

Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ■ Segundo Semestre de 2009 ■ Número 8

Tendências na Assistência à Saúde

Impactos da crise econômica
na Saúde

As tendências do
Sistema Único de Saúde

Fusões e aquisições na Saúde

Prontuário eletrônico e
as perspectivas do e-health

Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ▪ Segundo Semestre de 2009 ▪ Número 8

Sumário

Ponto de Vista 3 Ana Maria Malik

Impactos da crise econômica na Saúde

O impacto da crise no cenário internacional 4 Luiz Tadeu Arraes Lopes

Como enfrentar a crise 5 Fábio Sinisgalli

Os cenários da crise 8 Arlindo Almeida

As tendências do Sistema Único de Saúde

As lições para o Setor Público 10 Regina Silvia Pacheco

Santas Casas e gestão do SUS 11 José Luiz Spigolon

Tendências do SUS em Curitiba 15 Eliane Regina da Veiga Chomatas

Fusões e aquisições na Saúde

Uma introdução ao debate sobre fusões e aquisições 19 Ruth Steuer

As ondas do mercado 20 José Bonchristiano

Experiências em fusões e aquisições 22 Claudio Marote

Prontuário eletrônico e as perspectivas do e-health

As dificuldades na implantação de TI 25 Álvaro Escrivão Junior

Informatização em Saúde 25 Antônio Carlos Onofre Lira

A TI no Sistema de Saúde Único Inglês 27 Andrea Dantas

Ponto de Vista

Ana Maria Malik

Diretora do GVsaúde – Centro
de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da
FGV-EAESP

MAROLA ou crise de verdade, no primeiro semestre de 2009 olhamos novamente para as tendências do setor. Uma delas, a rigor, é o que as organizações estão fazendo para sobreviver. Convidamos um hospital com finalidade lucrativa, situado no Município de São Paulo, o *Nossa Senhora de Lourdes*, que já esteve nos nossos debates. Agora, queríamos saber deles o que vinham fazendo para enfrentar os tempos difíceis, se isso se refletia também na procura pelo hospital. Ao mesmo tempo, convidamos a *ABRAMGE*, pois as medicinas de grupo são as operadoras que ainda ocupam, como um todo, a maior parte do mercado. Embora sua atuação não seja uníssona, o presidente da associação da categoria certamente teria notícia sobre o que vem ocorrendo com elas. Moderou este debate o professor Tadeu Arraes Lopes, que além de professor de Marketing tem uma atuação destacada no mercado da Saúde, podendo sentir que tipo de vento vem soprando na área da assistência suplementar.

No mês seguinte, montamos um debate para compreender as tendências do SUS. Para tal, convidamos um representante da *Confederação das Misericórdias*, que é um dos mais atuantes atores do setor. Sob o ponto de vista de assistência hospitalar, não há como negar que quem melhor representa o SUS são as Santas Casas. Por outro lado, convidamos uma secretária municipal de saúde, pois são elas que vêm implantando o sistema no século XXI. Uma das secretarias que é considerada das mais bem sucedidas é a de Curitiba, por isso foi ela a escolhida para relatar como conseguiu obter seus indicadores. A coordenação dessa mesa coube à professora Regina Pacheco, que entre outros atributos coordena o Mestrado Profissional em Administração Pública da EAESP.

Maior nos trouxe uma tendência do mercado como um todo, o assunto “Fusões e aquisições”. Algumas empresas do setor têm adquirido outras, observam-se fusões, em alguns momentos há empresas que se mantêm, com nome e outras características e há as que são extintas. Neste caso, convidamos uma das duas operadoras que mais têm crescido às custas desse fenômeno de aquisições diversas, a *Medial*. Além disso, chamamos a *Tempo Participações*, que vem expandindo seu espectro de atuação às custas de aquisições de empresas de diversas áreas, não apenas da Saúde. Para nos oferecer o enquadramento teórico desse assunto e animar o debate convidamos a professora Ruth Steuer, ligada ao *GVsaúde*, onde fez uma pesquisa sobre essa lógica aplicada à Administração Pública.

Um dos grandes assuntos sobre os quais se fala nos últimos anos é o prontuário eletrônico, que, em tese, não deveria mais ser tendência, mas sim realidade. No entanto, segundo Michael Porter, pode-se dizer que eles são necessários para conhecer os dados que permitiriam medir o valor que se oferece às pessoas. Apesar disso, continua o autor, os existentes não são o que se necessita. Uma brasileira que está trabalhando no *NHS* contou – por videoconferência, já que se estava falando sobre tecnologia da informação – sobre as lições que se aprendeu na Inglaterra, à luz de um sistema de Saúde considerado uma das referências internacionais. Ao mesmo tempo, um médico informata, que trabalhou com cartão SUS na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e atualmente está à frente da tentativa de implantar prontuário eletrônico num dos bons hospitais privados de São Paulo veio contar de sua experiência e das lições aqui aprendidas. Foi o responsável por esta mesa o Professor Álvaro Escrivão Junior, coordenador adjunto do *GVsaúde* e um especialista em informações na área da Saúde, no setor público, em serviços, em sistemas privados, enfim, alguém que podia fazer a apresentação teórica que poderia servir de cenário para o tema.

Tendências não são necessariamente o destino. Nesse semestre fomos conduzidos a pensar à frente. É importante fazê-lo, porque se o que aparentemente ocorrerá não nos agrada, temos a oportunidade de lutar para que não seja assim. O exercício de futurologia é arriscado, mas útil. A oportunidade de reflexão não deve ser desperdiçada, jamais. E mais à frente poderemos ver, relendo esta revista, o quanto se chegou perto do que de fato ocorreu.

É com muita alegria e otimismo com relação ao que virá que lhes apresento esse 8^a. volume dos *Debates GVsaúde*.

O impacto da crise no cenário internacional

O NOSSO tema é o impacto da crise econômica na assistência à Saúde. O assunto foi capa da *The Economist*, há cerca de um mês. A verdade é que o cenário atual dessa crise econômica pela qual estamos passando é de uma crise econômica diferente. A diferença é que ela está agindo sobre as estruturas das indústrias, não é uma recessão pura e simples como alguns países já enfrentaram no passado, incluindo o nosso próprio País. Ela não é uma recessão pura e simplesmente de demanda. É uma crise estrutural e essa é a grande diferença.

O primeiro impacto que ela vai ter, em qualquer setor industrial, é que vai eliminar competidores marginais, isso é fato. Essa eliminação de competidores marginais, de veias marginais, acontecerá na Saúde, como já está acontecendo.

Outro aspecto é que, no Brasil, a crise veio pelo câmbio. Sua entrada no Brasil foi pelo câmbio, portanto, algum impacto inflacionário acabará por existir. E o câmbio gerou a restrição do crédito. Então, ao contrário dos Estados Unidos em que a crise se originou pelo crédito, no Brasil ela veio pelo câmbio e trouxe problemas derivativos em algumas empresas e eliminou o crédito logo em seguida, que é o momento em que ainda estamos hoje.

Um outro detalhe - e que é um aspecto puramente brasileiro - é que ela não afetou a estrutura bancária do país. Portanto, existe dinheiro; é que ele está caro. Esse é o outro aspecto.

Um terceiro aspecto é que não há garantia da durabilidade dessa crise. Para se ter uma noção do que estamos falando, o Banco Interamericano de Desenvolvimento disse há duas semanas atrás que a América Latina ficará em crise ao longo de três anos. É um prazo razoável. Se houver uma deflação, isso vai pra dez anos. Desse modo, trata-se, como dissemos, de uma crise de grande durabilidade e não se sabe direito ainda qual é de fato o espectro dessa extensão.

O Banco Interamericano de Desenvolvimento e o *BIRD* divulgaram que pela primeira vez, desde 1933, o PIB mundial vai cair três por cento possivelmente e a América Latina vai passar no mínimo por três anos de crise. Assim, temos um cenário bastante desafiador para as empresas do setor da Saúde e, em geral, para todas as empresas.

A indústria da Saúde é fortemente influenciada por movimentos cambiais e foi o que aconteceu. Especificamente o setor convive com importações de medicamentos e equipamentos em dólar americano. Portanto, o impacto aqui no Brasil das importações foi forte, não se sabe ainda a dimensão disso, possivelmente isso trará problemas em importação e em aspectos de desempenho dos competidores.

Outra coisa que aconteceu é que a desvalorização cambial e a restrição de financiamento vão afetar as reservas técnicas das operadoras - e operadoras no sentido mais amplo possível - sabemos que existem seguradoras, assistências médicas,

cooperativas. De qualquer forma, normalmente se fazia reservas técnicas, procurava-se evitar mexer no capital circulante, então se trabalhavam as reservas técnicas, ou financiamento, ou alguma alavancagem, ou alguma forma e se fazia a reserva dessa forma. Isso significa que as reservas vão encarecer e muitas empresas vão ter dificuldades de cumpri-las de acordo com a Agência Nacional de Saúde. Os custos hospitalares também serão influenciados pela desvalorização cambial, principalmente na conta dos hospitais.

Uma coisa alentadora, mas nem tanto, é o - desculpem o termo - *turismo hospitalar* (até o momento não se chegou a um acordo sobre um nome decente pra isso). Mas a verdade é que é uma relação direta se o dólar desvaloriza o real, ou melhor, se houve uma desvalorização do real, fica mais barato os europeus e os americanos virem fazer tratamento aqui, o que já é uma grande tendência.

Na Saúde mundial, se é que podemos falar a respeito desse impacto da crise, é bom colocar que esse é o momento de aceleração de consolidações. A semana passada a *Merck* comprou a *Schering-Plough*, e a *Roche* a *Genentech* americana, visando entrar em novos mercados. Uma crise necessariamente não traz somente efeitos negativos, ela é uma grande oportunidade de consolidar *players*. Mal ajustados, enviados no tratamento a mercado, com custos mal estabelecidos, preços mal posicionados, tudo isso sob o impacto direto de uma crise dessas proporções. Assim, para quem tem uma competitividade, uma estrutura bem estabelecida no mercado, esse é um bom momento.

