualquer localidade com mais de 300 habitantes a concessionária tem de instalar acesso individual com uma semana de prazo para atendimento, a partir da solicitação.

Localidades com TUP – Terminal de Uso Público, o *orelhão*, em 1999 a obrigatoriedade de instalação era em localidades com mais de mil habitantes e hoje estamos em mais de 100 habitantes. Ou seja, qualquer “*currutelazinha*”, como gostam nas novelas, tem um orelhão, inclusive em aldeia indígena. Diga-se de passagem, que, em 2005, uma aldeia indígena foi o orelhão de maior tráfego no país. Essa é uma curiosidade.

O prazo de instalação, em 2001, era de quatro semanas, para o acesso individual, e hoje estamos com uma semana. Na densidade de *orelhões* por mil habitantes, começamos em 2003 com meta de 7,5 e hoje estamos com 6 *orelhões* por mil habitantes. Na distância entre orelhões, começamos em 800 metros na época da privatização e hoje estamos com 300 metros entre um e outro. Gradativamente, fomos nos aproximando do alvo de atender os usuários. Todo o regulador tem que trabalhar com visões reduzidas do universo que quer atingir. Há que se ter um foco que seja objetivo para a população – e aí que está a grande dificuldade de se conseguir abstrair de uma multiplicidade de necessidades que a população sempre coloca, alvos para que as prestadoras tenham que atingir. Em uma primeira visão, esates foram os escolhidos. Hoje está mudando.

Em função disso, a evolução dos Terminais de Uso Público, teve um crescimento muito significativo de 1999 a 2001, saindo de 700 mil para 1,4 milhão e, hoje, com o advento do telefone pré-pago, dos telefones celulares,

especialmente o pré-pago, eles vêm gradativamente ocupando um pouco o espaço dos terminais de uso público. A própria política de telecomunicações começa a querer substituir parte desses telefones de uso público por outros benefícios da sociedade que estão sendo discutidos hoje muito fortemente em torno da banda larga e de outros objetos de telecomunicação.

Nos domicílios com telefone nota-se claramente a mudança de tendências, tendendo a uma estabilização. O uso só do telefone fixo em franca diminuição e o uso só do móvel em franca expansão. Nos números é muito interessante perceber que, em 2003, a parte só móvel tinha 20 milhões contra 23; em 2004 ela praticamente empatou, em 2005 ela dobrou em relação ao fixo e, em 2006, ela triplicou – o que mostra uma evolução angulada da telefonia móvel.

Localidades no país com o serviço telefônico fixo contratado, nós também saímos de 18 mil para 34 mil, praticamente em todo o país. No tocante à qualidade, é muito interessante mostrar também que no ano seguinte à privatização saímos de um índice de 80% de cumprimento das metas, para, em

2005, a 97,5% dos 15 mil itens. Em 2005, mudamos a metodologia. Passamos de 15 mil, antes de qualidade, para algo em torno de 120 mil, com isso o índice caiu para 86. Mas, o grau de acurácia aumentou muito e a tendência agora é que começemos a recuperar o índice como um todo, mas os padrões de qualidade aumentaram muito em relação ao era na época da privatização.

Em termos de serviço móvel pessoal, a curva não pára de crescer e é um mercado que realmente está dando bastante trabalho em relação à competição. Desse mercado, 80,66% é telefonia pré-pago.

Quanto ao controle de competição, a primeira premissa básica, o elemento estratégico com que se trabalha na *Anatel* para a construção das nossas coisas de competição é a boa regra, ou seja, que consigamos trabalhar com regulamentos que sejam estáveis e atualizados frente ao contexto de prestação de serviço, o que numa área totalmente orientada à tecnologia não é fácil. Essa é, inclusive, uma das grandes colocações que o mercado sempre pondera na pressão tradicional sobre o regulador: como manter a regulamentação estável, frente a um mercado que está mudando todo o dia. Fica-se naquele desafio de querer ser atual, mas não circunstancial, ponderando entre esses dois universos para tentar ter instrumentos que sejam realmente bons para o mercado e tragam efetividade na regulação – lógico, as duas combinadas: a estável e a atualizada.

A outra vertente é a figura do bom juiz: ou seja, independente e eficaz. Nenhuma das duas é fácil, frente tanto a um contexto de independência - que não é fácil de conquistar e a eficácia frente a esse cenário de mudança constante, que também não é fácil de manter, porque a regra não pode ser vista como circunstancial, é necessário conseguir dar a ela uma estabilidade tal, que o investidor lá de fora olhe e pense: *Existe uma regra. Eu vou colocar o meu dinheiro ali porque tem uma regra estável.* Isso não é fácil frente ao contexto tecnológico e frente às pressões de dar uma visão mais de governo do que de

TODO O REGULADOR TEM  
QUE TRABALHAR COM VISÕES  
REDUZIDAS DO UNIVERSO QUE  
QUER ATINGIR. HÁ QUE SE TER  
UM FOCO QUE SEJA OBJETIVO  
PARA A POPULAÇÃO

estado à regulação. Isso não é fácil de harmonizar.

Uma outra vertente são os competidores - vai um grande trabalho do regulador aí, no sentido de amadurecer estes *players*, ou seja, forçar através das suas regras que eles tenham um comportamento profissional também. Nós vamos detalhar um pouco mais isso no final, mas é muito importante que através das suas regras eles tenham um cunho de formalidade tanto com o regulador, quanto entre eles. Não adianta nada um *player* reclamar que não está conseguindo uma determinada infra-estrutura para conseguir levar um serviço adiante, se ele não tem um bom contrato com o seu fornecedor de infra-estrutura. Se não tem uma infra-estrutura jurídica bem consistente, não adianta recorrer ao regulador porque ele não vai ter instrumento para ajudar.

Assim, a formação desse bom competidor, é uma vertente muito forte que precisa estar cotidianamente presente em cada um dos atos; em cada um deles é preciso forçar o competidor a estar presente junto ao regulador com consistência, ou seja, estruturar bem os seus processos, não adianta me mandar "qualquer processo"; se necessário devolvemos 30 vezes o processo para nova instrução, mas tem que vir um processo bem instruído. Isso faz parte do acultamento do regulado, faz parte da previsão de ônus dele com o custo regulatório, o que inclui seus advogados e técnicos. Faz parte do amadurecimento dele. Então essas são as vertentes que a Agência procura seguir.

Algumas disposições relevantes da nossa lei: a *Anatel* visa organizar o serviço de telecomunicações, com base no princípio da livre, ampla e justa competição entre todas as prestadoras, atuando com afinco para propiciá-la, bem como para corrigir efeitos da competição imperfeita e reprimida, em infrações da ordem econômica. Para não ficarmos exclusivamente em torno da legislação, veremos apenas as centrais. Prevê a aplicação das normas gerais de proteção à ordem econômica ao setor de telecomunicações e compete à Agência exercer relativamente às telecomunicações e as competências legais em matéria de controle, prevenção e repressão às infrações da ordem econômica, ressalvadas as pertencentes aos CADE.

Existem na nossa legislação, vedações contra a exploração de uma mesma modalidade - fixo ou móvel - de serviço por uma mesma empresa em região ou área de prestação. Essa foi a forma que se achou, na elaboração do modelo, de restringir a atuação das empresas. Cada uma só pode atuar na sua área, dentro da sua modalidade - não pode invadir a área da outra e visa propiciar competição podendo, para isso, estabelecer restrições, limites ou condições à empresa ou grupos empresariais. Ou seja, a hora em que achar que essa regra não está adequada, muda a regra. Posso, por meio da regulamentação, dar uma melhorada na regra em função da realidade corrente.

Os órgãos do sistema brasileiro de defesa e concorrência: CADE, SBDC e os órgãos setoriais às outras agências. Competência, prevenção e repressão das infrações de ordem econômica e garantir a ampla liberdade de concorrência.

Existe já uma dinâmica de interação entre o CADE e a *Anatel*. Hoje, a proximidade é bem maior, inclusive com visitas freqüentes de par a par, para discussão antes dos processos. A instrução do processo que vai ao CADE é toda feita na *Anatel*. Para que se instrua dentro de uma diretriz que não dê divergências de abordagem, faz-se uma interação prévia para conseguir ter um desenrolar mais tranquilo de qualquer questão. Cada órgão possui racionalidade distinta, *expertise* própria, as ações devem ser coordenadas,

agindo em conjunto para a mais ampla satisfação dos interesses coletivos, primando assim por uma interação entre os órgãos do sistema. A idéia é que realmente os processos saiam mais bem instruídos.

No controle preventivo, a Agência atua na apuração do controle e transferência de controle que seja objeto de vedação, restrição, limites ou condicionamentos; as empresas submetem essas operações societárias para uma anuência prévia da *Anatel*. Então, a qualquer movimentação societária antes de ser finalizada tem que passar na *Anatel*; é aberto um processo que é submetido ao nosso Conselho para que seja deliberado a respeito. Caso na operação estejam incluídas hipóteses da Lei 8 884, aí sim competirá às partes envolvidas submeter também o ato de concentração à agência; esta, por sua vez, deverá instruí-la e submetê-la ao CADE para decisão. Temos duas esferas claras de análise dos processos de operações societárias.

O nosso objetivo é verificar se a mesma pessoa física ou jurídica detém, de forma direta ou indireta, a exploração da mesma modalidade de serviço nos regimes públicos ou privado em uma mesma região do PGO. Ou seja, cumprimento da nossa base regulamentar de forma prévia - Anuência prévia.

Como ali já tem "atribuir uma competência para apurar as infrações relativas à telecomunicações, instruindo os correspondentes processos, quando atinge um setor, ou seja, cometidas por prestadores de serviços de telecomunicações, ressalvadas as competências pertencentes ao CADE." Na hora em que esbarrou na 8884, envia-se para o CADE.

Essa verificação preliminar, a idéia é fazermos sempre uma verificação, uma averiguação preliminar, antes de entrar em um processo dentro da *Anatel*. Fazemos um processo de investigação que visa apurar indício de infração de ordem econômica. Ele se justifica pela insuficiência de indícios para abrir um processo administrativo. A partir do momento que abro um processo administrativo, já começo a me aproximar do processo de sanção, então por isso que fazemos toda uma averiguação preliminar, para depois entrar na seara do processo administrativo. Pode ser iniciado tanto de ofício como a vista de representações. Quer dizer, em telecomunicações temos muito a interligação entre os prestadores. Em uma chamada de longa distância de qualquer um de nós, a sua empresa, por exemplo, pode não deter a rede local em que você está. São pagas transferências, interconexões entre as várias empresas em cada chamada.

Existem documentos de encontro de conta de tráfego entre cada uma delas. Tudo isso suscita que *players* que não estejam satisfeitos com a prestação de serviços daquele segundo *player* que vende a infra-estrutura para ele, faça uma representação na *Anatel* contra qualquer tipo de postura que considere não adequada. Então por isso que pode ter uma representação escrita e fundamentada de terceiro.

Havendo indício de infração, instala-se um processo administrativo; não havendo indício, procede-se ao arquivamento e dá conhecimento ao CADE. No processo administrativo já se tem a idéia se há indício; se há, o processo administrativo também pode ser iniciado tanto de ofício quanto de representação. Hipóteses de conclusão: caracterizada a infração, a *Anatel* remete os autos para julgamento do CADE; não caracterizada a infração, arquivase o processo e comunica-se ao CADE para que ele consiga fazer o papel dele. O final do nosso processo administrativo é chamado de PADO, que é o Processo de Apuração de Descumprimento de Obrigações. Isso é um

processo dentro da *Anatel* que, a partir do momento em que a *Anatel* fiscalizou e julgou descumprimento de regulamentação, ele vai ser apenado.

A base regulamentar utilizada é a Lei 9 472. O nosso Plano Nacional de Outorgas, é onde dizemos claramente que *player* atua em que áreas. O regimento interno da *Anatel* e essas normas, que são as normas de instrução de processos administrativos e de apuração de controle e transferência de controle, são as normas que regem cada uma dessas fases.

A partir dessa base foi possível mostrar quais são os desafios a que esse regulador se vê colocado. Antes, na égide do conceito do primeiro slide, tínhamos a demanda que era por linha fixa. Hoje nós temos linha fixa, celular, Internet, conteúdo, serviço. Ou seja, o usuário quer solução. Uma frase muito interessante, dos executivos da área, que é: *o usuário já nasceu convergente*. Quer dizer, se chegou facilidade à mão dele, ele quer mais. Isso não é só na classe A; tem carroceiro de celular visando receber chamadas para contratação do serviço que vende. Então ele já nasceu convergente, nós técnicos é que temos que correr atrás para fazer a regulamentação que dê conta dessa história.

Em termos de telefonia fixa, a grande demanda já foi atendida. Hoje já tem uma oferta coerente com a demanda. Há espaços? Claro que há. Há falhas? Sempre vai haver. Mas, já tem uma cobertura muito grande. Em termos de universalização, o foco era a expansão da rede fixa, o número de linhas e tubos, como vocês viram lá no conceito. Então nós usávamos regras isonômicas.

Hoje já tem uma ampliação de usos, já tem segmentos desfavorecidos que querem tratamento especializado, já tem ação focada, tem a Internet que pode ser usada – como está sendo pleiteada agora em escolas, em postos de serviço, em área rural. O nosso agro-negócio demandando muito recurso e, infelizmente, a nossa rede não ainda não chegando até lá. São necessárias regras mais arrojadas para a área rural. São regras que parecem sinalizar que se precisa de algo mais em relação às regras isonômicas - como era aquele quadrinho lá de: a partir de tantos habitantes, tal recurso deve ser instalado. Parece que precisa de regras mais específicas, precisa de um novo conceito de serviço universal. Só que trabalhar o conceito para começar uma discussão é uma coisa muito complicada, porque só se consegue colocar os atores sintonizados em torno de uma mesma discussão a partir do momento que se tem um conceito bem consolidado. E, consolidar um conceito, com as divergências ideológicas que temos, é muito difícil. Então, esse tipo de discussão precisa ser fomentado ainda.

Em termos de terminal, antes nós tínhamos um para cada objetivo; telefone era para falar. Hoje o que nós temos nos nossos celulares aí? Tudo. Tecnologia. Antes tínhamos a solução centrada em telefonia fixa e hoje temos uma multiplicidade de tecnologias para os mais diferentes fins. Ou seja: solução, está focada em solução. Como levar uma regulamentação para esse grau de mutabilidade do mercado é o nosso desafio.

Bom, então aí eu estou listando um pouco os desafios e oportunidades. Correto levantamento e evolução das expectativas dos usuários. Este é, na minha forma de ver, o maior desafio regulatório. O que é o que o meu cliente quer? O que é que meu usuário quer realmente? E no Brasil nós temos diferentes "Brasis". Então o que é que cada um quer, em cada lugar? Como mapear isso e fazer uma regra que contemple a todos esses? Não é fácil e isso

é um trabalho regulatório hercúleo.

A estruturação das equipes operacionais é uma consequência natural da dificuldade do trabalho de cima. É preciso ter, na agência reguladora, um regulador que permaneça ali mais tempo. Se não tem salário, ele não permanece; no próximo concurso ele sai. E cadê a história da qualidade regulatória? Está saindo.

Assim, a estruturação das equipes da Agência é um desafio. A velocidade de re-organização do mercado também é outro desafio. Temos a atuação com empresa de telefonia fixa e móvel e as empresas de rádio e TV estão entrando também no segmento. E como se não bastasse, o vetor informacional está entrando com tudo e questionando esses *players* que atualmente estão no mercado, e com muita força; vêm com capital, com capacidade de investimento. E o país precisa de investimento. Então como "toureare" os *players* num mercado como esse? Precisa-se de qualidade regulatória.

Políticas de facilitação do uso de infra-estrutura da dominante pela entrante. Ou seja, os primeiros anos do modelo geraram uma infra-estrutura para o país extremamente significativa. Foi uma vitória fantástica para o país. Hoje não temos problema; levantamos o nosso telefone fixo e sabemos que ele funciona bem e conseguimos em uma semana um outro terminal na nossa casa, se precisar. Isso para as empresas vale ouro. Então é um ganho muito grande. Essa infra-estrutura vai servir de base para a implementação de vários outros serviços. Necessita-se de regras claras de venda de infra-estrutura para todos os entrantes.

Existe nessa área um recurso chamado FUST, de que o pessoal da saúde já ouviu falar bastante. A despeito da sua não utilização nesses anos todos, é uma senhora ferramenta de regulação, porque acaba sendo um *budget* que pode ser usado naquelas áreas onde não há resposta comercial; não tem renda; não tem como você fazer a empresa chegar lá porque a empresa não vai ter retorno nisso aí. Então ou você faz uma outorga tipo "filé com osso" – toma alguma coisa que dê dinheiro e vá lá onde não dá dinheiro, ou então você usa o Fundo, que tem uma similaridade muito grande na sua legislação com as PPPs e pode ser uma vertente interessante de colocação de solução para os lugares que não têm retorno comercial. Só que para fazer esse tipo de investimento precisa-se do que? Precisa de capacidade de planejamento a longo prazo para poder atingir, e para ver quando isso vai amadurecer.

Há uma outra vantagem na *Anatel*, que são as boas ferramentas de contratação. Além da licitação, existe lá a figura da imputação, que inclusive foi usada agora na primeira utilização do FUST para deficientes; que é você pegar a empresa em regime público e mandar ela fazer: *Vá lá e faça. Me diga qual o seu custo que eu reembolso*. Nós fizemos isso para deficientes. Agora foi o primeiro uso do FUST. É uma ferramenta bastante versátil, um excelente recurso.

O fato da inclusão digital estar "na mídia", também é uma oportunidade muito grande, porque é mais fácil de cooptar pessoas para estarem numa mesa de discussão, é mais fácil trazer cooperação internacional e colocar o assunto em discussão porque tem mais gente querendo fomentar. Em uma audiência pública ou uma consulta públicas – feita continuamente em todos os instrumentos da *Anatel* – começa a vir mais gente porque o assunto interessa. Todos estamos usando Internet, banda larga o tempo todo, então interessa uma regulação, uma regra que seja boa para todos. Dificulta mais o nosso trabalho porque numa consulta pública ao volume de contribuições é grande e sua

consolidação volumosa, mas em compensação é tudo isso o que a gente quer - são proposições novas, são coisas que estão sendo colocadas que você pode usar para a melhoria das suas regras.

O posicionamento aos órgãos de controle também tem sido muito interessante. A diferença no passado é que o órgão de controle vinha a posteriori. Dizia: *Olha, está errado ali e está errado ali. Estão pedindo para você refazer isso e refazer aquilo*. Ele vem trabalhando antes; temos ido discutir antes e tentado colocar para a sociedade proposições já fechadas com o Tribunal, principalmente com o TCU, para evitar que no futuro o regramento seja questionado ou que venham coisas contra a posição que a Agência vem utilizando. E a atual posição da economia também ajuda muito porque nós estamos tendo muito mais facilidade de financiamento, de crédito mais fácil para poder alavancar novas iniciativas.

Para os novos contratos de concessão as duas coisas importantes são as tarifas orientadas a custos, é um desafio para o mundo inteiro. Todo mundo está querendo fazer isso, mas é realmente um desafio. O centro desta linha hoje é o DSAC - Documento de Separação e Alocação de Contas, no qual cada empresa já está nos mandando seus custos abertos para que comecemos a sustentar a parte de cima. Ou seja, já temos um processo no qual ela está nos mandando todos os itens de custo que queremos contabilmente e comecemos a tentar pensar em qual seria a tarifa que ela, por exemplo, vai vender para um *player*. Fica mais fácil quando se “vê” os custos, mas é um trabalho muito volumoso; vai ser alguma coisa que realmente vai trazer muito diferencial para o mercado. A idéia é estabelecer novas regras, prazo, condições para fornecimento – justamente pelo o que eu falei – para a venda da infra-estrutura que a dominante já tem. Ou seja, fornecimento de meios, cadastros de usuários que ela tem que fornecer - serviços, volume de tráfego entre elas – o detalhamento do tráfego que origina e recebe.

A idéia é que haja muito incentivo à competição, melhorando a acurácia de quem é o nosso PMS, quem tem o nosso poder de mercado e as regras para a colocação à disposição de serviços essenciais. Ou seja, não dá para vender dificuldades, tem que vender facilidade. A rede já está colocada, já está instalada. Logo, temos que ter um regramento claro para que ele ofereça essa infra-estrutura para o entrante que está querendo montar o seu novo serviço.

A multidisciplinaridade é um dos desafios de postura do regulador. Atualmente há um elevado *turnover* nas equipes de regulação. Os concursos e provas para entrada na Anatel foram muito exigentes. Como resultado, entraram pessoas muito capacitadas. Como a evolução da remuneração não acompanhou este fato, o *turnover* está entre 20% e 30%. É difícil manter uma cultura, muito mais com essa multidisciplinaridade. Você tem que entender dessas coisas todas. Não há como, por exemplo, trabalhar bons números sem contar com estatísticos e contadores que possam analisar com profundidade esses números que estão chegando. Da mesma forma, a vertente do direito e da economia, se não for bem tratada, a história se perde. Então esse é um desafio muito grande, de manutenção dessa qualidade regulatória.

Celeridade e precisão, negociação e mediação são elementos fundamentais.

Rigor e economia processual. Transparência é algo que ocorre muito nas audiências públicas; qualquer instrumento nosso passa por consulta interna e por consulta pública, de forma que as pessoas tenham a possibilidade de estar interagindo com cada uma das modificações regulamentares. Prevenção e proatividade. Quer dizer, o regulador é o agente hoje no nosso modelo que tem que antever, que tem que projetar, que tem que subsidiar o elaborador de políticas com trabalhos que sustentem as novas idéias, novos conceitos, novas políticas. Ele que tem que fazer esse processo e para isso ele tem que ter gente qualificada.

Da mesma forma que precisamos de bom regulador, precisamos de bons competidores. Que compreende, cumpre e exige cumprimento das regras. Isso é o que se quer tirar desses competidores. Participa da evolução do modelo e na construção das regras. É a coisa mais natural do mundo. Você coloca um regulamento em consulta pública, a empresa não se manifesta. Depois da regra colocada, ela vem questionar que aquela regra estava ruim: *Vem cá, mas você não foi na consulta pública e não colocou a sua opinião por que?* Isso tem que ser continuamente estimulado; a opinião tem que vir na hora da elaboração da regra, e não depois.

Respeito aos demais agentes; dispõe-se a negociar, documenta a sua relação com os demais competidores. Denuncia e reclama com fundamentação; ou seja, instrui-se o processo direito; evidências e elementos processuais sólidos – isto é, tem uma estrutura de interfaceamento com o regulador forte, coerente, consistente e solicita medidas viáveis e adequadas para a solução dos problemas. Ou seja, é uma discussão constante. É o tempo todo a presença do regulador para que essas coisas sejam discutidas.

Alguns pontos de reflexão, para encerrar. Toda essa discussão tem que ter um cerne na entrega de mais valor ao cliente do serviço universal. A partir do momento que uma política diz: o serviço universal que tem que ser dado a todos os cidadãos é X, o regulador tem que ter aquilo sempre como a sua luz no fim do túnel; qualquer ação dele tem que estar norteada por aquilo ali, porque todo o movimento tem o objetivo de melhorar o serviço. Independente de ser a melhor estruturação do mercado, o incremento da competição, no final das contas, tem que trazer aquele benefício. Estamos conseguindo, por meio dos caminhos que estamos percorrendo, atingir o nosso objetivo? Sim ou não? Isso tem que estar constantemente avaliado porque senão você fica suscetível de excelentes idéias sem nenhum contexto, sem nenhum estudo. Acho que aí está o cerne da questão.

Menor foco em tecnologia e maior foco às necessidades do usuário. Ou seja, é necessário conhecer o usuário, ter dinheiro para pesquisa, ir a todos os rincões. Tem que saber onde é que estão as deficiências porque só depois de sabê-las todas é que será possível construir novas metas. Conhecer o usuário é uma necessidade muito forte.

Fortalecimento do regulador para acompanhar, regular, normatizar situações que, projetadas para o futuro, garantam valor, qualidade, disponibilidade ao cliente harmonizando os índices de investimento, alteração de tecnologia e tarifas razoáveis.