E outra coisa que a crise fez também é que as grandes plataformas tecnológicas de Saúde têm tido um momento inicial de exposição, são a plataforma do *Google*, do *Waterfront*, da *Webmedia* e do *Yahoo*, todas com a grande oportunidade de estender mercado porque trazem a proposta de agilizar e desburocratizar dados visando um menor custo. Assim, elas passam a ser vistas de uma outra forma. Isto tudo vem sendo noticiado com grande destaque por revistas internacionais de negócios, do porte de uma *Forbes*, por exemplo. E em relação aos destinos do chamado *turismo hospitalar*, o Brasil é um deles, junto com Paquistão, Índia etc. O nordeste do nosso país tem uma tendência pra isso. Em São Paulo já existem movimentos a respeito disso com bastante intensidade.

Como enfrentar a crise

Fábio Sinisgalli

Diretor Geral do Hospital
Nossa Senhora de Lourdes

NESTA exposição, vamos falar um pouco do impacto da crise no nosso setor, acrescentando um pouco da experiência do *Grupo Nossa Senhora de Lourdes* e daquilo que temos passado em relação a esse período recente.

Sou diretor geral do *Grupo Nossa Senhora de Lourdes* e conselheiro da ANAHP, além de diretor do Sindicato dos Hospitais de São Paulo.

Vamos começar fazendo a apresentação do *Grupo Nossa Senhora de Lourdes*, do Plano Diretor e depois uma síntese desse Plano; os principais impactos da crise na Saúde suplementar que podemos ver, os principais impactos no *Grupo Nossa Senhora de Lourdes* e os desafios e oportunidades gerados pela crise.

O *Grupo* tem atualmente dez empresas da área da Saúde. A matriz é o *Hospital Nossa Senhora de Lourdes*, que acabou de completar, no ano passado, 50 anos de existência, um hospital geral, que atende a todas as especialidades médicas.

Temos dentro do grupo uma operadora de plano de Saúde, que se chama *Saúde Medicol*, que tem hoje cerca de 35 mil vidas; a maioria do atendimento é feita dentro do *Grupo Nossa Senhora de Lourdes*, porém conta também com sua rede credenciada. Temos duas empresas de diagnóstico e tratamento: um é o *Lithocenter*, e a outra a *Angiodinâmica*. Essas duas empresas não só prestam serviço para os hospitais do grupo, como também para diversos outros hospitais e clínicas. Contamos com uma lavanderia hospitalar cuja sede fica em Cajamar, que se chama *Hospclean*, que é uma lavanderia para diversos hospitais e clínicas em São Paulo. O *Centro de Medicina Integrada* é o nosso ambulatório médico. Esse ambulatório fica próximo ao Hospital Nossa Senhora de Lourdes e temos lá diversas clínicas e especialidades médicas que são sócios dentro desse grupo também. Temos um centro diagnóstico, que é um centro de diagnóstico por imagem que fica ao lado dos hospitais.

O *Hospital da Criança* fez dez anos em 2008. É um hospital especializado em Pediatria, com todas as configurações e especializações dessa especialidade. Programas de humanização, arquitetura, tudo é totalmente voltado para Pediatria.

O nosso serviço de *home care*, chama-se *Interlar*. É um serviço que está crescendo bastante dentro do grupo. Às vezes as pessoas perguntam: *Por que home care acoplado a um hospital?* Respondemos que nossa função é atender a Saúde das pessoas, não necessariamente dentro do hospital. Assim, temos uma série de produtos hoje que ultrapassam as paredes do hospital.

Temos também uma escola de técnicos que é o *Núcleo de Desenvolvimento Profissional*. É uma escola de técnicos de enfermagem, mas também estamos com outros programas técnicos na área da Saúde.

Todas essas empresas são sociedades anônimas independentes, do qual o Hospital Nossa Senhora de Lourdes faz parte do capital acionário. Portanto, o hospital funciona como a *holding* do grupo, mas elas são todas sociedades independentes, com sócios independentes e gestão independente.

Nas dez empresas coligadas, temos hoje 19 500 metros de terreno, 32 800 de área construída. São 1 500 colaboradores no grupo, 2 300 médicos cadastrados, em 330 leitos, sendo 71 em UTIs, entre os dois hospitais. Aqui alguns números de atendimento. É uma região realmente com uma densidade demográfica muito grande e a gente tem um volume muito

grande de atendimento. Só de porta de entrada, entre pronto-socorro adulto, pronto socorro pediátrico e nosso ambulatório médico, atendemos cerca de 40 mil pessoas por mês. Isso gera então uma demanda muito grande de exames, internações.

É um completo centro de referência. Temos todas as especialidades, não falta nada dentro do grupo, o atendimento é regional e também de referência. Porém, temos alguns serviços em que recebemos pacientes de outros Estados, como por exemplo o próprio *Hospital da Criança* e o serviço de Urologia, que também é um serviço de referência no grupo.

O corpo clínico é aberto com alta qualificação; temos os colaboradores todos envolvidos. O *PIQ* é o *Programa de Incentivo a Qualidade*. É um programa essencialmente de participação nos resultados, no qual os nossos colaboradores têm participação nos resultados das empresas, com indicadores não só financeiros, mas também voltados à qualidade. Isso é uma forma de estimular a qualidade dentro do grupo e o crescimento dos colaboradores.

Existe um programa contínuo de qualidade que desembocou agora para a certificação de excelência para os dois hospitais no ano passado.

Temos um programa muito forte de responsabilidade sócio-ambiental, inclusive o grupo já recebeu prêmios de responsabilidade social, ambiental em função dos programas que vêm sendo desenvolvidos dentro do grupo. Hoje atuamos em cerca de 30 projetos na área de Educação, Saúde, social, que realmente têm uma penetração grande naquela região.

O atendimento humanizado é outro destaque do grupo. Existem muitos programas, principalmente no *Hospital da Criança*, que é bastante conhecido por essa questão dos programas de humanização, mas nós temos também programas de humanização em todos os serviços que atuamos.

Tecnologia de ponta é outro referencial do grupo. Sempre buscamos a última geração, a última tecnologia para que nós tenhamos a qualidade técnica cada vez mais elaborada.

E com último destaque a experiência e tradição, há 50 anos.

O Hospital da Criança fica bem em frente ao Hospital Nossa Senhora de Lourdes. Temos um túnel de interligação que passa por debaixo da rua e com isso conseguimos otimizar bastante os serviços para os dois hospitais: temos cozinha centralizada, estoque centralizado e uma série de coisas que otimizou o serviço para os dois hospitais.

Nosso Centro Diagnóstico, fica na mesma rua e alguns terrenos ao lado já foram comprados para a expansão, tanto no Hospital da Criança como em volta do hospital, como para uma série de casas administrativas.

Atualmente, temos três projetos de expansão. Terminada a expansão do *Nossa Senhora de Lourdes*: o próximo será a expansão do *Hospital da Criança*, que vai ser um anexo também para aumentar o número de leitos. Contamos com 110 no *Hospital da Criança* e queremos chegar a 180, porque a demanda também é muito forte para a Pediatria. Para depois, temos um outro projeto, que chamamos de *Edifício da Saúde*, que é um

prédio onde não teremos assistência médico-hospitalar. A nossa idéia é que aqui tenhamos todos os programas de prevenção e promoção da Saúde que já fazemos dentro do grupo, mas também dentro daquela característica, de atuarmos dentro da cadeia da Saúde, desde a prevenção, da promoção – e a assistência médica faz parte disso. Assim, temos hoje uma série de serviços que já são feitos dentro do grupo, mas nós pretendemos desenvolver dentro desse Edifício da Saúde. E aqui um futuro hospital, que também já está projetado e que vai integrar todos esses prédios. Somente esse aqui no meio, que é um terreno que não é nosso, que é um prédio residencial, mas que também não está atrapalhando no nosso desenvolvimento. Fora da planta, o que temos é o prédio de ambulatório, que fica em uma outra rua, atrás do hospital. A *Hospclean*, que é a nossa lavanderia e o plano de Saúde que também não fica nesta mesma região.

De área de terreno, temos 19 500, de área contruída são 32 800 e nós temos ainda a construir 36 800 já em projeto aprovados. Podemos mais do que dobrar a nossa capacidade instalada com esse plano diretor. Hoje são 330 leitos no grupo e nós pretendemos com esse plano chegar a 573.

O prédio antigo está sendo totalmente reformado. O próximo passo é a

Em momentos de crise, você tem oportunidade de consolidação

ampliação do *Hospital da Criança*, que é esse projeto para esse ano de 2009. Da mesma forma como fizemos o *Nossa Senhora de Lourdes*, nós estamos fazendo o anexo ao *Hospital da Criança*. E para o *Centro Diagnóstico*, temos um projeto, que é prédio da Saúde, que é um projeto para 2010.

Uma questão que se coloca é o que nós fizemos com relação a tudo isso, com a crise. Ou seja, como é que estamos arrumando recursos e como é que estamos fazendo para que as coisas aconteçam dentro do grupo.

Primeiramente, eu vou falar do impacto da crise na Saúde suplementar. O que se vê é, primeiro, a diminuição dos investimentos propiciada pela falta de recursos financeiros. Esse é o grande impacto que podemos ver, porque a falta de recursos vai acabar desacelerando todos esses projetos que nós, os hospitais privados ou mesmo os públicos vêem desenvolvendo, pois fica difícil você atuar em todo aquele projeto de expansão se não se vai ter recurso suficiente para isso.