## DA MESMA FORMA QUE PRECISAMOS DE BOM REGULADOR, PRECISAMOS DE BONS COMPETIDORES

▪ COMPETITIVIDADE E RESPONSABILIDADE SOCIAL

# O papel da responsabilidade social

Médico, doutor em Medicina pela FM-USP; professor da FGV-EAESP e coordenador adjunto do GVsaúde

Álvaro Escrivão Junior

**A COMPETITIVIDADE E** responsabilidade social é um tema que cada vez mais ganha importância na área da Saúde. O objetivo desta sessão de nossos encontros é conhecer um pouco do modo que esta questão está sendo tratada em outras áreas da atividade econômica que não a indústria da Saúde. Esta, tradicionalmente, é um pouco mais atrasada do que os outros setores no que diz respeito à incorporação de novas tendências. Por esta razão, em nossos debates temos trazido experiências de fora, para comparar com aquelas que temos na área da Saúde.

Esse tema surgiu em função da seguinte pergunta: muitos serviços de Saúde - os hospitais especialmente - têm adotado ações de responsabilidade social. E as empresas, de um modo geral, têm adotado também ações deste tipo.

Duas questões a respeito das quais gostaríamos de debater são: isso tudo está sendo feito com a intenção de funcionar, de fato como algum diferencial, ou é por que todo mundo está fazendo, logo é melhor fazer também? E, afinal, a responsabilidade social está sendo feita de que modo? Por quais razões? Quais são os seus impactos? Até que ponto essas iniciativas estão surtindo efeito e alcançando os seus objetivos?

E outra coisa que gostaríamos de saber é quais são as dificuldades para atingir esses objetivos - na gestão da responsabilidade social - em cada uma das organizações.

Convido, inicialmente, para a sua apresentação, Alberto Hideki Kanamura, Diretor do Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein, uma das unidades do conglomerado - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein; e, em seguida, Flávia Moraes, Gerente-geral de Sustentabilidade da Philips.

COMPETITIVIDADE E RESPONSABILIDADE SOCIAL ▪

# A responsabilidade social na experiência do HIAE

Alberto Hideki Kanamura

Diretor do Instituto Israelita de  
Responsabilidade Social Albert  
Einstein

**INICIALMENTE GOSTARIA** de recordar como é que o hospital se formou. Nem todos sabem que o hospital Albert Einstein nasceu em 1955 como uma entidade beneficente, entidade beneficente criada por médicos.

Em 1969, ainda antes da inauguração do hospital, um corpo de mulheres, na época chamado departamento feminino, se organiza para levar assistência às crianças da região, que começava a se instalar em uma favela, hoje conhecida como comunidade Paraisópolis. Começa como um ambulatório assistencial, na qual estas senhoras pediam para os médicos – fundadores do hospital – atenderem as crianças carentes. O hospital só seria inaugurado em 1971.

Em 1998, é criado o Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa e, em 2003, o Instituto Israelita de Responsabilidade Social. Esta ordem importa.

A missão da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein é oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração de conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. A responsabilidade social aparece na missão da organização secundando a assistência e a geração de conhecimento. Lá nos primórdios de 1955, não era essa a expressão utilizada, mas alguma coisa que dizia respeito a ajudar o próximo.

A visão da organização é ser líder e inovadora na assistência médica e hospitalar, referência na gestão

do conhecimento e reconhecida pelo comprometimento com a responsabilidade social. Novamente aparece a expressão *responsabilidade social*, dentro da visão da organização.

O que é responsabilidade social? É missão da organização, que tem na solidariedade a palavra trazida do hebraico, o valor que inspirou os médicos da comunidade judaica a fundarem o hospital há mais de 50 anos. Isso está mantido dentro da organização como um valor – a solidariedade. É entendida como um compromisso ético e transparente das pessoas e das organizações, com sua cadeia de relações na busca do desenvolvimento sustentável da humanidade. É uma forma de se falar, não de pessoas, mas do conjunto das pessoas.

Algo ainda mais recente, em 2001, quando começou a ser discutida a participação do hospital nas atividades sócio-assistenciais buscou-se maior aproximação do hospital à assistência governamental. Isso tem a ver com a posição do nosso atual presidente, que à época

dizia que era preciso se aproximar do estado, auxiliar o estado a desenvolver as suas políticas públicas, entendia ser esta participação, ação de responsabilidade social. O progresso econômico tem como principais efeitos colaterais a desigualdade social e o dano ambiental. Além da solidariedade com os desprovidos, era necessário também cuidar do meio ambiente, pensando nas gerações futuras. O hospital começa a pensar de como participar deste processo de defesa do ambiente ou do mundo em que vivemos. Não é uma tentativa muito fácil, num hospital que durante grande parte da sua existência, primou por usar os descartáveis como mandamento. Entretanto, mais recentemente, se discute que o novo prédio, por exemplo, deva respeitar alguns princípios de construção do *green building* americano. Alguns conceitos foram incorporados, no sentido de captar toda a água de chuva para reaproveitamento. Então, 100% de água de chuva que cair sobre este prédio será coletado em um reservatório da ordem de 600 mil litros, para lavagem e irrigação. Isso vai exigir todo um sistema de canalização por gravidade e para reduzir o esforço de bombeamento não será colocada no subsolo. Será armazenado no meio do prédio, o que cria alguns problemas estruturais. Imagina uma caixa d'água no meio do prédio? Tudo isso para estar dentro desse conceito de melhor aproveitamento de energia. É um começo.

Fazemos reciclagem de lixo, já há algum tempo, e temos feito um trabalho no sentido de economia de água e energia. Todas as torneiras do hospital hoje são do tipo temporizado. Todas as descargas dos sanitários foram substituídas por tipo mais econômico, atendendo o objetivo de reduzir o consumo de água. Para economizar energia, no aquecimento da piscina da fisioterapia, é utilizado um sistema onde é reaproveitado o

calor gerado pelo sistema de ar-condicionado. Estes são exemplos do que têm sido feito. Isto está na linha do que eu defendo ser a responsabilidade social, no sentido mais amplo da palavra. Para o Hospital Albert Einstein, é importante cumprir a sua missão, e a sua missão não é dar assistência médica gratuita, é dar assistência médica da melhor qualidade e tecnologicamente atualizada. E isso faz com que seja preciso ter como postura um investimento permanente. Essa preocupação começou com o doutor Jozef Fehér, que talvez, até intuitivamente, uma vez por ano, ia às compras nos Estados Unidos e trazia todas as novidades tecnológicas, isto aconteceu há mais de 20 anos. E para manter a capacidade de

investir, é crucial obter resultados. Todo o hospital, a gerência, média e alta, é orientada para buscar resultados. Por meio do resultado financeiro, que é possível fazer o que está proposto como missão. Como entidade beneficente, o resultado inclui adequar-se para obter isenção fiscal.

Está cada vez mais difícil obter isenções de contribuições sociais,

para isso, o hospital acabou por criar uma estrutura de gestão da chamada responsabilidade social de forma profissional. O Instituto Israelita de Responsabilidade Social é a estrutura dentro da Sociedade, que está incumbido de gerir atividades que permite fazer jus às isenções.

Qual é a importância da responsabilidade social para organização? A marca Einstein é o maior valor que se tem. Depois de 50 anos, um patrimônio a ser preservado a todo custo. Associar esta marca a uma imagem socialmente responsável é muito importante. Vimos discutindo isso de uns três anos para cá, a associação da marca Einstein a uma instituição socialmente responsável.

O reconhecimento da excelência dos serviços, outra marca do hospital, e a liderança na preferência entre os médicos estão comprovados em pesquisa inédita, feita no ano passado. Existe um reconhecimento da sociedade, de um lado a médica, e de outro, a sociedade em geral, de que a atualização técnico-científica da instituição é um valor em si. O investimento em pesquisa e a capacitação de pessoal são ações que se acredita beneficiar a Sociedade.

Hoje, todo o hospital está voltado para ações de responsabilidade social, ou seja, de devolver à sociedade o resultado na forma de conhecimento, na forma de treinamento e na forma de investimento em pesquisa. Coincidentemente, o estado também entende desta forma o papel dos hospitais filantrópicos que não prestam serviços em quantidade diretamente ao SUS, como é o nosso caso. Como entidade do setor saúde, houve uma evolução do que se chama marco legal em relação ao incentivo fiscal que beneficiam essas instituições.

Embora a Constituição Federal garanta a chamada imunidade

## O QUE É RESPONSABILIDADE SOCIAL? É MISSÃO DA ORGANIZAÇÃO, ENTENDIDA COMO UM COMPROMISSO ÉTICO E TRANSPARENTE DAS PESSOAS E DAS ORGANIZAÇÕES

tributária para entidades sem fins lucrativos, nem sempre isso é reconhecida. Para que um produto importado entre sem impostos os fiscais exigem a apresentação do CEBAS – Certificado de Entidade Beneficente e Assistência Social, que é emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social. Sem este documento, o fato de sermos uma entidade sem fins lucrativos pouco conta.

Até recentemente, para se obter o CEBAS, era necessário cumprir o que reza o artigo 3º do Decreto 2 536, que determina aos hospitais a destinação de 60% da sua capacidade à população SUS, e isto o Einstein não faz. As instituições, então, recorreram na justiça por inconstitucionalidade. Existe uma liminar que está em vigor, segundo a qual esses hospitais, no lugar de atender 60% da sua capacidade voltada para o SUS, destina 20% da receita bruta em assistência gratuita. O hospital vinha cumprindo, até então, esta liminar.

Em setembro de 2006, um Decreto Federal de número 5 895, que foi regulamentado no dia 31 de dezembro de 2007, mudou essa situação. Portanto, faz cinco meses que esse decreto dá como alternativa aos hospitais que não entregam 60% de sua capacidade ao SUS, um convênio com o Ministério da Saúde, para através do qual desenvolver projetos de apoio ao SUS, no montante igual às isenções usufruídas, em cinco vertentes: 1) em estudos de incorporação de tecnologia em saúde; 2) para capacitação de recursos humanos; 3) para pesquisas de interesse público em saúde; 4) para desenvolvimento de técnicas e operações de gestão em serviços de saúde; 5) em atividades assistenciais, limitadas a 30%. Do montante da isenção, há uma obrigação para se gastar 70% nos quatro primeiros itens, e apenas 30% em assistência. Isso cria alguma dificuldade, porque vínhamos até então fazendo exatamente o contrário: gastávamos mais de 80% para assistência e uma parte pequena era destinada ao ensino e pesquisa. A partir deste ano está se fazendo a inversão. Até então, a contabilidade era feita pelo preço, e o decreto agora nos obriga a fazer pelo custo. Há, portanto, uma diferença substancial.

Quando esse decreto foi regulamentado, a primeira coisa que passou pela cabeça dos dirigentes no hospital e de todos os médicos foi: *Agora vamos fazer ensino e pesquisa. Agora teremos dinheiro.* Como o decreto fala em desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, a minha leitura é que para ter direito à isenção é preciso submeter os projetos às regras do Ministério da Saúde. Não posso pegar o meu dinheiro e ajudar o pobre que eu quero, eu tenho que ajudar o pobre que o estado quer. De alguma forma, isso assustou as pessoas: *Não é isso que estávamos esperando.* Tanto assim, que o decreto diz que toda atividade

assistencial deve ser registrada no sistema SIA-SUS, como produção. Não é simplesmente fazer e doar, é preciso fazer, registrar, estimar custo e colocar a observação, sem ônus. Isto faz com que tenhamos que mudar todo um sistema de registro.

Alguns dos programas assistenciais não cabem mais dentro deste formato. Os recursos destinados à assistência da comunidade judaica, por exemplo, não cabem, porque fere o princípio do SUS que pede universalidade no acesso. Mesmo a população de Paraisópolis, onde uma assistência integral é dada a 10 mil crianças, de alguma forma contraria esse princípio. Tudo isso está sendo mudado e estamos participando ativamente desta adaptação.

A sociedade tem três braços: o Hospital (HAE), o Instituto de Responsabilidade Social (IRS) e o Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP). Neste momento, o Instituto de Ensino e Pesquisa é o braço mais importante da sociedade, porque é através dele que poderemos cumprir o decreto. Fazer filantropia deixou de ser atender pobres. Fazer filantropia significa

agora apoiar o Sistema Único de Saúde. Daí criar IEP como braço executor e o IRS será o braço financiador.

O IRS está dividido em três gerências: Gerência de Programas Comunitários, responsável pelos programas para a comunidade judaica e de Paraisópolis. Gerência de Parcerias Governamentais, responsáveis pela gestão dos programas feitas com o município e estado. E acabamos de incluir neste organograma o Hospital Boi Mirim, que é um hospital municipal localizado naquela região e que foi aberto há um mês.

O Programa Einstein na Comunidade Paraisópolis, é o programa filantrópico de maior visibilidade da Instituição e que atende 10 mil crianças de 0 a 10 anos, escolhidas entre moradores daquela comunidade, que são matriculadas e acompanhadas durante essa fase da vida em todas as suas necessidades médico-hospitalares. Há ainda uma área de atividades sócio-cultural-educativas que atendem 6 mil pessoas por ano.

Temos uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, com o SUS, para tocar os Programas de Saúde da Família. São 72 mil famílias assistidas e que correspondem a 254 mil pessoas. Temos 38 equipes de PSF e 17 equipes de PACS (agentes comunitários) que serão transformadas em PSF até o final do ano por determinação do Ministério Público. Estamos agora fazendo um esforço para contratar cerca de 120 pessoas este mês, para que estes PACS se transformem em PSF.

Ainda temos com a prefeitura alguns acordos para operar nas Unidades Básicas de Saúde serviços de ultra-sonografia, mamografia, eletroencefalografia, eletromiografia e oftalmologia, além de um Centro

## TODO O HOSPITAL ESTÁ VOLTADO PARA AÇÕES DE RESPONSABILIDADE SOCIAL, DE DEVOLVER À SOCIEDADE O RESULTADO NA FORMA DE CONHECIMENTO, TREINAMENTO E PESQUISA

Diagnóstico de Doença dos Olhos na Vila Mariana. Quando se instalou nas Unidades Básicas de Saúde os serviços de oftalmologia, começou haver uma demanda de exames especializados que a rede não era capaz de atender. Assim, acabamos por criar um setor de exames especializados em oftalmologia para dar continuidade ao atendimento destas pessoas. Isso tudo é financiado com recursos do Einstein. A contratação de pessoal, a compra de equipamentos, a operação. Temos ainda um convênio mais antigo com o SUS, que é o de transplante de órgãos. O hospital é reconhecido como maior transplantador de fígado do país, uma referência no setor. Com isso conseguimos aprovar um projeto de estudo prospectivo com todos os casos acompanhados – o pré e pós-transplante – que é realizado na nossa unidade da Vila Mariana. Equipes de transplante de fígado fora do estado de São Paulo são treinadas pelo projeto. Estamos hoje treinando uma equipe do Ceará, para que eles possam voltar ao estado de origem e montar a equipe de transplante de fígado.

Temos trabalhado fortemente também em captação de órgãos, porque um grande problema do transplante é captar órgãos. Mais recentemente, fomos credenciados pelo SUS para fazermos parte da rede de referência para o cadastramento nacional de doadores de medula óssea.

Um outro projeto que consome bastante recurso, já investimos cerca de 15 milhões de reais, é o projeto RedeCord, realizado junto com o INCA do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto e Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. O objetivo é armazenar 12 mil cordões umbilicais para transplante. Estamos ainda em 3 000. A taxa de aproveitamento é muito baixa; de cada 100 coletas, conseguimos guardar aproximadamente 50%, os outros 50% são descartados. O problema é que o custo da coleta é muito alto. Com 12 mil cordões, espera-se ter uma amostra de diversidade genética suficiente, para assim, poder atender a demanda nacional de transplantes de medula em pessoas que não tenham doadores aparentados. Até o momento, cerca de 24 casos solicitaram amostras para o transplante e 12 foram transplantados. Este é um projeto totalmente financiado pelo hospital.

Por meio do Instituto de Ensino e Pesquisa, fazemos seminários, cursos de capacitação. Faz um pouco mais de seis meses que inauguramos um Centro de Simulação Realística, que possui todo um aparato trazido de Israel para treinamento simulado. Os robôs choram, gritam, enfim, simulam alterações hemodinâmicas e fisiológicas de um doente. Se no passado o treinamento era feito em animal, ou mesmo com doentes, um treinamento em terapia intensiva pode agora ser feito em

simuladores que reagem do ponto de vista eletrocardiográfico, do ponto de vista hemodinâmico e saber se a ação médica foi acertada ou não. Esta é uma área que se acredita ter um grande potencial, para que sirva ao Sistema Único de Saúde.

Estamos fazendo agora um contrato com a prefeitura para treinar o pessoal do SAMU para padronizar condutas e simular situações as quais eles possam vir a vivenciar. O Ministério indicou a vontade de que esse tipo de treinamento possa ser feito nacionalmente, o que é um pouco complicado. Estamos aguardando uma orientação.

Colaboramos ainda com a Secretaria Estadual de Saúde no diagnóstico das hepatites virais. E por último, o Hospital M Boi Mirim, cuja gestão foi assumida em parceria com o CEJAM, que é uma organização qualificada como Organização Social e que gerencia a atenção básica da região. É um hospital geral de 240 leitos que foi recebido ainda em obras e que tinha como desafio colocá-lo em funcionamento em dois meses.

Em 50 dias, compramos 18 milhões em equipamentos. Colocamos toda a infra-estrutura de compras do HAE para trabalhar nessa empreitada. Contratamos 600 pessoas em 30 dias e mais 30 dias para treiná-las. Os médicos foram contratados uma semana antes da operação do hospital. No primeiro dia, atendemos 700 pessoas no pronto-socorro.

Hoje operamos o hospital com 150 leitos (90 leitos na enfermaria e 60 leitos no pronto-socorro) e 10 leitos de terapia intensiva. Agora em meados do ano deveremos operar o restante dos 240 leitos. Em 4 a 5 meses, estaremos operando o hospital de zero a 100%. Acredito que isso seja inédito. Não me lembro de alguma literatura, que tenha sido colocado um hospital desse porte para funcionar em tão curto espaço de tempo.

Agora estamos preparando como um *case* o que foi feito para ativar o hospital. Diferentemente das empresas industriais que investem em responsabilidade social, o Einstein investe em responsabilização social como obrigação, como parte da sua missão. Ela é importante porque traz credibilidade para o hospital, como uma entidade de saúde de natureza beneficente. Embora ela não faça assistência médica por benemerência, ela produz ciência, eleva o nível de desempenho da instituição, colabora com o governo e com isso, procura alcançar melhor resultado social.

O fato de sermos filantrópicos é uma vantagem competitiva em relação à concorrência. A isenção facilita a atualização tecnológica, que é transformada em projetos de apoio ao SUS, beneficiando toda a sociedade.

O EINSTEIN INVESTE EM  
RESPONSABILIDADE SOCIAL  
COMO PARTE DA SUA MISSÃO.  
ELA É IMPORTANTE PORQUE  
TRAZ CREDIBILIDADE PARA O  
HOSPITAL COMO ENTIDADE DE  
SAÚDE BENEFICENTE

COMPETITIVIDADE E RESPONSABILIDADE SOCIAL ■

# Sustentabilidade e a experiência da Philips

Flavia Moraes

Consultora de Sustentabilidade  
FCM Consultoria em  
Sustentabilidade

**TEMOS APENAS UM PLANETA** para morar. Talvez até exista outra forma de vida em outros planetas num universo imenso, mas não detemos todo o conhecimento e este é o único que nós conhecemos. Neste planeta, há continentes, países, estados e cidades.

Nesta cidade, há uma empresa, um hospital, uma escola; entre muitas outras instituições. Que impacto essa escola, esse hospital e essa empresa têm na vida desta cidade? Como é que a *Philips* vê que uma empresa deva estar numa cidade? Ela deve estar e uma forma efetiva, não pode ser hóspede desta cidade - deve fazer parte desta cidade. Os dirigentes desta empresa tem que ter uma visão sistêmica do mundo e essa é uma grande dificuldade para nós que somos envolvidos com o tema da sustentabilidade. Somos treinados para ter foco! E eu, quando falo em sustentabilidade, digo: *não tenha foco, amplie sua visão. Tenha uma visão sistêmica, se possível holística, melhor ainda - mais sustentável será.*

Uma empresa deveria ser orgânica. Uma empresa é orgânica quando é natural que ela exista. Para uma empresa ser natural – existência orgânica – ela tem que ter uma razão de existir. A Sociedade tem que reconhecer aquela organização como importante para si; senão, não há necessidade desta empresa ou instituição. Isso vale para escola e para o hospital também. A empresa orgânica tem uma visão para o lado interno e externo.

Trabalhei na *Philips* muitos anos e quando entrei lá, há 20 e tantos anos atrás, o discurso era assim: *o rei é o consumidor*. Depois passou a ser: *o rei é o acionista*. Tínhamos que ficar atendendo o interesse de acionistas. Hoje, queremos entender e atender interesses de diversos públicos. Quais? Todos que se relacionam com a *Philips*; todos, inclusive a Academia. Por isso, sempre que possível, aceito convites para falar aos acadêmicos. É uma oportunidade de estabelecer o diálogo e entender o que a Academia espera desta empresa: entender as realidades social, ambiental, financeira e individual.

E como é que a empresa pode agir efetivamente? O conceito mais difundido a respeito do papel da empresa é a criação de bens e serviços e geração de empregos. Apesar de limitado, este conceito, quando analisado do ponto de vista da sustentabilidade já se torna complexo.

Olhando para o lado externo da empresa, com uma visão sistêmica, sabemos que esses produtos e serviços têm que ser relevantes e sustentáveis. Não é qualquer produto, não é qualquer serviço e não é de qualquer maneira. Não é mais possível se pensar apenas na empresa, mas sim em toda a cadeia produtiva.

Na verdade, do minuto em que se começa a conceber um produto, já tem que se estar pensando em todos os impactos. A empresa tem que desenvolver diferentes formas de olhar quando está pensando em Responsabilidade Social: para fora pode e deve fazer investimento social baseado em diálogos com a comunidade que quer se relacionar. E do lado interno, a empresa tem que assumir um papel de inclusão – e afirmo que este é um dos grandes desafios da empresa.

A empresa tem que se perceber como um agente no papel de transformação da sociedade e uma das maneiras é implementar um projeto de valorização da diversidade e inclusão. A diversidade existe; podemos reconhecer ou não, mas ela existe. O grande desafio é incluir. Como é que se incluem negros na universidade? Como é que se incluem deficientes no mercado de trabalho? Como é que se faz a promoção das mulheres? As escolas têm preparado mulheres para o mercado de trabalho e elas têm sido absorvidas pelas empresas, mas ainda não conseguem desenvolver uma carreira como os homens. Apesar de preparadas, e hoje o número de mulheres nas Universidades já é maior que os homens, elas não ascendem nas suas carreiras na mesma velocidade que os homens dentro das empresas. Eu não sei quantas mulheres dirigem hospitais. Aposto que são pouquíssimas. Treinamos e educamos mulheres mas e depois, o que acontece? Temos que se discutir isso dentro da escola.

Ainda discutindo o papel das escolas com relação ao comportamento profissional, ética e cidadania... Uma vez, conversando com uma professora de ética, ela me contou sobre a dificuldade que é para escola inserir valores éticos, comportamentais nos alunos. Estou falando de comportamento profissional, por quê? Porque as famílias brasileiras abriam mão de ensinar valores e comportamento ético. Então, o aluno chega à universidade usando bermudas, sandálias “havaianas” e se deita na carteira dizendo: “*meu pai paga, você me ensina*”. Depois, no segundo ano este aluno já está diferente, e no terceiro e quarto ano, quando começava a fazer estágio em empresas, muda o comportamento. E quando chega no quarto ano, ao chamar a professora pede primeiramente licença para falar. E ela me contava: “*Eu percebo o impacto que é o comportamento social dentro de uma empresa*”. Na empresa, não existe hipótese de um funcionário chegar e deitar na cadeira e dizer: “*ô, fala aí*.” A cultura pressupõe o respeito ao outro. Ao longo do tempo a empresa passou a ter um novo e sério papel: estabelecer regras comportamentais.