O segundo ponto é a diminuição da demanda gerada pelo desemprego e enxugamento do mercado. Sabemos que vamos ter um desemprego. Está ainda no início o impacto do desemprego na Saúde. Isso vai acontecer. O desemprego vai ser uma coisa que realmente vai impactar as operadoras e, conseqüentemente, os hospitais.

E por último o aumento do custo da assistência médica pela alta do dólar, influenciando nos materiais, medicamentos e equipamentos importados.

Em relação à diminuição dos investimentos propiciada pela falta de recursos financeiros: é aquela seqüência conhecida de falta de liquidez dos bancos, diminuição de linhas de crédito e custo financeiro alto, o que vai atrapalhando a vida de todos. Temos que trabalhar realmente com recursos escassos e conseguir desenvolver tudo isso. Então na verdade a gente tem essa dificuldade, linhas caras, cada vez mais caras e, ultimamente, nos últimos meses, completamente inexistentes no mercado.

A liquidação de operações de curto e médio prazo, que foi o que aconteceu por demanda dos próprios bancos, que começaram a solicitar todos os recursos que tinham para vencer de volta. Isso diminui o capital de giro de qualquer empresa que demandava capital de giro por meio de recursos financeiros lastreado em banco.

A diminuição de investidores ao sistema de Saúde gerada pela escassez de crédito no exterior, quer dizer, os investidores sumiram. O comentário é que não sabemos para onde foi todo esse dinheiro, mas enfim, saiu do mercado; alguns devem estar guardando até hoje debaixo do colchão, mas realmente nós não sabemos onde é que foi parar esse recurso – e não só os investidores externos, mas também os investidores nacionais por conta da preocupação dos efeitos da crise.

Possuímos um programa de fundo imobiliário, que é aquele em que o *Grupo Nossa Senhora de Lourdes* vem desenvolvendo e fazendo todos aqueles projetos. O *Hospital da Criança* foi feito com fundo imobiliário, a expansão do *Nossa Senhora*

de Lourdes foi feito com fundo imobiliário, e subitamente se vê que os investidores ficam todos retraídos com essa crise. O que aconteceu? Para dar um exemplo, no *Hospital da Criança*, que foi o segundo fundo a varejo no Brasil – o primeiro foi o do *Pátio Higienópolis*. Naquela época, já há dez anos, lançamos a captação de R\$ 20 milhões no mercado. Levamos dois anos para captar esse montante porque era um produto novo, ninguém sabia o que era fundo imobiliário, os investidores ainda não conheciam, não conheciam o *Grupo Nossa Senhora de Lourdes*, então teve uma dificuldade para fazer essa captação.

O segundo fundo imobiliário que lançamos foi em 2006, o do *Nossa Senhora de Lourdes*, onde avaliamos em 88 milhões, e dividimos isso em três tranches de captação. A primeira tranche, 30 milhões, foi captada em um dia, no lançamento. Comparado com os 20 milhões que o *Hospital da Criança* levou dois anos, 30 milhões, em apenas 24 horas, nós fizemos a captação desse recurso através da Bolsa de Valores. Ai já era um produto altamente conhecido, o próprio *Grupo Nossa Senhora de Lourdes* já era conhecido para esses investidores imobiliários, então nós tivemos uma resposta muito mais forte do mercado.

A segunda tranche foi lançada três meses depois e já foi captada com quase 20% de ágio, não tivemos problema também com a captação de recursos para a segunda tranche. Porém, a terceira tranche nós tivemos a infelicidade dela ter sido aprovada pela CVM no dia 25 de setembro de 2008, ou seja, alguns dias depois do início da crise econômica mundial. O que aconteceu é que esses 28 milhões que nós lançamos pela terceira tranche já estava sendo avaliado com um ágio de 50 %, ou seja, estávamos captando 42 milhões, foi isso que foi aprovado pela CVM. Então a crise começou, vendemos praticamente 15 milhões em 15 dias e depois diminuiu ritmo das vendas porque na verdade os investidores ficaram todos preocupados, então por isso que eu coloquei essa preocupação com os efeitos da crise. O que vai ser do Brasil? O que vai ser da crise? O que vai ser da área da Saúde? Todo mundo retirou e não fez os seus investimentos naquele momento.

Tivemos, de lá para cá, em um prazo de seis meses dado pela CVM para fazer a liquidação da oferta pública que vence agora em março e que está sendo liquidada praticamente agora, mas levou cerca de seis meses para que a gente conseguisse captar um recurso que numa primeira ou segunda tranche foi em um dia. Esse é um reflexo que a gente sente diretamente, que a crise afetou a saída de recurso no mercado. Com tudo isso, a gente acaba tendo que dar uma pisada no freio. Os nossos investimentos e todo aquele projeto de expansão vão precisar ser feitos com muito mais cautela.

Outro ponto importante é a diminuição da demanda gerada pelo desemprego. Isso a gente ainda não está sentindo, pelo contrário, vocês vão ver que os números do *Nossa Senhora de Lourdes* vão demonstrar que a demanda cresceu muito nesses últimos meses. Mas, de qualquer maneira, a gente sabe que o desemprego vai tirar uma população dos planos de Saúde, e que isso é ruim para as operadoras e, conseqüentemente, vai ser ruim para os prestadores também.

Consolidação do mercado. O que eu quero dizer com isso? É lógico que em momentos de crise você tem oportunidade de consolidação. Então as empresas que tem dificuldade financeira, as operadoras pequenas, por exemplo, estão sendo engolidas pelas grandes e acaba tendo uma consolidação e isso já era uma tendência, fomentando ainda mais pela crise. Ao mesmo tempo, existe uma concentração dos atendimentos em prestadores de serviço, porque alguns prestadores de serviço que também estavam com dificuldade financeira acabam saindo do mercado e acaba gerando uma concentração de atendimento em alguns prestadores, como foi o que aconteceu lá nossa região.

Outro ponto importante é o aumento do custo da assistência médica pela alta do dólar, influenciando nos materiais, medicamentos e equipamentos importados. Isso é automático. Com isso, o que vai acontecer? O aumento da sinistralidade para as operadoras de plano de Saúde. Não tem saída, vai aumentar o preço da assistência médica. Aumentou o dólar, aumenta o preço do material especial, enfim, as coisas vão aumentando e o custo realmente fica maior. Por outro lado, para os prestadores de serviço isso não é tão ruim porque enquanto nós estamos no sistema *fee for service*, nós ainda temos um aumento de receita por conta desse aumento de custos.

Em um curto espaço de tempo já tivemos um impacto de 13% nas órteses, próteses – materiais especiais, e materiais médicos 8%. Pode variar de instituição para instituição, mas já um aumento no custo de materiais, um pouco menos de medicamentos, e principalmente dos materiais especiais, sem mencionar o aumento

do dólar o que impacta nos equipamentos médicos, que também é automático. Isso é inevitável e vai acabar aumentando a sinistralidade em função desse aumento do dólar.

Falando um pouco mais especificamente dos impactos dentro do *Grupo Nossa Senhora de Lourdes*, a desaceleração dos planos de investimentos, a revisão criteriosa de gastos, a readequação do fluxo de caixa e o aumento da demanda de clientes. Ao contrário do que se imaginava com relação à crise, ao aumento do desemprego e a diminuição de utilização, por enquanto estamos tendo um aumento de demanda muito significativo no grupo. Isto se deve, primeiro, à desaceleração dos planos de investimento, ou seja, uma reavaliação do plano de desenvolvimento tecnológico foi necessário, foi a primeira coisa que fizemos, garantindo a manutenção do plano. Temos toda uma programação de aquisição de novos equipamentos, novas tecnologias e isso, obviamente, exigira que coloquemos o pé no freio e vai fazendo a coisa com um pouco mais de cautela.

Foco em resultados sem perder o foco na qualidade da assistência. Obviamente, não podemos, e acho que é por isso a nossa resposta pelo aumento de demanda, porque sempre nós estivemos com a questão da qualidade em primeiro plano. Assim, não vamos deixar uma coisa afetar a outra.

O segundo foi a questão da revisão do próprio plano de expansão: foco em projetos que agregam receitas sem grandes investimentos, então existem alguns projetos que se pode adiantar a frente de outros que tem grandes investimentos. Por exemplo, o próprio *Prédio da Saúde* é um que tem uma visão estratégica para o grupo, porém com um investimento grande. Podemos, assim, estar concentrando os investimentos naqueles que vão realmente trazer receita em curto prazo e que também podem trazer redução de custos. A postergação de projetos estratégicos com visão de futuro, como o *Prédio da Saúde*.

Outra questão é a revisão criteriosa de gastos. Temos que fazer a lição de casa nesse momento de crise como todas as empresas têm que fazer: contenção de despesas, com campanhas de controle de desperdício. Tudo aquilo que sempre se faz tem que ser intensificadas nesses momentos, para que se consiga realmente adequar as suas despesas dentro de um cenário novo de crise, falta de recursos, diminuição de capital de giro e tudo isso.

A readequação da folha de pagamento com o novo cenário e sazonalidade: tivemos que aumentar a folha de pagamento em determinadas situações em função do aumento de demanda, mas aquilo que não estava ligado diretamente na assistência é possível enxugar, melhorando e otimizando os seus recursos. Desse modo, mais uma vez fazendo uma lição de casa.

Reavaliação de contratos e, portanto, também uma diminuição de despesas com relação aos contratos. Além disso, foco no fluxo de caixa. nos últimos meses, voltei a ser diretor financeiro do hospital. Diariamente estou trabalhando em cima de fluxo de caixa: negociação com fornecedores, descontos e prazos. O endividamento bancário volta a exigir que se faça um alongamento; diminuição de despesas financeiras - tudo isso são negociações do nosso dia-a-dia. Negociação com as fontes pagadoras, preços, demanda, pagamentos. Tudo volta novamente à tona e é preciso readequar esse fluxo de caixa que dependia então de um capital de giro que agora está diminuindo.

Por outro lado, tivemos uma situação diferente no grupo. Não sei se isso acontece com os outros prestadores, mas ocorre com o *Grupo Nossa Senhora de Lourdes*. Houve um aumento de demanda de clientes que consideramos que foi gerado por vários motivos: primeiro, a própria expansão, o prédio novo, que aumentou a capacidade instalada. Estávamos com uma demanda reprimida e, com o prédio novo, conseguimos conquistar novos leitos e aí foi automática essa expansão. A outra questão foi sempre o foco da qualidade. A certificação de excelência, que alcançamos nos últimos anos para os dois hospitais. A qualidade é que demanda o seu cliente, quer dizer, mesmo em tempos de crise não podemos abrir mão da qualidade. É isso que vai manter o seu cliente fiel a instituição. E a própria crise no mercado, com o fechamento de alguns serviços. Tivemos algumas situações particulares na nossa região, onde aqueles clientes acabaram tendo que utilizar os serviços do próprio *Nossa Senhora de Lourdes*.

Em relação às receitas do grupo, se comparármos o quarto trimestre de 2007

com o quarto trimestre de 2008, tivemos uma variação na receita de 16% nesse período. Isso falando do grupo. No *Hospital Nossa Senhora de Lourdes* foi muito maior ainda, especificamente no *Hospital Nossa Senhora de Lourdes* essa variação chegou a 34%. Então as receitas do hospital acabaram tendo uma alavancagem muito grande, mesmo nesse período de crise, por aqueles motivos citados anteriormente. Isso vem ao encontro exatamente do crescimento de paciente-dia. Tivemos uma variação no número de pacientes-dia, comparados os períodos do quarto trimestre, de 30,5%. Quer dizer, foi realmente um aumento de volume muito significativo no grupo nesse período, sem contar ainda nesse início de ano, que só o mês de janeiro isoladamente teve 45% a mais do que janeiro do ano anterior, e assim por diante. Isso vem se consolidando: esse aumento de demanda e aumento de receita consequente.

O que temos que trazer da crise é quais são os desafios, as oportunidades que podemos tirar dela, olhar isso para frente e ver como é que vamos passar por esse período. A primeira coisa: os desafios. É sempre a revisão das estratégias de forma racional, objetiva e cautelosa. Isso é fundamental porque não se pode continuar dirigindo um carro a 220 km/hora se você mudou de estrada. A estrada agora não está com aquele asfalto todo, então você tem que realmente ir com um pouco mais de cautela.

O otimismo e o controle emocional são fatores importantíssimos para contornar a crise. Deixam-se os leões de lado e olha-se aquilo para o futuro: o que podemos daqui melhorar e cada vez mais tirar oportunidades. Enfrentamento da crise com responsabilidade e criatividade. Essa palavra, criatividade, é fundamental nesse momento para que possamos também trazer algumas coisas novas para o setor.

E, pensando nisso, algumas oportunidades que podemos detectar: primeiro, um aumento de demanda ofertada pelo próprio enxugamento dos prestadores. O que se

Criatividade é fundamental nesse momento para trazer coisas novas para o o setor

verifica também é que num primeiro momento existe um aumento da utilização gerado pelo desemprego. O que significa isso? Só o fato de o desemprego estar aí, e está todo mundo preocupado com o desemprego, as pessoas que estão preocupadas em perder o emprego, ou aquelas que já estão num encaminhamento para isso acabam utilizando mais o serviço de Saúde; elas vão buscar mais rapidamente, fazem *check-up*, fazem a cirurgia que estavam por fazer. Isso, num primeiro momento, aumenta a demanda de utilização no sistema.

Outro fator importante são os novos serviços. O turismo médico é ampliado por essa crise toda. A gente sabe que é uma oportunidade já grande no Brasil e com a crise, com a alta do dólar, isso vai demandar ainda mais um turismo médico para o Brasil. Só nos meses de janeiro e fevereiro, nos Estados Unidos houve cerca de 1 milhão e 200 mil pessoas que perderam o emprego. Se pelo menos metade disso tivesse seu plano de Saúde, porque acabam sendo pessoas que vão ter que utilizar o sistema de alguma maneira, e aí o custo-benefício no Brasil para a questão de turismo médico é uma oportunidade que vem se apontando muito forte. Então a gente enxerga isso como oportunidade, no meio desse caos todo, no meio dessa crise. E estamos apostando também nisso, estamos movendo a nossos esforços para atender essa clientela.

E a melhoria dos resultados econômicos, como consequência do aumento de receita e controle das despesas. Em função de tudo isso o que a gente está passando, o resultado do *Nossa Senhora de Lourdes* melhorou muito. Vemos que o EBITDA, por exemplo, que estava em torno de 8% no quarto trimestre de 2007 foi para 18% no quarto trimestre de 2008. É um aumento significativo.

Em resumo, tivemos que trabalhar em cima dessa crise fortemente para conseguir realmente alcançar esses resultados.

Os cenários da crise

NESTA exposição vou tratar do tema das fundações estatais, que já surge com a novidade do contrato de GestãEm relação à crise pela qual passamos atualmente, não temos meios para medir a sua dimensão.

As perspectivas gerais do que acontece no País são as seguintes: tínhamos um fator pré-crise. Quando este trabalho foi feito, trabalhávamos com a pré-crise. A economia estava estável e em crescimento; havíamos alcançado um investimento grande; a inflação estava - e ainda está - sob controle; e registrava-se um aumento de emprego formal ou informal. Essa era a realidade que propiciava um ambiente muito bom para os planos de Saúde e as operadoras de maneira geral.

Já no período de crise, o que ocorreu? A primeira consequência foi a falta de financiamento. Os detentores de capital estão com medo de utilizar ou emprestar esse capital para alguém, pois eles não conhecem a real segurança que existe por trás do financiamento. Sobre isso, há uma frase muito interessante do ex-ministro Delfim Netto: "o devedor sempre tem muito mais informações do que o financiador". Isso é uma realidade. Quer dizer, ele conhece algumas nuances que o financiador não conhece; por isso tem medo de aplicar esse capital. Empresas, inclusive muitas delas fortes e saudáveis, não estão conseguindo financiamento e, com isso, estão correndo um grave risco de enfrentar problemas muito sérios.

Dessa forma, o que vai acontecer nessa crise? Dispensa de funcionários? Por enquanto, na área de planos de Saúde não temos tido notícias de grandes baixas a respeito. Mas, isso fatalmente vai ocorrer. Por quê? Porque já começaram a serem dadas férias coletivas. E isso é prenúncio de demissões. Nessas férias coletivas, na ameaça de demissão e nos acordos que são feitos com as pessoas - e com os funcionários de uma maneira geral - sempre ocorre alguma manutenção do benefício, mesmo depois que o funcionário é dispensado. Assim, os benefícios tendem a persistir durante algum tempo: às vezes dois, três, ou seis meses. Isso acontece principalmente quando são abertas demissões voluntárias, por exemplo, em que se oferecem várias espécies de vantagens, sendo uma delas a manutenção de benefício - e a assistência médica é o principal, uma vez que alcança não só o funcionário como também os seus dependentes, diferente dos outros benefícios, como transporte, alimentação, treinamento de pessoal. Isso vai ocasionar uma provável queda da população nos planos de Saúde e, evidentemente, vai mexer com o faturamento das empresas e com toda a reserva técnica.

Por outro lado, dependemos muito de mão-de-obra. Quer dizer, o nosso maior custo é principalmente hospitalar, com cerca de quase 50% de incidência de mão-de-obra. Então, naturalmente isso vai ocasionar também dispensa nas nossas empresas, nas operadoras de qualquer nível, sejam elas de medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras ou de autogestão.

Outra coisa fundamental é a variação dos custos, com o aumento do dólar. Isso vai aparecer principalmente no que se refere à área hospitalar e que, como consequência, vai repercutir nos planos de Saúde, pois muitos deles vão ter que pagar a conta - existe um número de insumos importados muito grande, principalmente no que diz respeito a materiais descartáveis, a materiais para diagnóstico. Isso certamente vai causar impacto nos custos das operadoras.

Já havia uma tendência nesse sentido ocorrendo antes da crise e agora vai ser difícil se ela se acentuar mais do que já está, mas a tendência é essa. Há uma concentração de capital também: grandes empresas fazendo IPO. Aqui temos exemplo tanto na área de serviços, como a *DASA* que abriu seu capital, como na área de Odontologia, a *OdontoPrev* e na de medicina de grupo a *Amil* e a *Medial*. Só essas duas operadoras que abriram seu capital conseguiram captar cerca de US\$ 2 bilhões, sendo quase 80% representado por estrangeiro. E em consequência da abertura do capital, elas começaram a crescer.

No Brasil, existiam operadoras com um milhão, ou um milhão e meio de segurados e, atualmente, chegam até a três milhões e meio ou quatro milhões de beneficiários - é possível incluir aí quatro ou cinco empresas dentre seguradoras e operadoras de medicina de grupo que chegam a esse número. Existem as *Unimed*s, com mais de 300 operadoras, sendo uma diferente da outra. Naturalmente existem operadoras de *Unimed* também que são grandes, mas não chegam àquele número de beneficiários.

Junto a essa tendência de concentração surgiu também a chamada verticalização. Esta é a maneira principal de conter custos e, em segundo lugar, de controlar qualidade. Ao verticalizar, consegue-se ter todo o desenho do atendimento ao paciente e, com isso, obtêm-se algumas despesas mais controláveis. Isso resulta em menores custos. Tanto é assim que muitas operadoras, principalmente as grandes, adotaram esse sistema, que até autogestões e cooperativas médicas começaram a fazer verticalização - são mais de 400 hospitais próprios em atividade. É interessante verificar que as autogestões e as seguradoras, por exemplo, também estão partindo para isso - só que de uma maneira virtual.