Bem, retornando a linha de raciocínio que nos leva a empresas: universo – planeta – continentes – países – cidades – empresa!

Essa empresa tem funcionários e esses funcionários são indivíduos, são seres humanos com múltiplos papéis e funções e não são apenas funcionários. A empresa tem a maior dificuldade de entender os múltiplos papéis. Normalmente ela vê o indivíduo apenas no seu papel de funcionário e acaba dispondo do tempo, da inteligência, da saúde desta pessoa. Tem sido assim desde a revolução industrial, e quem criou isso? A Sociedade onde estamos inseridos. Podemos até chamar de esquizofrênica, mas é a nossa Sociedade. O

nosso processo civilizatório não foi equilibrado e acabou infelicitando as pessoas. Quando pensamos nos múltiplos papéis representados pela empresa sabemos que um dos componentes da responsabilidade social é olhar para o que está ocorrendo com os indivíduos que trabalham nas empresas.

As empresas estão acordando para isso. Claro que acordaram primeiro doendo no bolso – quanto que estavam gastando com afastamento, com estresse, com seguro de Saúde: *acho que não estamos lidando bem, temos que fazer um outro jeito*. E, repito, novamente a necessidade de uma visão sistêmica. Quando se tem uma visão sistêmica, não se olha aquele funcionário como um ser que só vai lá produzir e dar retorno financeiro para empresa, mas existe uma compreensão que ele é uma pessoa que carrega múltiplos papéis (pai/mãe, filho, cidadão, irmão, estudante, membro de comunidades e instituições etc...), mesmo quando ele está dentro da empresa.

Um fato claro para ilustrar a complexidade de lidar com estas questões é quando a empresa se depara com as questões específicas de gênero, por exemplo, a maternidade. É muito corriqueiro dentro de empresas se escutar: “*aqui são todos iguais, e o que se espera dessas pessoas é competência*”. E logo em seguida desconsiderar totalmente as diferenças que a vida privada traz para homens e mulheres.

Quando uma funcionária é mãe, dentro da empresa, é exigido dela o mesmo espaço mental, intelectual e de esforço de um homem. Desconsidera-se que esta mãe tem tarefas e atribuições perante as crianças que são distintas de um pai. Naturalmente as questões de vida privada são descartadas e deixadas de lado para a sociedade resolver, como se a empresa não fizesse parte da sociedade.

Na Philips existe um trabalho de diversidade voltado especificamente para a questão de gênero – uma rede de mulheres que trocam experiências e estudam como podem ajudar a empresa a alavancar as carreiras das mulheres e como podem colaborar para que a empresa seja mais inclusiva no sentido mais amplo da palavra – de demografia interna à produtos; de clima organizacional e a ser uma empresa atrativa para mulher trabalhar.

Um novo modelo de empresa que vê o ser humano de uma forma mais completa e que ao tratar da questão de gênero, ajudar o seus funcionários a também assumirem mais o seu papel de pai para que as mulheres possam exercer suas profissões. Abre espaço para aquele pai quer ir ao teatrinho da escola do filho. Aquele pai que se divorciou e tem que cuidar de filhos também. E a empresa tem que adequar aos tempos atuais onde maternidade e paternidade assumem novas versões.

Bom, o modelo de gestão que a Philips adota, e segue – é baseado nos conceitos de sustentabilidade adotados pela Fundação Dom Cabral. Comecei a minha apresentação partindo do planeta para o indivíduo, mas tanto faz, podemos partir também do indivíduo para o planeta. O que temos que levar em consideração é que esse indivíduo trabalha numa empresa que atua num determinado mercado, que está dentro de uma sociedade, que está num planeta. Para sermos sustentáveis temos que levar em consideração todo “este caminho”. Se empresa cuida do indivíduo, mas não cuida do planeta, ela não é sustentável porque tudo está interligado e interdependente.

Bernardo Toro, um pensador colombiano, um dos meus gurus – fala que empresas só podem existir para criar riquezas. Uma empresa deve estar atenta para criar cinco riquezas: econômica, social, política, cultural e ambiental.

Começando com a econômica, que é a especialidade das empresas: *ah, como nascemos sabendo fazer isso?* E fizemos tão bem, e as empresas fizeram tão bem, que hoje elas são bem mais ricas que a maioria dos países. As cinco maiores corporações americanas faturam mais que a América do Sul inteira, todos os países e o PIB do continente sulamericano. Se consideramos 15 maiores corporações, teremos a soma da América Latina mais África. E se incluirmos as 25 maiores empresas do mundo; elas faturam mais do que o PIB de mais de 100 países. Por isso o papel relevante – de transformação – que está na mão das empresas. As empresas não vão poder virar as costas para este desafio.

A riqueza social existe quando a empresa aprende a manejar e incentivar organizações éticas, úteis, eqüitativas e inclusivas. Isto é muito desafiador para uma empresa – como dar acesso aos produtos que fabrica? Como incluir pessoas? Como estabelecer como meta só fabricar produtos que façam sentido e tenham razão de existir.

A riqueza política. As empresas não podem desconsiderar governos, especialmente ao fazer investimento social. Existe uma necessidade de aprender a fazer parceria com o governo e trabalhar para criação de políticas públicas, caso contrário jamais os projetos ganharão escala.

Um exemplo de investimento social da Philips – Aprendendo com a Natureza - um projeto de educação – com foco em eficiência energética – que acontece nas escolas públicas. Este projeto atende a 24 mil crianças em quatro estados do Brasil, mas para ganhar escala só sendo incluído no currículo escolar através de uma política pública. Já conseguimos este feito em Varginha, MG, mas a empresa sabe que esta é a visão que tem que buscar se quiser beneficiar o maior número possível de crianças.

Riqueza ambiental tem sido muito relacionada à sustentabilidade e acaba sendo confundida com Sustentabilidade que é um conceito mais abrangente. A riqueza ambiental não deve apenas ser construída através de minimizar os riscos ambientais, mas também na inclusão de produtos verdes, educação do consumidor, e na participação efetiva da construção de soluções que venham a atender as necessidades do mundo de hoje.

Um bom exemplo são as lâmpadas “energy savers” da Philips. A empresa não diz Não consuma energia, mas sim consuma de uma forma eficiente.

E por fim a riqueza cultural – que é a criação de condições estáveis, em que diferentes sentidos e maneiras de ver o mundo possam circular e competir em igualdade de condições.

Se quisermos ser inclusivos, vamos ter que aprender que inclusão é bem mais ampla que raça, cor, idade etc.... Na linha do tempo, as empresas começaram a atuar em Responsabilidade Social com filantropia, depois passaram para o investimento social privado e agora caminham em direção à sustentabilidade. Quando estamos falando em investimento social privado, é muito diferente de filantropia e doação, porque já se tem planejamento estratégico, já se mede o impacto e se verifica qual a transformação o projeto

está fazendo. E passamos a prestar contas sobre o que a empresa faz “*accountability*”.

A empresa começa a entender que tem que dialogar com a sociedade e com as partes interessadas. A empresa obtém realmente “licença para operar” quando entende qual são as verdadeiras expectativas que a sociedade tem com relação à ela e procura atender a estas expectativas.

Buscar a sustentabilidade não é fácil para nenhuma empresa. Uma das grandes dificuldades é que a empresa a ela trabalha com resultado trimestral e os resultados sustentáveis vêm com o médio e longo prazo. A empresa quer ser sustentável? Não é em um trimestre - vai ter que investir muito, trabalhar muito e mudar a cultura desta empresa.

## A RIQUEZA SOCIAL EXISTE QUANDO A EMPRESA APRENDE A MANEJAR E INCENTIVAR ORGANIZAÇÕES ÉTICAS, ÚTEIS, EQÜITATIVAS E INCLUSIVAS

É uma mudança de paradigma. O social e o ambiental ajudam a construir o econômico e não o lucro eu aplico no social e ambiental.

O conceito de sustentabilidade que a Philips adota é o da Comissão Brundtland. É muito conhecido, porém quero destacar que este

conceito tem um pouco mais que 20 anos. É muito recente se analisarmos nosso processo civilizatório. Apenas recentemente passamos a pensar nas necessidades das gerações futuras.

A missão da Philips é melhorar a qualidade de vida das pessoas, através da introdução oportuna de inovações tecnológicas significativas. Adoro esta missão. Primeiro, melhorar a qualidade de vida, não é apenas vender aparelhos, é completamente diferente. Introdução oportuna - o que é uma introdução oportuna? É uma introdução desejada, necessária, no momento adequado. Não é enfiar “goela abaixo” do consumidor produtos que não são necessários; é completamente diferente. Inovações tecnológicas significativas – que façam sentido.

Hoje, o alicerce da marca é *sense and simplicity*. O produto tem que ser simples. Não significa não sofisticado tecnologicamente; significa que a tecnologia tem que ser tão simples como a caixa que vem no produto. O consumidor não precisa de nenhuma instrução para abrir a caixa e o ideal é que ele também não precise de instruções para operar o produto. A empresa tem como meta que o consumidor não precise ler o manual. E *sense*, tem que ter sentido aquele produto. Senão, por que fabricar um produto que não faz sentido? Isso é um conceito de sustentabilidade.

Aí está a visão, prover soluções, a missão. A Philips no mercado de Saúde, estilo de vida e iluminação. A filosofia é sustentabilidade.

A Philips, diferentemente das outras empresas, não adota o *triple bottom* ou os três Ps. Adota um quarto, que é a responsabilidade individual. Não existe a empresa responsável, existem pessoas responsáveis que trabalham na empresa.

Quem quebra uma empresa? Quem fraudar um balanço? Uma pessoa ou várias que se juntaram para fraudar. Quem polui um afluente? A Empresa ou um gerente de fábrica que autoriza jogar resíduos no afluente? Quem assedia sexualmente, moralmente ou pratica abuso de poder? Sempre vamos ter um ser humano atrás destas ações, portanto o que temos que desenvolver é a

responsabilidade individual.

Qualquer questão de sustentabilidade – temos 32 assuntos listados em sustentabilidade e não há como não excluir as pessoas das ações. Então ou se desenvolve as pessoas, ou a empresa não consegue ser sustentável; não tem como. Ao desenvolver os indivíduos estamos construindo empresas mais sustentáveis.

Indivíduos desenvolvidos entendem que sustentabilidade é a oportunidade de construção de futuro. Oportunidade e inovação – sustentabilidade é inovação – no sentido mais amplo da palavra inovação; é como nós vamos fazer a diferença.

Responsabilidade Econômica - a *Philips* tem permanentemente assumido esta responsabilidade e por isto é muito reconhecida nas quatro bolsas que ela vende ações – em Frankfurt, Londres, Amsterdã e Nova Iorque – somos o número um em índices de sustentabilidade como o *FTSGood*, o *Dow Jones Sustainability Index*, o índice da bolsa de Amsterdã, e de Frankfurt. Muito pela consistência do trabalho de sustentabilidade.

Quanto à responsabilidade social, farei referência apenas aos projetos ligados à Saúde. Temos duas estratégias. Trabalhamos com Saúde e Educação. E Educação para duas áreas: para prevenção na Saúde ou para eficiência energética. Por que isso? Porque o nosso investimento social está intimamente ligado ao nosso talento e à nossa *expertise*, não é desassociado. Não iremos procurar fazer alguma coisa para aprender. Usamos o recurso, a tecnologia e a vocação que a empresa têm.

Prevenção de Aids e DST; e de gravidez não programada em escolas públicas. Esse foi o primeiro projeto de voluntariado da *Philips*. A empresa entendeu que apesar das dificuldades de se tratar do assunto Aids, por causa do preconceito e por ser ainda uma doença sem cura, que era um problema da sociedade. Se é uma problema da sociedade é também um problema da empresa – ou não fazemos parte desta sociedade? Inicamos com prevenção de Aids e DST e hoje já está incluso gravidez não planejada na adolescência. Trabalhamos com quebra de sonho, com voluntários da *Philips* indo às escolas públicas. Os funcionários são treinados para não entrar em questões religiosas ou morais. O assunto é delicado e aparecem questões como uso de preservativo e anticoncepcional. E não se pode falar de gravidez não planejada sem falar nestes assuntos. Distribuímos preservativos. Trabalhamos para melhorar a qualidade de vida, mas acima de tudo para assegurar vida. A maior missão é preservar a vida – no sentido mais amplo da vida – senão não tem sentido.