O que seria uma verticalização virtual? Todos sabem que as operadoras controladas por empresas de seguro são proibidas de ter hospital, serviços próprios. Mas, em determinados segmentos para os quais trabalham, principalmente a custos menores, elas têm feito acordos de tal maneira que se chega à chamada verticalização virtual, pois o prestador de serviço segue a mesma filosofia do operador no sistema de controle em geral.

O aquecimento da economia acarretou um crescimento do setor baseado nos produtos populares, para a classe C. Houve um crescimento e também migração da classe B para a C; e da classe D para a C. Com as políticas sociais do governo, a classe D começou a subir para a C e com determinado tipo de distribuição de renda melhor no país da classe B, houve a migração para a classe C. Todo mundo sabe que entre as classes A e B, praticamente 100% delas têm convênio de assistência médica privada; e a classe C é que será o setor na qual as operadoras têm que trabalhar porque são mais de 85 milhões de habitantes. Aí está o local onde se pode e deve trabalhar. Mas, para ter custos baixos e vender a preços compatíveis com o bolso dessas pessoas, há necessidade de um controle muito grande de custos.

Além disso, deverá haver distribuição do risco, através de resseguro, *stop loss*. Sabemos que há pouco tempo existia monopólio estatal do resseguro, agora já foi aberto o setor para

a iniciativa privada e existem mais de cinquenta operadoras de resseguro no Brasil.

As operadoras têm que trabalhar com métodos gerenciais modernos, através de gerenciamento de crônicos e de doenças graves. Isso é fundamental. E outra coisa que tem que funcionar a todo vapor e já se está caminhando seriamente para isso é a aplicação da TI, da Tecnologia da Informação, principalmente por meio do programa TISS, que é a Troca de Informações em Saúde Suplementar, comandada pela Agência Nacional de Saúde e que está sendo implantada no país num ritmo não tão veloz como se pretendia, mas, de qualquer maneira está sendo implantada.

É fundamental que ocorra uma alteração do modelo assistencial, pois a se manter a atual tendência baseada na Medicina curativa, que é a principal forma aplicada atualmente, os custos são absolutamente incontroláveis. Então é necessário haver uma mudança de foco do atendimento, partindo do assistencial para o preventivo e, principalmente, valorizar a qualidade de vida. Hoje em dia, é fundamental que o indivíduo seja responsável pela sua saúde também - e um dos grandes defeitos da Constituição, segundo muitas pessoas dizem, é esse: que a Saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão. Não. A Saúde é um dever do Estado, sem dúvida que os parlamentares assim quiseram; mas é também um direito e um dever do cidadão. Quer dizer, um cidadão tem que ter hábitos de vida saudáveis para que ele possa contribuir inclusive para uma assistência médica mais controlável, um custo mais controlável e mais adequado.

Além disso, a alteração da forma de remuneração é fundamental. Atualmente, se paga por serviços prestados e isso tem que ser modificado - e já está sendo substituído por outros métodos. Principalmente baseando-se no programa de diretrizes, por exemplo, da AMB, de protocolos para diagnóstico e tratamento de doenças, de indicadores e de Medicina Baseada em Evidências. E essa remuneração deve estar diretamente em consonância com aquele profissional que acrescenta valor ao seu trabalho, valor ao paciente. Isto é fundamental. Assim, há que se pagar por efetividade e não se remunerar igualmente os desiguais, como o médico que trabalha bem ou o que deixa a desejar recebendo a mesma coisa.

É muito importante haver critérios para a absorção de novas tecnologias, pois a tendência é de sempre se criar nova tecnologia. Ninguém pode ir contra novas tecnologias, evidentemente. No entanto, os exames estão cada vez mais caros. O mesmo exame, que era realizado através de uma tomografia, vai partindo para outros - como ressonância, *petscan*, etc. - e vai subindo cada vez mais o preço. Esses exames são cada vez mais complexos e caros, mas sem uma efetividade evidente com relação à melhoria da assistência ao paciente.

Alguns estudiosos da área médica dizem que deverá ocorrer uma tendência disruptiva, ou seja, vai haver um momento que vai se descobrir uma aplicação, através da própria tecnologia, por exemplo, que ajudará a resolver o problema de custos crescentes. Antigamente só existiam computadores para grandes empresas, aqueles computadores monstruosos. Depois, a tecnologia foi se espalhando pelo mundo inteiro e, atualmente, quase todas as pessoas têm microcomputador e podem trocar informações facilmente, inclusive a esse respeito. Isto poderá alterar situações muito rapidamente.

As perspectivas quanto ao desenvolvimento das operadoras que existem são específicas, não acreditamos que todas as operadoras possam seguir os mesmos passos. Por exemplo, as grandes empresas, aquelas em que há mais de 500 mil usuários, já têm uma escala acentuada. Elas têm a tendência de fazer serviços próprios, verticalização e captação dos recursos, investidores aplicando na área médica, que é uma área bastante promissora para a aplicação e fazendo os IPOs, que são as aberturas iniciais de capital para a população em geral.

As médias empresas também podem seguir esse caminho e elas têm o foco principal na regionalização. Notamos isso. No entanto, falava-se sempre que haverá uma concentração muito grande, a ponto de existirem cerca de dez empresas trabalhando nessa área de planos de Saúde, como operadoras. Isso não é uma verdade, uma vez que o que se verificou foi uma regionalização: empresas regionais formando grandes reservas e dominando determinadas áreas. Existem operadoras - por exemplo, em Ribeirão Preto, Campinas e outras cidades, assim como capitais de outros estados e cidades interioranas importantes, principalmente no Estado de São Paulo - que se firmaram muito bem e possuem um futuro promissor.

E as pequenas empresas, que são aquelas que atendem menos de 50 mil usuários, que são a grande maioria; mais de 80% das empresas são deste porte - e têm problemas muito sérios. Elas também têm que ser evidentemente regionais e

até locais. Algumas têm nichos especiais como, por exemplo, a *Lincx*, a *Omint* e a *Prevent Sênior*. Esta última é uma empresa que trabalha com pessoas idosas; a *Lincx* e a *Omint* atendem pessoas de renda muito alta, a custos muito altos, mas que conseguiram sucesso porque realmente trabalham um nicho especial.

As outras operadoras pequenas têm muitas dificuldades, porque o que se exige atualmente de reservas e garantias é muito dinheiro, e as operadoras, principalmente essas de medicina de grupo, têm vocação de prestação de serviço - a exemplo do que são os hospitais. Essas operadoras terão dificuldades para conseguir essas reservas. Quando há qualquer sobra de capital, ele é utilizado para a melhoria do seu serviço, melhoria do seu hospital, ou do serviço de imagem ou diagnóstico e por isso correm o risco de se tornarem provedoras de serviço das grandes empresas.

Assim, no mercado, a concentração é necessária porque a nossa atividade é uma atividade do tipo securitária e que exige escala. Isso é facilmente compreensível. Atualmente existem procedimentos médicos que custam entre 200 e 400 mil reais. Dessa forma, uma operadora que fatura um ou dois milhões por mês realmente corre um risco muito grande. Na hipótese de uma intercorrência, num caso de alta complexidade, a empresa pode falir porque não vai ter recursos suficientes para isso. Quando existe escala, casos assim entram num lugar comum. Desse modo,

É fundamental que o indivíduo seja responsável pela sua saúde

será frequente haver esses custos de impacto de alta sinistralidade. Porém, sua escala permite tranquilamente lidar com esses eventos.

O mesmo risco correrão as operadoras sem foco definido. Uma maior segurança dos consumidores - isso é o que vai acontecer, porque com as reservas e garantias que estão sendo exigidas, dificilmente vai acontecer o que já aconteceu em São Paulo. Caso da Unimed Paulista inicialmente e depois da Interclínicas, que deixaram um número muito grande de pessoas sem assistência. Ainda está existindo esse fenômeno, mas a tendência futura é de realmente isso diminuir.

E algumas resoluções em destaque, fundamentais para isso tudo: algumas com alguns efeitos, como a TISS, que é a Troca de Informações em Saúde Suplementar e a qualificação das operadoras. Até certo ponto temos grandes reservas a respeito da qualificação, uma vez que não a qualificação em si, mas a publicação de *ranking* de operadoras, feita pela ANS, induz o mercado, fato altamente condenável, pois uma empresa de *rating* tem que ser uma empresa completamente independente, não pode ser uma empresa que regule o setor. É um absurdo, por exemplo, a ANS dizer, como saiu publicado há pouco tempo, que cerca de trezentas operadoras tiraram nota zero. Publicou-se que 30% das operadoras tiraram nota zero e a sensação que dá é que 30% das pessoas atendidas estão em operadoras que dão qualquer tipo de assistência - o que não é verdade. Aquele um terço das operadoras representam somente 10 a 20% do total de usuários. Seria o mesmo caso, por exemplo, da *Anatel* dizer que a *Claro* teve nota dez, a *TIM* teve nota cinco e a *Vivo* teve nota zero. Enfim, é um absurdo completo uma agência reguladora fazer isso.

Os reajustes de preços determinados pela ANS continuam sendo feitos de uma maneira inadequada, tanto é que vários tipos de operadora já abandonaram os planos individuais e familiares - para os quais a Agência determina os reajustes -, principalmente entre as seguradoras, porque não há qualquer tipo de previsibilidade - uma vez que a metodologia utilizada pela ANS não é transparente e é sempre influenciada por aspectos sociais.

Desse modo, aquelas empresas têm uma grande dificuldade de manutenção do equilíbrio econômico e, com isso, as operadoras maiores que não têm a possibilidade de controlar melhor os custos, deixaram de operar planos individuais. Outras operadoras, dos segmentos de medicinas de grupo e cooperativas médicas continuam trabalhando com esses planos, por terem uma melhor previsibilidade de custos.