Há um projeto pelo qual tenho verdadeira paixão: são os contadores de história. Fazemos sempre com uma ONG Viva e Deixe Viver. Os contadores de história vão aos hospitais contar história para pacientes crianças e adolescentes. Estamos ajudando o nosso cliente, os hospitais, a cumprirem sua missão também, que é curar e salvar pessoas. Como este é um projeto de Responsabilidade Social, atuamos nos hospitais que são clientes da *Philips*, mas também atuamos em hospitais que não são nossos clientes. O foco está na

criança beneficiada.

A *Philips* tem um outro projeto com os *Doutores da Alegria*, que estão escrevendo a história dos pacientes - quais são as experiências que uma pessoa internada vive dentro de um hospital. Encontramos relatos muito positivos, onde o paciente sente que o hospital é o local que re-estabeleceu a saúde dele e também histórias de pacientes que sentem que escaparam de “um suplício”, com uma lembrança muito sofrida deste período. Faz todo sentido tentar entender estas histórias porque afinal a *Philips* fabrica aparelhos médicos que estão exatamente nestes ambientes.

Por entender que a tecnologia por si só pode ser vista como fria e desumana, a *Philips* criou um ambiente *experience*. Este ambiente *experience*

é que leva em consideração outros fatores (medo, ansiedade, apreensão) e não só o puro resultado do exame. Existe toda uma preocupação em tornar esta experiência o menos traumática possível. Quem fabrica o aparelho tem que pensar nisso também, de novo – a visão sistêmica.

Um outro projeto da *Philips* são as Unidades de diagnóstico móvel. Esta

unidades levam acesso a exames feito por um tomógrafo a comunidades distantes de grandes centros médicos. Uma destas unidades está no interior de Pernambuco, numa parceria com a Secretaria de Saúde e o IMIP.

O último projeto é o *Falando de Coração*. É um exemplo bem importante de introdução oportuna e significativa. Trata-se do desfibrilador cardíaco, um aparelho que foi desenvolvido porque uma mãe de uma criança de sete anos escreveu para *Philips* relatando que a filha era cardíaca e que ela buscava comprar um aparelho que pudesse carregar para dar pronto atendimento.

Pensando nisso, a *Philips* começou a desenvolver um aparelho que fosse muito leve para que pudesse ser carregado e também muito fácil de operar, colocando em prática o conceito *sense & simplicity*. E a *Philips* conseguiu desenvolver um aparelho que até crianças podem operar. Esse é um exemplo completo da introdução de tecnologia oportuna com o pensamento social.

Convido todos a verem a *Ponte da Água Espriada*, que foi iluminada pela *Philips*. A ponte é toda iluminada por *Leds*, utilizando o máximo de tecnologia em eficiência energética. Um excelente exemplo de embelezamento do patrimônio público e à preservação do patrimônio. O que é iluminado não é destruído.

Resumindo, para que serve um programa de sustentabilidade de uma empresa? Para trazer inovação, oportunidade de novos negócios, atender a expectativa do público interessado, atrair e reter talentos, construir a reputação da empresa e para engajar pessoas para a construção de um futuro mais justo socialmente e ambientalmente correto. Qual é a “cara” do futuro? A nossa cara - por omissão ou por construção.

E para finalizar: qual é a vida que dá para ser vivida? Temos que responder isso todos os dias para nós. Por que estamos trabalhando, gastando tempo, energia, esforço intelectual, físico e tudo mais?. Com que finalidade? Para quê? Estamos construindo o quê? Eu escolhi ajudar empresas a trabalhar na direção da sustentabilidade e esta é a minha missão.

## POR ENTENDER QUE A TECNOLOGIA POR SI SÓ PODE SER FRIA E DESUMANA, A PHILIPS CRIOU UM AMBIENTE *EXPERIENCE*

COMPETITIVIDADE E INOVAÇÃO, ENSINO E PESQUISA ▪

# Inovação, ensino e pesquisa nas organizações

Ana Maria Malik

Médica, mestre em Administração pela FGV-EAESP e doutora em Medicina pela FM-USP; professora da FGV-EAESP, coordenadora do GVsaúde, diretora do PROAHSA-FGV

**TEMPOS ATRÁS, O TEMA** da *Inovação, Ensino e Pesquisa*, conhecido como P&D, ocupou em grande escala a pauta de diferentes debates e publicações. Na maioria das vezes, figurava como mera cogitação e o questionamento era se tinha, ou não, existência concreta na prática da maioria das organizações. Mais recentemente este assunto passou a fazer parte dos chamados fatores críticos de sucesso, entrando inclusive entre as variáveis que conformam boa parte das *melhores empresas para se trabalhar*. Na Saúde, devido às características do setor, a *inovação* é um assunto sempre discutido. Está constantemente em pauta se é ou não o caso de se fazer regulação na inovação e/ou na sua incorporação. E *ensino e pesquisa* é um assunto do qual se fala com mais ênfase a cada vez. Em nosso meio, na EAESP, já foi feita, há alguns anos, uma dissertação, estudando a criação de institutos de ensino e pesquisa em hospitais, na Região Metropolitana de São Paulo, principalmente entre aqueles filiados à ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados). Em 2006 ou 2007 foi defendida outra dissertação, que mostrou menor rotatividade entre os profissionais médicos do Programa de Saúde da Família entre as parceiras conhecidas por terem atividades de ensino e pesquisa reconhecidas. No último *Semestre*, inauguramos a prática de trazer organizações de outros setores para virem nos mostrar o seu exemplo e para aprendermos com elas. Na área da Saúde, raramente detemos saber e conhecimento sobre o que ocorre em outros setores da economia, embora muitas vezes gostemos de acreditar que é assim ou que todas as áreas trabalham da mesma maneira.

No debate sobre este assunto, da área da Saúde, convidamos Jorge Kalil, Diretor do Instituto de Ciências do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). Gaúcho, é Professor Titular da Faculdade de Medicina da USP, Presidente da *Fundação Zerbini* e foi o primeiro presidente instituidor do Conselho do Instituto de Ensino e Pesquisas da *Sociedade Beneficente de Senhoras do Hospital Sírio-Libanês*. Agora ele exerce essa mesma função no Hospital Alemão. Com isso, é dos poucos profissionais que exerceu posição de destaque nos IEPs de dois dos hospitais mais conhecidos do município de São Paulo, tanto na área assistencial quanto na de formação de profissionais.

A organização de fora da área da Saúde convidada é a *IBM*, empresa com sólida experiência na área de inovação e que andou também prospectando o setor Saúde. A *IBM* lançou, faz um ano, uma pesquisa muito grande sobre para onde caminhava o setor da Saúde. Assim, o fato dessa empresa estar interessada na área da Saúde nos deixou ainda mais motivados a ouvi-la. O nosso convidado é Cezar Taurion, da *IBM do Brasil*, Gerente de Novas Tecnologias Aplicadas. É economista, possui mestrado em *Ciências da Computação* e MBA em *Marketing de Serviços*. Tem livros escritos e publicações em revistas especializadas e foi professor de *Gestão Estratégica de Tecnologia da Informação*.

▪ COMPETITIVIDADE E INOVAÇÃO, ENSINO E PESQUISA

# A inovação e a IBM

Gerente de Novas Tecnologias  
Aplicadas da IBM do Brasil

Cezar Taurion

**EM UM MERCADO** extremamente dinâmico, como é o de Tecnologia da Informação, de que modo uma empresa como a IBM tem se transformado e como ela desenvolve a sua cultura de inovação?

Quando falamos em *cultura de inovação*, entendemos que ela é fundamental não só para a nossa sobrevivência, mas para que continuemos a ser uma empresa líder nesse mercado. Na atualidade, o faturamento global da IBM está na casa dos 95 bilhões de dólares. Com 380 mil funcionários – mais de 15 mil no Brasil –, é uma das principais operações mundiais.

Mas por que a IBM vem aqui falar de inovação? Por várias razões. Primeiro, quando falamos em inovação, estamos falando de algo extremamente estratégico em um mundo em constante transformação, em um Mundo em mutação, com um dinamismo extremamente rápido que nós estamos vivenciando. Existem alguns analistas de indústria que falam claramente da importância de se olhar o processo de inovação nas organizações. Alguns chegam a afirmar que na Indústria Manufatureira, por exemplo, em poucos anos uma grande parcela dos produtos que são vendidos hoje simplesmente vai estar obsoleta e fora do mercado. O próprio Fórum Econômico Mundial diz isso claramente, em sua declaração final de 2006, sobre a importância da inovação e de se repensar os modelos organizacionais.

Estamos muito preocupados com essa questão e fizemos várias pesquisas. Uma delas, foi feita em 2006 com cerca de 800 executivos de topo das organizações mundiais, os *CEOs - Chief Executive Officer*. Nesse relatório, ficou muito clara a visão deles, de que é importante estar constantemente inovando. Dois terços deles estão dizendo que esperam mudar radicalmente os seus negócios e suas organizações nos próximos dois anos.

Isso realmente está se tornando verdade quando repetimos a pesquisa agora com mais de 1 100 executivos, muitos deles no Brasil, que gerou um novo relatório que chamamos *The Enterprise of the Future*. Diz claramente o seguinte: *As organizações do futuro estão baseadas em cinco pilares*. E estes pilares estão claramente direcionados para a inovação, como sendo inovadores além da imaginação dos seus clientes, disruptivos por natureza e assim por diante. Isso é um fato que está realmente acontecendo hoje.

E IBM está se transformando. Se olharmos para o que era a IBM há 20 anos, veremos uma empresa que praticamente fabricava grandes computadores, o que não é mais o seu retrato hoje. Vendemos a operação de PCs para uma firma chinesa, a *Lenovo*, em 2005. Não fazemos mais microcomputadores. Hoje, *hardware*, fabricação de computadores, corresponde a 20% da nossa receita; *softwares* algo em torno de 25%, um pouco mais ou um pouco menos; e serviços são cerca de quase 60%. E aproximadamente 60% da receita global da corporação vêm de fora dos Estados Unidos.

Essa mudança tem provocado transformações tão intensas que agora, a partir de deste ano, estamos rompendo com as tradicionais divisões geográficas e criando uma nova divisão. Nós víamos o Brasil e os países da América Latina pela localização geográfica de Américas. Estamos agora olhando de outra forma, como um novo mercado de países em crescimento.

Assim, as divisões geográficas são: América do Norte (EUA e Canadá), Europa Ocidental e Japão – e os países em crescimento classificados por três grandes grupos: América Latina, onde o Brasil é o principal país; Ásia, envolvendo a Índia, a China e chegando à Austrália; e os países da Europa do Leste e África. Entendemos que as características dos países em desenvolvimento são completamente diferentes das características dos países desenvolvidos.

Essa é uma nova distribuição geográfica que não tem mais absolutamente nada a ver com a antiga distribuição geográfica que historicamente se construía: — *Aqui é Unidade Américas; aqui é Unidade Europa*; e assim por diante. Isso é uma transformação significativa na organização.

E inovação faz parte, sim, dos valores da organização IBM. Quando olhamos os valores da IBM, está claramente escrito lá inovação: *Innovation that matters, for our company and for the world*. Quer dizer, para nós, a inovação é extremamente importante. faz parte dos valores, está no DNA da empresa. Desde o início da IBM, uma série de inovações foi acontecendo, inclusive que trouxeram disrupção no próprio mercado.

Alguns exemplos: Hollerith, quando fez a primeira tabulação do censo, provocou uma série de transformações: primeiros computadores; a primeira linguagem de programação, os primeiros discos magnéticos e uma série de inovações ao longo do tempo. Inovações que são desenvolvidas por muitos institutos de pesquisa espalhados pelo mundo e reconhecidas externamente.

No corpo de pesquisadores da IBM, encontramos cientistas do mais alto gabarito, inclusive vários com Prêmio Nobel. A inovação sempre fez parte da IBM, no DNA da organização e isso reflete em registros de patentes no USPTO. Nos últimos 15 anos a IBM foi líder em registros de patentes nos Estados Unidos.

O que aprendemos em todos esses anos, vivendo um ciclo de inovação contínua? A inovação sempre fez parte do nosso dia-a-dia. A tecnologia é apenas uma das forças que impulsionam a humanidade; não podemos olhá-la isoladamente. A tecnologia divide o poder de influência e transformação

da sociedade com os fatores econômicos, culturais, religiosos e políticos. De maneira geral, muitas vezes há uma tendência a subestimar a intensidade das mudanças que determinadas tecnologias provocam, porque nós temos uma tendência a um raciocínio linear, e não é assim que as coisas acontecem na prática. As mudanças têm um ritmo exponencial de expansão e disseminação.

O mundo está extremamente dinâmico. Por exemplo, no Setor de Tecnologia de Informação está claro que o ritmo de inovação está se acelerando; o processo de inovação é um processo de uma aceleração exponencial.

Para termos uma idéia desta aceleração, as tecnologias do final dos Séculos XIX e XX, para atingirem 50 milhões de usuários, levaram um tempo significativo, mais de uma geração; hoje é em muito menos tempo. O *Skype*, que vocês usam na Internet para fazer a comunicação de voz, atingiu 50 milhões em dois anos. Outro exemplo são os *blogs*, que é tão comum hoje – *blogar* hoje passou a ser um verbo -, cinco anos atrás praticamente não existia e hoje mais de um *blog* é criado por segundo no Mundo inteiro. Trata-se um processo extremamente rápido.

Além disso, entendemos claramente que a inovação é uma atividade social, e separamos muito claramente a invenção da inovação. A invenção é alguma novidade que está no campo técnico-científico, mas se transforma em um impacto para a sociedade quando entra no campo sócio-econômico. *Aí* é uma inovação. Muitas vezes a invenção morre porque, realmente, não tem uma aplicabilidade. E está cada vez mais nítido para nós que a inovação reside na interseção entre a invenção e o insight. Inovação não necessariamente significa utilizar tecnologia de ponta. Posso usar uma tecnologia existente, mas de uma forma inovadora, em um processo inovador, criando uma maneira de se fazer alguma coisa de forma inteiramente diferente.

Um exemplo, já que estamos falando em saúde... Um dos problemas mais graves no interior da África é exatamente a disseminação de doenças como a AIDS, e em alguns países da África Central isso é uma epidemia, quase uma pandemia. Uma das ONGs que trabalhavam na África Central, concluiu que um dos principais problemas era a falta de informação. Quanto mais informação pudesse ser levada à população, com certeza haveria uma diminuição do ritmo da disseminação da epidemia de AIDS. Então, por que

## ENTENDEMOS QUE A INOVAÇÃO É UMA ATIVIDADE SOCIAL E SEPARAMOS MUITO CLARAMENTE A INVENÇÃO DA INOVAÇÃO

não criar programas informativos, um programa de rádio que se comunicava com a população das aldeias?

Muito bem, começou-se a pensar no programa, até que alguém lembrou que não havia energia elétrica nessas aldeias. Como resolveram a questão? De uma maneira muito simples: criou-se um rádio movido à corda! Usaram tecnologias antigas – um rádio, invenção de mais de 100 anos, e os mecanismos de corda, que existiam no tempo do Luis XIV, mas de uma forma inteiramente inovadora. Inovou-se com tecnologias antigas para levar informação ao interior da África. Portanto, a informação é a interseção entre a invenção e o insight, e cria novos valores, e até mesmo pode causar impactos sobre os hábitos da sociedade.

Outra coisa que descobrimos, ao longo dos anos, é que as fontes de novas idéias e inovação não vêm mais exclusivamente da área de pesquisa e desenvolvimento. De onde então vêm as idéias? Vêm de uma forma colaborativa através de funcionários, parceiros, clientes, consultores. Estamos, inclusive, adotando na IBM uma estratégia de *open innovation*, inovação cada vez mais sem os muros da organização, cada vez mais exposta e cada vez mais colaborativa. Essa é uma constatação extremamente importante e fez com que todo o processo de pesquisa e desenvolvimento dentro da corporação fosse transformado.

Na Década de 1970, o modelo tradicional de pesquisa era a área de pesquisas e desenvolvimento isolada. Desenvolviam-se essas pesquisas que poderiam ou não chegar ao mercado. Hoje a área de pesquisa da IBM trabalha junto ao mercado. Temos uma série de iniciativas, com pesquisadores trabalhando com clientes e com consultores no desenvolvimento e uso de novas tecnologias. Assim, a área de P&D não fica mais isolada. A área de pesquisa e desenvolvimento hoje está se integrada ao negócio em si.

Como procuramos direcionar os investimentos em pesquisa e desenvolvimento? Antigamente, começava-se com uma série de idéias e, a partir daí, tentava-se chegar ao mercado com as que nós imaginávamos que eram as melhores idéias criadas. O que buscamos hoje é ter uma colaboração muito maior com o mercado. O mercado pode e deve contribuir com idéias e sugestões. Por exemplo, nós temos um estudo chamado *Global Innovation Outlook*. A todo ano nós fazemos um roteiro de conversas com pensadores do mundo inteiro – passa pelo Brasil, inclusive – e nele discutem-se diversos temas, temas em que a tecnologia, de alguma maneira, se insere.

Por exemplo, nesse último *Global Innovation Outlook* um dos pontos principais que foram discutidos foi a questão da escassez da água: como ela vai ser resolvida ao longo dos próximos anos? Tem que ter tecnologia por trás para resolver, desde modelos matemáticos, com uso intensivo de super computadores e computação de alto desempenho para ajudar na modelagem, e assim por diante. Outra questão discutida foi a África: como a África vai se posicionar nos próximos anos. Nos anos passados foi discutida a questão do meio ambiente, a questão do micro crédito para a população

de baixa renda e assim por diante.

O debate não é feito exclusivamente pelos profissionais da IBM. Existe, sim, a participação de profissionais da IBM, mas a grande fonte de idéias são esses pensadores do mundo inteiro.

Entendemos que a inovação não é simplesmente inventar um novo produto. Falamos dentro da organização em inovar em novos produtos e serviços, mas que são talvez a vantagem competitiva menos sustentável ao longo do tempo. Copiar produto é muito rápido, você lança um produto e, no dia seguinte, alguém já está fazendo um produto similar. Mas podemos

inovar em modelos de negócios, em novas fontes de receitas. Estamos falando agora de mudanças nos próprios processos, em aspectos gerenciais, na cultura. Difícil copiar!

Uma outra coisa que aprendemos ao longo desse tempo é que a inovação é um processo sistemático; não se inova de forma ad hoc: *bom, acabou. Agora inovei e vou para casa descansar*. Não, inovação é um processo sistemático. Uma inovação em um determinado produto

pode implicar em uma inovação no processo, deve se inserir no ciclo de vida do produto. Essa inovação no processo pode, eventualmente, exigir uma mudança nos aspectos regulatórios, que, por sua vez, podem provocar mudanças no comportamento social, e vão demandar talvez uma nova tecnologia. E esse é um processo cíclico, um processo contínuo ao longo do tempo.

Portanto, a inovação é um processo sistemático e no mercado extremamente competitivo como o da IBM, em que a cada 12-18 meses dobra-se a capacidade computacional de um computador, a capacidade de armazenamento de informações dobra a cada 18 meses e a capacidade de transmissão de dados também dobra, e em períodos menores!

Só para termos uma idéia, quando falamos em capacidade de transmissão de dados, já existem experiências nos Estados Unidos com banda largas de terabits. São trilhões de *bits* por segundo. Significa que, com essa banda de passagem, se eu pegar toda a biblioteca do Congresso americano, mais de 50 milhões de volumes, digitaliza-la e transmiti-la, levarei pouco mais de um segundo para transmitir todo esse volume de informações. Talvez daqui a 10 ou 15 anos, esta capacidade esteja permeando grande parte das comunicações do Mundo.

Por outro lado, há um paradoxo. Todos dizem que é importante inovar, mas, ao mesmo tempo, nem sempre vemos as empresas inovando. Os executivos reclamam que não há inovação... Por outro lado, o pessoal do campo, os funcionários, reclamam que as lideranças não estão aceitando inovações, são hostis a novas idéias. Essa é uma situação com que se convive na maioria das organizações. Há um paradoxo em relação até ao que vem a ser inovação e como as coisas acontecem.

E como é que a IBM está internamente criando um caldo cultural para incentivar a inovação? Lembramos que a inovação não é mais exclusividade da área de pesquisa e desenvolvimento, mas vem dos funcionários, dos

## INOVAÇÃO É UM PROCESSO SISTEMÁTICO. EM UM DETERMINADO PRODUTO, PODE EXIGIR UMA MUDANÇA NOS ASPECTOS REGULATÓRIOS

nossos parceiros, dos nossos clientes. Eventualmente, até se trabalha em parceria com alguns concorrentes em determinadas situações.

Temos uma série de programas de inovação dentro da organização, desde programas que nos ajudam a criar ou alavancar idéias, mas também uma série de programas que consigam transformar essas idéias em protótipos e chegar ao que nós chamamos de *Emerging Business Opportunities* – EBOs, produtos e serviços que tenham potencial de irem ao mercado. Eventualmente, de EBOs eles podem se tornar produtos comercializados no mercado, entrando no processo normal de vendas da corporação.

Esse é um mecanismo contínuo. Diversos programas de inovação estão acontecendo dentro da organização, fazendo com que as idéias surjam e sejam elaboradas, refinadas, até se transformarem em produtos. É um processo contínuo e sistemática.

Primeiro, usamos a própria tecnologia para criarmos grandes *brainstorms* virtuais. Criamos um processo que nós chamamos de *Jam*, que vem do Jazz, improviso. Vou citar dois exemplos muito interessantes: o primeiro foi o *Values Jam* que refinou, por meio dos funcionários, os valores da empresa.

Quais são os valores da IBM? São os que falamos no início de nossa apresentação: dedicação a cada sucesso, a cada cliente, *innovation that matters...* Por meio desse grande *brainstorm* virtual é que foram criados e refinados os valores da empresa.

Fizemos um outro, chamado *Innovation Jam*, em 2006, em que definimos alguns temas. Discutimos a área financeira, o meio ambiente e outros, e durante vários dias 150 mil funcionários de 104 países participaram desse grande *brainstorm* virtual. Geraram mais de 46 mil idéias. Também tivemos a participação de parentes, familiares dos funcionários e também de clientes. Isso gerou um *caminhão* de novas idéias que geraram projetos extremamente interessantes.

Alguns projetos gerados: serviços de tradução em tempo real, em que se fala em um idioma e o sistema traduz para outro em tempo real. É o tradutor simultâneo, uma tecnologia que hoje já está em desenvolvimento. Há também uma série de inovações em uma área que nós chamamos de *Big Green*, redução do consumo de energia. Por exemplo, hoje a tecnologia de informação polui com gases poluentes, gases de efeito estufa, mais do que toda a indústria de transporte aéreo – um número que, às vezes, passa despercebido. Uma série de inovações está sendo desenvolvida nesta linha, desde o processo de fabricação até o redesenho dos *layouts* de *datacenters*.

Criamos também mecanismos para fazer com que as idéias surjam e sejam, de alguma maneira, postas em discussão. Quando se trabalha com tecnologia da informação, estamos desenvolvendo um sistema, as idéias surgem a qualquer momento: na praia, no chuveiro, lendo o jornal no banheiro... São nestas horas que aparecem aquelas inspirações. Muitas vezes as idéias por si sozinhas não têm muito sentido. Mas, como nós vimos, inovação é um processo social. Temos uma série de portais nos quais se coloca uma idéia e os funcionários vão contribuindo com sugestões: *você já pensou nisso? Pensa naquilo. Vamos criar dessa maneira.* E assim por diante.

Em poucos anos, mais de 15 mil idéias foram submetidas e várias foram adotadas. Inclusive, há premiação e, dependendo da idéia, pode gerar até uma recompensa financeira. Isso cria também uma cultura de inovação e de inovação colaborativa. Isso é extremamente importante dentro da nossa

organização; eu não sou mais o dono da idéia, nós somos os donos da idéia.