Outro problema que existe é o ressarcimento ao SUS. Temos grandes dúvidas a respeito da constitucionalidade desse procedimento, uma vez que a pessoa tem direito tanto ao sistema público, quanto ao sistema privado, e que ela evidentemente paga os dois. Certamente, existem algumas coisas que seriam condenáveis, como por exemplo, se uma operadora oferece determinado serviço e depois ela complica para o usuário a utilização daquele serviço. Acharmos que é

muito justo que seja cobrado o ressarcimento, porque seria um enriquecimento ilícito. Agora, se a pessoa escolheu o serviço público por sua própria vontade, porque ele paga aquele serviço público, achamos que é plenamente viável e que não teria que haver ressarcimento. Enfim, não é o pensamento de todos. Há grandes controvérsias a respeito, mas a nossa posição é nesse sentido.

E a portabilidade: esse sistema surgiu agora, começou a vigorar dia 15 de abril de 2009 e, de maneira geral, também deixa grandes dúvidas a respeito. Atinge um número pequeno da população assistida, mas é uma coisa útil realmente para o consumidor, principalmente o consumidor idoso, que se sentia escravo da operadora, uma vez que se ele mudasse de operadora ele teria que cumprir novamente todas as carências do plano. E, evidentemente, há pessoas que já estão há muito tempo no plano, pessoas idosas principalmente, não poderiam suportar ficar sem tratamento dois anos. Por isso eram praticamente reféns daquelas operadoras. Com a portabilidade de carência, elas poderão trocar de operadora sem ter que cumprir novas carências.

Em 2006, as classes A e B tinham 36 milhões de pessoas; em 2007 estas classes perderam população, passando para 28 milhões; as classes D e E tinham 84 milhões - que passaram para 72 milhões; e a classe C foi para 86 milhões. Houve migração, como já dissemos, das classes A e B para a classe C; e essa classe C, mesmo assim, ainda tem pouca renda familiar para poder ter um plano de Saúde. Mas, mesmo com essa renda familiar, há necessidade de se trabalhar dentro desse setor. Nós sempre fomos favoráveis a que existissem processos e produtos mais simples, de tal maneira que as pessoas pudessem ter seus planos de saúde ao alcance de seu poder econômico, pois essa é sua vontade, segundo pesquisas.

A respeito do crescimento ou não do número de beneficiários de planos de saúde, desde o ano 2000 existem alguns dados enganosos, inclusive a respeito das publicações da Agência Nacional de Saúde - uma vez que as informações cadastrais que foram fornecidas eram incompletas. Na medicina de grupo houve um crescimento; as cooperativas médicas também apresentam um crescimento maior, a odontologia cresceu imensamente, foi realmente a que mais cresceu e já chega a quase dez milhões de usuários. E o único setor em que houve até mesmo uma diminuição ou estagnação foi o de autogestão.

Na média mensal em reais por beneficiários per capita, a medicina de grupo é a que mantém um preço menor, de R\$ 78,11. Há que se considerar aqueles planos antigos antes da lei - até mesmo aqueles que têm planos só ambulatoriais, que não possuem a parte hospitalar - para alcançar esse tipo de média. As cooperativas tinham um preço um pouco mais alto; as autogestões também têm preços bem mais altos; e as seguradoras, finalmente, com um preço muito alto, enquanto que a odontologia tem um preço bastante baixo, com planos odontológicos a R\$ 10, ou R\$ 11.

É muito interessante a percentagem das receitas hospitalares geradas por planos de saúde. A publicação mais recente do *Sindhosp* em conjunto com a *ANAHP*, mostra 94% de receitas provenientes de operadoras. Um sindicato do Rio mostrava

90% de dependência econômica dos hospitais, em relação às operadoras, mas isso já faz alguns anos. E temos até alguns exemplos de hospitais públicos em São Paulo: *Hospital das Clínicas*, *Instituto do Câncer* e *InCor*. Objetivamente: no *InCor*, os 25% de ocupação pelos planos de saúde respondem por 62% do aporte de recurso para esse hospital.

A relação usual que existe entre as operadoras e os prestadores de serviço realmente tem que ser mudada. Anteriormente, a norma era *fee-for-service*, ou seja, o pagamento por serviço prestado; e novas modalidades como diárias globais, pagamentos por pacotes, patologias ou *capitation*. Atualmente, a modalidade ideal seria pagar-se por resolutividade e daí a necessidade de se ter índices e critérios definidos. Por exemplo, como pagar as pessoas que praticam Medicina Preventiva? E tantos os hospitais como até laboratórios estão realizando essa parte - e não há uma referência de pagamento para o médico que faz esse tipo de tratamento.

As operadoras em geral não conseguem conter os custos do pagamento por serviços prestados. Às vezes há possibilidade de determinar índices sobre quem é o mais ou o menos resolutivo, mas não é sempre que se consegue isso. Mas a tendência vai ser essa: vai ser a mudança para o pagamento por resolutividade.

Procedimentos utilizados atualmente: controle de utilização, negociação de desconto; participação dos consumidores. É fundamental que o paciente tenha uma co-participação porque ele se transforma automaticamente em um auditor inclusive do plano de saúde, pois quando o médico fizer pedidos exagerados, por exemplo, ele vai ter que pagar a parte dele e, evidentemente, vai fazer esse tipo de controle.

A contenção da sinistralidade é fundamental, por isso é importante fazer o controle de crônicos e doentes graves. Uma coisa impressionante: 1% dos casos considerados muito graves de uma operadora respondem por 22 % dos custos, sendo que 6% - quer dizer, se somarmos aqueles 1% mais 5% de casos graves - já são responsáveis por quase 50% do custo total de uma operadora. Portanto, é preciso controlar esse tipo de paciente de uma maneira rigorosa, *marcação homem a homem*, como se diz no futebol. Ir atrás do doente, ver as suas necessidades antes dele ter que procurar um hospital. É fundamental mantê-lo num tratamento contínuo e sob controle.

E outra coisa interessante, as modalidades de pagamento a prestadores: pagamento por prestação, por módulo, *per capita*, sistemas gerenciados, relação de dependência - quando é empregado - e relação de dependência mais bônus. Aqui há vantagens e desvantagens, por exemplo: pagamento por prestação, quantidade de serviço sob prestação, evidentemente quanto mais serviço realizado, mais vai receber. Depois, a eficiência do sistema no pagamento por prestação é baixa.

A conclusão que se chega é que deve existir uma relação de dependência - o que seria ideal. Ou seja, seria um pagamento fixo, por exemplo, e com bônus. Então aquelas pessoas mais eficientes, aqueles médicos mais eficientes teriam bônus de tal maneira que eles recebessem mais, uma vez que estão acrescentando mais valor ao tratamento do paciente.

- As tendências do Sistema Único de Saúde

Regina Silvia Pacheco

Coordenadora do Mestrado Profissional em Gestão e Políticas Públicas da FGV-EAESP

Mudanças em curso no Setor Público

AS TRANSFORMAÇÕES ora em curso na Administração Pública em todo o mundo têm colocado em evidência a idéia das parcerias e a do Estado-rede. Acredito que com mais ou menos força, ou com maior ou menor rapidez, essa é a grande tendência também no Brasil. Parece-me que o próprio conceito do SUS tem a ver com essa idéia.

Gostaria de fazer breve referência a algumas lições da experiência internacional para situar os problemas que existem, assim como as diferentes concepções de Estado-rede. A intenção é de oferecer um parâmetro, para vermos depois o debate específico sobre o Brasil. Talvez sirva também como uma forma

de consolo, ou de distanciamento, pois veremos quão similares são os problemas a enfrentar.

Começando pelas tendências de reorganização do Estado - não me deterei sobre as causas que levaram a essas novas configurações do Estado. Goldsmith e Eggers (2006), em seu

livro sobre o Estado-rede, identificam quatro tendências, que estão no centro das reformas do Estado; o Estado vem mudando sua maneira de se organizar e funcionar e mudando também os seus papéis. Assim, estamos tanto diante de uma revisão dos papéis do Estado, como de uma revisão de suas formas de organização e funcionamento. E a idéia das parcerias, da articulação horizontal – intragovernamental – e vertical – intergovernamental –, do uso de novas tecnologias e do poder de escolha concedido aos usuários dos serviços públicos em todos os setores são tendências centrais das reformas em curso. Tais idéias têm levado à configuração de redes – ou Estado-rede – como um propósito deliberado de governo para alcançar fins públicos. Nem sempre o objetivo central das parcerias tem por base – ou não deveria ter como principal motivação – a questão da economia dos recursos. E não é porque é mais barato prestar o serviço por meio de parceiros, mas sim porque a parceria pode produzir o que os anglo-saxões chamam de valor público; pode resolver problemas complexos e pode produzir mais valor público. Este é o ponto central que sustenta a decisão de por que trabalhar em rede, por que fazer parcerias. Isso requer ter metas mensuráveis, claras. Definir claramente as responsabilidades dos parceiros e ter um fluxo estruturado de informações como pontos centrais para que a rede tenha bom desempenho.

Para aqueles autores, estamos diante de quatro modelos, segundo a capacidade de gestão de redes pelo Estado e o nível de colaboração com parceiros não estatais, sejam eles públicos ou privados. É quase como se estivéssemos passando do modelo tradicional de governo hierárquico, no qual o governo opera sozinho, sem parceiros, com baixa colaboração e sem capacidade de articulação em redes nem intra e nem intergovernamental, para um governo em rede que pressupõe além da alta colaboração, uma alta capacidade de gestão dessa rede por parte do Estado. Uma alta colaboração sem gestão da rede é denominada por esses autores *governo terceirizado*, um governo que delega funções e responsabilidades, sem a capacidade de coordenar. E é requisito para o *governo em rede* que o governo saiba também se coordenar internamente – são necessárias tanto a articulação intragovernamental como intergovernamental. Neste último caso, o Estado não abre mão do seu papel fundamental na formulação das políticas públicas.

A mensuração de desempenho é central para o Estado em rede e as parcerias. O paradoxo é que a mensuração de resultados no setor público, ao mesmo tempo em que é fundamental, introduz um conjunto de problemas. A literatura é farta de exemplos de problemas identificados com a mensuração de desempenho em várias áreas no setor público, não só em Saúde.

Jann e Reichard (2002), que fizeram uma pesquisa comparada em sete países, identificaram a contratualização de resultados como um dos pilares das inovações em curso, responsáveis pela melhoria de desempenho das organizações públicas. Ao mesmo tempo, no entanto, apontaram problemas frequentes surgidos com a contratualização de resultados: metas pouco ambiciosas, falhas na supervisão das metas, a não inclusão de atividades importantes da agência ou do parceiro – daquele que presta o serviço –, inexistência de sanções para metas não cumpridas, apesar de não haver consenso em torno da adoção de sanções para metas não cumpridas, a maior influência na definição das metas exercida por quem presta o serviço, mais do que de quem contrata o serviço, ou seja maior influência do parceiro do que da secretaria formuladora da política, uma vez que conhece muito mais – e isso resulta da assimetria de informações porque quem presta o serviço tem um conhecimento mais detalhado e isso não é resolvido, com um passe de mágica, com a contratualização de resultados.

Goldsmith e Eggers (2006) elaboram outra lista de problemas com relação às metas. Primeiro, há a questão sobre o que devemos medir: os insumos, as atividades ou o impacto da ação que está sendo contratualizada? É um grande debate e grande polêmica. Não há uma resposta clara, única, sobre isso.

Outro problema está relacionado à qualidade dos dados iniciais. Quando estes são falhos, é possível que se estipulem metas subavaliadas – e a imprensa tenderá a criticar a facilidade com que serão alcançadas tais metas. Em geral, há muita exploração dessa questão e na verdade aprendemos com estes autores que na origem pode não haver má intenção ou ação deliberada de estipular metas muito frouxas;

o erro decorre antes de falta de dados sobre a situação de partida. É importante ter a situação de base bem informada para poder estipular metas realistas para serem cumpridas.

Outro problema frequente é aquele chamado de *cream skimming*: os parceiros, os competidores, ou provedores disputando os casos mais fáceis de serem atendidos e deixando de lado os mais complicados.

E há também os problemas de comportamentos não desejados associados a incentivos inadequados. Se os incentivos levam diretamente à redução de custos, pode haver cortes que prejudicam a qualidade. Se a ênfase é exclusiva no prazo da prestação de serviço, pode haver atenção apenas à rapidez, e não à qualidade do serviço prestado.

Outra questão apontada pelos autores diz respeito à decisão sobre o que medir: aquilo que é mensurável ou aquilo que é realmente importante e deve ser medido? Isso também é um desafio. Muitas vezes o que é mais importante de ser medido não é facilmente mensurável.

E há ainda a tendência a sair medindo tudo, problema também citado na literatura.

Para concluir, cito Bouckaert e Balk (1991), em seu texto *Doenças e Curas da Mensuração de Resultados no Setor Público*. Eles listam um conjunto de treze doenças. Algumas delas referem-se às justificativas para não medir desempenho no setor público. E depois algumas ligadas às dificuldades de mensuração de resultados no setor público.

Dentre o segundo grupo, podemos destacar a questão da *hipertrofia* ou *atrofia* do serviço prestado. Assim, dependendo do incentivo criado com a meta ou o indicador adotados, pode chegar-se a uma situação de aumento desnecessário ou redução indesejada do serviço oferecido aos usuários. Por exemplo, se a medição é de custo, então é possível levar a uma situação de redução do serviço oferecido. Na área da Educação, por exemplo, se medir aprendizagem do aluno – e só isso –, pode-se ter uma *atrofia* do produto: aceitam-se menos alunos, colocam-se menos alunos na classe, oferecem-se menos vagas, pois aí é possível fazer um trabalho melhor com aqueles alunos. Se o pagamento é por aluno e por vaga oferecida, é possível haver uma *hipertrofia*, a escola oferece muitíssimas vagas, mas que são desnecessárias naquele local. Outra *doença* é a *poluição*: há uma mistura de aspectos diferentes naquilo que está sendo medido. Pode haver *inflação*: há medidas demais, desnecessariamente. A *doença dos iluminados* refere-se a um grupo no topo da organização que define as metas e os indicadores e não consegue comunicá-los até a base. Outro problema é o *curto prazo*: a ênfase exclusiva no curto prazo. A *miragem*: imagina-se que se está medindo uma coisa e na verdade está-se medindo outra. Ou ainda o *desvio de comportamento* quando são determinadas metas que não dão conta da missão daquela instituição, o que acaba induzindo um comportamento adverso. Um exemplo singelo: se no hospital se vai medir apenas mortalidade, é possível chegar-se a uma situação em que este hospital evite aceitar casos mais complicados. Isso é o que os autores chamam de *shifting disease*, que é levar a desvios de comportamento.

Enfim, são essas e muitas outras *doenças*. A literatura é cheia de exemplos das dificuldades de mensuração de desempenho no Setor Público. Essas situações existem, têm sido identificadas, mas ainda assim as análises consideram que a melhor maneira de parceria hoje é aquela que se estabelece sobre um conjunto de metas claras, de responsabilidades compartilhadas, de riscos compartilhados e de transparência nessa relação. Apesar das dificuldades, penso que é assim que vamos caminhar e estamos caminhando também no Brasil.

Referências

- Bouckaert, Geert e Walter Balk (1991). „Public Productivity Measurement: Diseases and Cures“. *Public Productivity and Management Review*: 15(2):229-235.
- Goldsmith, Stephen e William Eggers (2006). *Governar em Rede. O novo formato do setor público*. Brasília: ENAP.
- Jann, Werner e Christoph Reichard (2002), “Melhores práticas na modernização do Estado”. *Revista do Serviço Público* 53(3):31-50.

Santas Casas e gestão do SUS

O OBJETIVO desta exposição é apresentar algumas questões que me parecem fundamentais, por conta daquilo que tem sido o meu dia-a-dia à frente da Confederação das Santas Casas, interagindo com os vários segmentos.

A primeira observação que faço é para esclarecer a questão da certificação da filantropia. A natureza desses hospitais é a ausência de finalidade lucrativa na atividade. O mais antigo exemplo que temos no Brasil é a Santa Casa de Santos com quase 470 anos, além de outras 150 instituições que já ultrapassaram 300 anos de existência. Então, para um país onde temos, no empreendedorismo, grandes empresas surgindo e fechando as portas, às vezes, dentro do mesmo exercício, isto é relevante. De fato, essa longevidade que o sistema tem de atuação na Saúde nos dá uma segurança para projetar o futuro, e é o que vimos fazendo.

Ser certificada como filantrópica é uma deliberação da instituição. Ela não está obrigada a ser filantrópica, opta por ser filantrópica. A legislação brasileira – Código Civil e do Código Tributário Nacional – trata apenas da ausência da finalidade lucrativa. As que desejam podem ser certificadas como entidades beneficentes de assistência social, o que se convencionou chamá-las de filantrópicas, mas nem todas o são. A Constituição Federal de 1988, as considera como parceiras preferenciais do sistema público de Saúde, atuando complementarmente, ou seja, esgotada a capacidade do setor público, o gestor não poderá comprar serviços da iniciativa privada lucrativa antes de esgotar os serviços da filantropia, quer dizer, das instituições sem fins lucrativos.

Outra questão que se faz necessário esclarecer é a da denominação, da razão social. A expressão Santa Casa, quer como nome de fantasia ou razão social, é aplicada a 452 instituições no Brasil e têm uma vinculação com a origem da primeira Santa Casa em Portugal, em 1498. Grande parte dessas Santas Casas inicia a razão social com a expressão *Irmandade de Misericórdia da Santa Casa* de “tal lugar”, ou simplesmente Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos. Mas, no segmento sem fins lucrativos prevalecem outras denominações, tais como: *Associação Beneficente São João Batista* de “um determinado município”; *Beneficências Portuguesas*, algumas levam a expressão de *Real Beneficência Portuguesa*; ou ainda, *Hospital de Caridade* – nas regiões do Sul, principalmente no Rio Grande do Sul essa expressão é muito usada –, ou no Norte e no Centro-Oeste onde temos um grande volume de instituições com a denominação de *Associação de Proteção à Maternidade e à Infância*, derivadas de um programa de governo que incentivou a criação dessas instituições.

Passemos, então, para a dimensão desse segmento: são cerca de 2 100 estabelecimentos de Saúde com quase 175 mil leitos, ou 35% dos leitos hospitalares instalados no país. 56% desses 2 100 estabelecimentos – e isso tem uma relevância muito grande – são os únicos serviços de Saúde nos seus respectivos municípios. São instituições com até 50 ou 70 leitos em municípios de até 30 mil habitantes. Apesar da grande importância para o município e respectiva população, o Ministério da Saúde que muitos desses estabelecimentos já não se justificam mais como *hospitais*. Temos de encontrar uma política pública adequada para resolver essa questão, primeiro porque a população desses municípios não aceita ficar sem o hospital. Ou seja, tem-se outro problema: não se trata de simplesmente dizer: *Vamos acabar com esse serviço*. Há um

problema social muito sério.