Criamos também mecanismos para os funcionários trocarem idéias por meio de *blogs*. Internamente, existem mais de 30 mil deles e dezenas de *blogs* externos abertos ao mercado. Eu, por exemplo, tenho um *blog* aberto ao mercado, onde falo do que está acontecendo em termos de inovação; e que não passa previamente pela área de Relações Públicas da IBM. Precisamos ter um bom-senso, claro, para escrever ou postar certas coisas. A própria política de *blogs* foi criada pelos funcionários. Se há um determinado comportamento como funcionário da empresa: *comporte-se dessa maneira; não carregue um relatório confidencial e não o abra no avião* – não faça isso via *blog*. É apenas bom-senso.

Muito bem, criamos idéias. Agora, como levamos essas idéias à frente? Se não essas idéias vão acabar desaparecendo, ficar estocadas nas prateleiras. Para levar as idéias à frente, temos uma série de outras iniciativas. Uma delas são programas em que se cria uma comunidade voluntária de profissionais que se propõem a testar determinadas tecnologias por sua conta e risco. *Essa tecnologia é um novo software. Será que vai funcionar? Eu não sei, mas eu tenho a característica de ser um Earlier Adopter. Deixe-me ver se funciona.* Instalo em minha máquina e a fico testando.

É interessante que alguns programas de *softwares* que vendemos hoje ao mercado surgiram do desenvolvimento desse esforço colaborativo, não vieram dos laboratórios de *software*.

Desenvolvemos também uma série de iniciativas de aproximar a área de pesquisa com os nossos clientes. Temos um programa chamado *First-of-a-kind-program*, em que a área de pesquisa quer testar algumas tecnologias experimentais. A tecnologia já funcionou, passou pela prova de conceito, validou sua funcionalidade, mas precisamos saber se ela se aplica ao mundo real. A melhor maneira de fazer isso é em um caso real. Então, encontramos um cliente que se propõe a enfrentar um certo risco – pode dar certo ou não –, a IBM banca os investimentos da área de pesquisa, trabalhando junto com o cliente para desenvolver um projeto inovador. O cliente sai com uma vantagem competitiva, pois tem uma inovação à frente de outras empresas.

Um exemplo, muito interessante, é um dos programas da área médica. A IBM tem uma vertical da área de *Healthcare* que é bastante forte. Temos, por exemplo, em La Gaude, no sul da França, perto de Nice, um protótipo de um hospital baseado em Telemedicina.

Criamos também um prontuário eletrônico inteiramente automatizado para o Governo da Dinamarca. A Dinamarca, claro, tem uma economia diferente da nossa, a Saúde é socializada, é um país pequeno. Mas pelo sistema é possível, de casa, marcar uma consulta com seu médico pelo computador. O médico, por sua vez, tem acesso a todas as informações de tudo que aconteceu no seu histórico médico, o prontuário eletrônico vai de médico a médico; e antes de sair de casa, é possível checarmos para saber se a consulta está no horário ou se não.

Também temos os *Industrial Solution Labs*, que são laboratórios onde essas tecnologias experimentais são colocadas à prova, e onde fazemos *briefings* com os executivos dos clientes que nos dizem exatamente para onde as indústrias estão caminhando. Temos um ISL na área de *Health Care*.

Na prática como conseguimos fazer estas inovações acontecerem? Usamos tecnologias que hoje estão à disposição de todos, chamadas *Web*

2.0. São tecnologias (computação social) que nos permitem criar essa cultura de inovação.

Mas, vamos posicionar a IBM no seu contexto empresarial. Se observarmos a Indústria da Tecnologia de Informação, a IBM se situa no quadrante de ofertas de alto valor agregado direcionadas ao mercado corporativo. É diferente, por exemplo, de uma *Apple* ou uma *Google*, que estão atuando no mercado de consumo final, o consumidor final. Isso apresenta uma característica interessante. De maneira geral, a percepção de inovação vem dos consumidores. *Ah, eu tenho um iPod. Olha só que empresa inovadora!* Porque as inovações surgem no mercado de consumo e depois é que entram no ambiente corporativo que, por si, é mais conservador.

Por outro lado, a IBM tem uma diversidade cultural imensa, está em centenas de países, profissionais de todos os tipos – vendedores, desenvolvedores, cientistas, pesquisadores, arquitetos de *software*, técnicos de manutenção de *hardware* –, uma comunidade muito ampla em termos de diversidade cultural. Além disso a IBM está distribuída no mundo inteiro. A diversidade cultural é muito grande. Por que não explorar esta diversidade cultural, criar redes sociais que gerem inovação, que façam com que todo esse conhecimento que está espalhado possa ser potencializado?

Essa é a estratégia de inovação da IBM, criar redes sociais, usando a tecnologia que nós mesmos desenvolvemos e que obviamente está disponível para o mercado, para criar todo o mecanismo que ajude a localizar pessoas e *skills*, aproximando e criando comunidades.

Geração de conhecimento é extremamente importante. Esse conhecimento tem que ser feito por meio de comunidades; troca de idéias por meio dos *blogs* e uma série de outras iniciativas. Devemos ter mais de mil comunidades de interesse e de prática.

Aprendemos que é fundamental a colaboração. As equipes de auto-desempenho realmente criam uma diferença muito grande quando os processos de interação, comunicação e compartilhamento de comunicação funcionam de uma forma bastante natural, bastante tranquila.

Isso nos fez criar uma série de iniciativas, de criar redes sociais para fazer com que essas informações fluam de uma forma muito mais intensa pela organização. Comparando um time de baixa performance com um de alta performance, podemos ver que as conexões são o fator diferencial. Cada vez mais o conhecimento é multidisciplinar. Uma inovação é uma consequência de idéias multidisciplinares. Posso, por exemplo, aplicar uma idéia do processo de fidelização de clientes do *McDonald's* em uma empresa de transporte aéreo... Essa visão multidisciplinar é extremamente importante.

Começamos a construir redes sociais para fazer com a estrutura hierárquica não seja limitadora. Se preciso encontrar pessoas com um

determinado conhecimento ou *skill*, eu vou encontrá-las independente da estrutura hierárquica. Vou encontrá-las dentro da rede de relacionamento e da rede de conhecimentos que ela tem.

O que avança inovação dentro da organização: são os relacionamentos sociais, não a estrutura hierárquica. Essa é a base de cultura e inovação que nós estamos adotando na IBM.

Hoje, para nós está muito claro que não é apenas o capital humano, mas o capital social que é extremamente importante. Entendemos que, se queremos nos posicionar como uma empresa líder nos próximos anos, em um mercado extremamente competitivo, onde estará o nosso diferencial? Estará exatamente no conhecimento que circula dentro da organização. É aqui que está a inovação, é aqui que está a capacidade da empresa constantemente se renovar: capital social.

GERAÇÃO DE CONHECIMENTO É  
EXTREMAMENTE IMPORTANTE.  
ELE TEM QUE SER FEITO POR  
MEIO DE COMUNIDADES; TROCA  
DE IDÉIAS POR MEIO DOS *BLOGS*  
E UMA SÉRIE DE OUTRAS  
INICIATIVAS

Temos tecnologias para a criação dessas redes sociais. Consigo identificar um determinado conhecimento, pessoas, por meio das tecnologias que nós temos.

Isso significa uma mudança de paradigmas; inovação é uma mudança de paradigmas. É um processo que não acontece de um dia para o outro. Obviamente, existem dificuldades e, principalmente, o desafio da mudança dos paradigmas. Só que para nós está muito claro que esse é um processo que já está acontecendo; a mudança de paradigma já está acontecendo.

A dificuldade não está em ter novas idéias, mas em conseguir romper com as velhas idéias. Como eu sou inovador dentro de uma organização? Inovar produtos é simples: — *Esse produto agora tem uma tampinha diferente.* Isso não tem sustentabilidade. Inovar o modelo de negócio, inovar o processo, inovar na maneira de se fazer pesquisa e desenvolvimento é completamente diferente. Nossa área de pesquisa e desenvolvimento não é mais aquela área de pesquisa e desenvolvimento isolada, só de pesquisadores. Os pesquisadores estão espalhados pela organização. Talvez nós tenhamos que pensar fora da caixa e também precisamos descobrir caminhos novos, porque seguir o caminho que os outros percorreram não vai nos levar a lugares novos.

Entendemos que a inovação é colaborativa, então, desafiamos limites da colaboração. Colaboramos algumas vezes com concorrentes, com parceiros; estamos discutindo com o Escritório de Patentes nos Estados Unidos, uma série de mudanças no conceito de patentes. Quando inovamos em colaboração, a patente não é mais minha, mas é nossa. Precisamos ter uma visão externa da situação, daí que cada vez mais temos clientes fazendo parte do processo.

Inovação não é um departamento, é cultural. Inovação tem que ser um processo cultural, permeado por toda a organização. Ter uma área de inovação não funciona, a não ser que seja uma área para facilitar o processo de inovação, mas não ser o responsável pela inovação.



Centro de Estudos em Planejamento  
e Gestão de Saúde da EAESP

### NÚCLEO DIRETIVO

Ana Maria Malik - Coordenadora  
Álvaro Escrivão Junior - Coordenador Adjunto

### COMITÊ ASSESSOR

Ana Claudia Diniz Takahashi  
Denise Schout  
Djair Picchiai  
Luciano Eduardo Maluf Patah  
Lucila Pedroso da Cruz  
Luiz Tadeu Arraes Lopes  
Márcio Vinícius Balzan  
Vanessa Sayuri Chaer Kishima  
Wilson Rezende Silva

### APOIO

Aline Cassi Yukimitsu  
Leila Dall'Acqua

## Debates GV Saúde

**Editor Executivo:** Rubens Baptista Júnior  
**Coordenadora de Arte:** Libânia Rangel de Alvarenga Paes

*Debates GV Saúde - Número 6* - fevereiro de 2009 - é uma publicação interna do GVsaúde da FGV-EAESP  
▪ Avenida Nove de Julho, 2029 - 11º. Andar - CEP: 01313-902 - São Paulo-SP - telefone: 11 3281-7717  
- e-mail: gvsaude@fgvsp.br - endereço eletrônico: www.gvsaude.org redação: Rua Professor Picarolo, 163  
- Cj: 74-E - CEP: 01332-020 - São Paulo-SP - e-mail: debates@gvsaude.org ▪ jornalista responsável:  
Rubens Baptista Júnior - MTB: 14 880 ▪ preparação de textos: Bureau Cultural - e-mail:  
imprensa@rubens.med.br ▪ arte e produção gráfica: Woz Comunicação - e-mail:  
comunicação@woz.com.br ▪ Os textos assinados são de responsabilidade de seus autores e não refletem,  
necessariamente, a opinião da revista ▪ É proibida a reprodução total ou parcial do conteúdo desta  
publicação, sem a autorização expressa do editor ▪ Distribuição em circuito interno.

Parceria



EMPRESA ALGAR

6º Semestre de Debates GVsaúde

# Competitividade e as Organizações de Saúde

## Competitividade e Segurança

### Mediador

Ana Maria Malik

Coordenadora do GVsaúde.

### Debatedores

Alberto Kaemmerer

Diretor Técnico Médico Científico do Hospital Mãe de Deus

Sérgio Dias da Costa Aita

Coronel da Reserva do Exército e diretor de Segurança Corporativa da Embraer de São José dos Campos.

## Competitividade e Regulação

### Mediador

Álvaro Escrivão Junior

Coordenador adjunto do GVsaúde

### Debatedores

Moisés Gonçalves

Gerente Geral de Outorga, Acompanhamento e Controle das Obrigações Contratuais da Agência Nacional de Telecomunicações

Fábio Dantas Fassini

Agência Nacional de Saúde Suplementar

## Competitividade e Responsabilidade Social

### Mediador

Álvaro Escrivão Junior

Coordenador adjunto do GVsaúde

### Debatedores

Alberto Hideki Kanamura

Diretor do Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein

Flavia Moraes

Gerente-geral de Sustentabilidade da Philips

## Competitividade e Inovação, Ensino e Pesquisa

### Mediador

Ana Maria Malik

Coordenadora do GVsaúde

### Debatedores

Jorge Elias Kalil Filho

Diretor do Instituto de Ciências do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Cezar Taurion

Gerente de Novas Tecnologias Aplicadas da IBM do Brasil

## Parceria



EMPRESA ALGAR



Centro de Estudos em Planejamento  
e Gestão de Saúde da EAESP