Atualmente, 102 estabelecimentos acumulam a condição de operadoras de plano de Saúde, com 1 800 000 usuários. Na verdade, quando a Lei 9.656, de 1998, veio colocar ordem na questão da Saúde Suplementar, tínhamos perto de 360 hospitais que operavam planos próprios de Saúde. É evidente que pela burocracia e a necessidade do rigor da lei na regulamentação de um setor que era desregulado, apenas um terço deles permaneceu no mercado, os demais entenderam que deviam repassar as suas carteiras e elas foram, na maioria das vezes, incorporadas pelas *Unimed*s. Esta é, também, outra coisa interessante: costume dizer que tiro o chapéu para o pessoal da *Unimed* porque quando foram criadas é evidente que tiveram a inteligência de usar toda a estrutura física e funcional das santas casas para criar seus planos de Saúde. Eles não necessitavam de investimento nenhum para tal. Foram competentes e puderam navegar de forma brilhante nesse mercado, que normalmente seria das operadoras filantrópicas, mas eles, inteligentemente, fizeram valer a criatividade e têm hoje um belo plano de Saúde.

Representamos cerca de 470 mil empregos diretos e nisto não estão inclusos 140 mil médicos que atuam de forma autônoma, o que tem sido um problema nas relações de trabalho, inclusive para o sistema público de Saúde, porque é uma tradição do médico querer manter a liberalidade dele. Não quer se vincular a horário, a esta ou aquele regulamento e criam para o hospital um problema sério. É uma questão complicadíssima, mas que tem de ser discutida.

As instituições sem fins lucrativos realizaram pouco mais 7 milhões de internações, em 2007. O faturamento anual desse conjunto de hospitais é 15 bilhões de reais. Ainda nessa questão da dimensão, o segmento constitui um espaço de produção de conhecimento, de riqueza e de emprego. Não há como refutar isso, principalmente na prestação da assistência à Saúde, na formação de recursos humanos. São 54 faculdades de medicina de propriedade de santas casas (filantrópicas) ou estão a elas ligadas, prestando importante contribuição para a Ciência Médica.

Por terem surgido das próprias comunidades, a localização dessas instituições no território brasileiro segue exatamente aquilo que foi a colonização e a ocupação do nosso país. Quer dizer, quase metade delas (46,6%) está aqui na região Sudeste e outras 24,5% no Sul. Nessas regiões se tem grande concentração porque foi aí que tivemos forte desenvolvimento da colonização brasileira. Depois, vem o Nordeste, 21,4%; Centro-Oeste 5,1% e no Norte 2,4% das instituições. Volto a insistir: essas instituições nasceram da iniciativa da própria comunidade. São públicas sem serem estatais; não são propriedade do Estado, mas exercem função pública.

Quanto ao porte, 42% dos hospitais têm até 50 leitos e estão localizados em municípios de até 30 mil habitantes. De 50 a 100 leitos, mais 32%; acima de 100 e até 200 leitos, 18%, e 8% acima de 200 leitos.

A importância do segmento para o SUS, e aqui começo a entrar no tema das tendências, é indiscutível. Em 2004 foram 11,5 milhões de internações e o segmento sem fins lucrativos

respondeu por 40% delas.

Quando Adib Jatene exerceu o cargo de ministro da Saúde, foi à televisão e disse que estávamos entrando numa malucice de internar quase 10% da população. À época estávamos com 144 milhões de habitantes e realizamos 14 milhões de internação. Hoje temos quase 200 milhões de habitantes e reduzimos para pouco mais de 11 milhões de internações ano, isto no Sistema Único de Saúde.

De 2004 para 2008 tivemos pouco mais de 7% de redução. Mas como é o comportando dessa curva? Chama atenção a tendência do setor lucrativo de sair progressivamente do sistema público de Saúde. Ele já foi, há dez anos, responsável por cerca de trinta por cento das internações do SUS e hoje tem participação de apenas 14%. A tendência é essa curva decrescente se manter. Tenho conversado com representantes desse segmento e claro está que a ele não interessa mais, salvo exceções, continuar no sistema público por causa do subfinanciamento dos serviços e uma série de outras questões.

Observando-se a produção do público estatal – municípios, estados e União – verifica-se um aumento, ano a ano, à medida que cai a produção dos privados lucrativos. O mesmo ocorre em relação ao segmento filantrópico. Assim, as internações do sistema público de Saúde estão divididas entre as entidades sem fins lucrativos e a iniciativa governamental. A participação do setor estatal também cresceu bastante no período anterior ao que estamos considerando, isto porque assim que o SUS começou a ser operacionalizado, a partir de 1988, muitos municípios receberam recursos federais e construíram suas unidades públicas, constatando-se um acréscimo da capacidade instalada bastante significativo. Essa tendência continua, mas não na mesma velocidade como vinha acontecendo.

Por sua vez, o segmento filantrópico apresenta uma ociosidade muito grande de leitos e de outros serviços. Há regiões em que chega a 60%. Mesmo assim a sua participação no SUS vem crescendo em razão da certificação da filantropia obrigar as entidades a destinarem, no mínimo, 60% dos seus serviços ao sistema público de Saúde. Esta é a condição para a manutenção da certificação e da isenção das contribuições da empresa para a seguridade social. Uma parte significativa das instituições é certificada como filantrópica, enquanto outra não. A produção dos filantrópicos, no SUS, é bem maior do que as 4,5 milhões de internações registradas nos bancos de dados do Ministério da Saúde. No ano passado foram cerca de 470 mil realizadas e não contabilizadas, isto porque excederam o limite do gestor.

Geralmente o gestor não permite que o hospital fature as internações que excederam o limite que lhe foi estabelecido, mesmo que tenham sido necessárias e previamente autorizadas. Com isto, prejudica-se todo o sistema de informações nosológicas. Os registros nos bancos de dados não são um retrato fiel do que está acontecendo. Este é um problema que vem se reproduzindo, ano a ano. Quando Humberto Costa ocupou o cargo de Ministro da Saúde, fizemos um levantamento sistemático, inclusive com todas as referências dos pacientes, números das AIHs represas e que não haviam sido processadas. Constatamos que, em 14 meses, 1 270 000 internações não tiveram cobertura do Sistema Único de Saúde – foram realizadas e não pagas. Felizmente isso vem caindo, mas ainda temos cerca de 10% das internações que acabam não entrando na contabilidade das realizadas, pelas razões expostas.

Outra falha de registro ocorre em relação às instituições que hoje estão trabalhando como Organizações Sociais (OSs) e que aqui no Estado de São Paulo são 21, com uma produção imensa. Toda a produção dessas OSs, quase 500 mil internações no ano passado, está registrada como se tivesse sido realizada pelo setor público, isto porque o faturamento é feito no CNPJ da Secretaria de Saúde do Estado. Esta recebe os recursos federais e, de acordo com o contrato que mantém com as OSS, faz o pagamento ou repasse às OSS. Portanto, em se considerando essa produção de internações na cota dos filantrópicos, o segmento passa a ser responsável por quase 50% de todo o atendimento do sistema público de Saúde e essa tendência só tem crescido.

Evidentemente, não tem como ser diferente. Se para funcionar o sistema público precisa dos filantrópicos, temos de ser parceiros intransigentemente e isto temos defendido junto ao CONASS e o CONASEMS. Temos dito aos gestores: *Precisamos saber o que é que vocês precisam, pois queremos atender aquilo que vocês precisam.* Se o objetivo é atender bem à população brasileira, temos que seguir este caminho. Se as nossas instituições foram criadas no passado pelas suas comunidades para provê-las dos serviços de Saúde necessários, não tem porque agora

não ser um parceiro do governo para tentar levar, mesmo com dificuldades, a bom termo essa missão.

Analisando o gasto federal gerado pelas mesmas internações no período de 2004 a 2008, vamos ver outra tendência muito interessante: os recursos, que eram de R\$ 6,58 bilhões subiram para pouco mais de R\$ 8 bilhões. Tivemos nesse período um acréscimo de 25% e uma redução de 7% nas internações. Não estou computando o gasto dos parceiros municipais e estaduais, mas apenas o gasto federal.

Os filantrópicos, com 41% da massa de atendimento, ficaram com um percentual bem superior desses recursos: 45,8%. Por quê isto ocorreu? Ao analisar o que cada segmento está produzindo, constata-se que dos procedimentos mais complexos realizados no âmbito do sistema público de Saúde, a maioria deles são executados nos hospitais sem fins lucrativos. É o que ocorre em relação ao programa extraordinariamente bem sucedido no SUS: o de transplantes. O mesmo se pode dizer da área de Oncologia, de Neurocirurgia, entre outras. Dessa forma, é inconteste a importância das instituições sem fins lucrativos para o sistema público de Saúde.

O setor hospitalar sem fins lucrativos tem se profissionalizado bastante

Os gastos federais com os procedimentos ambulatoriais de Média e Alta Complexidade (MAC) evoluíram de R\$ 7 bilhões e 800 milhões, para R\$ 11 bilhões e 500 milhões, ou seja, 47% de aumento, contra 25% de aumento no gasto com as internações. Dos R\$ 20 bilhões que o governo reservou no orçamento de 2008 para o MAC, as internações consumiram quase R\$ 8,5 bilhões e as ações ambulatoriais R\$ 11,5 bilhões. Essa é uma tendência crescente: a cada ano os gastos ambulatoriais se distanciam mais do das internações. Antes predominava aquela situação que todo mundo chamava de *sistema hospitalocêntrico*. Hoje, a desospitalização é crescente e começam a existir excessos e ociosidade de leitos. Claro que não estou me referindo a grandes centros, porque ainda cabe a construção de hospitais em algumas localidades, mas não é regra.

Na produção dos procedimentos ambulatoriais de Média e Alta Complexidade predomina o público-estatal com 54% dela; depois vem o filantrópico, com 25%; e o setor privado com 21%. Aqui também não estão computados os valores faturados pelas OSS da Bahia, São Paulo, etc. Foram considerados como produção do setor público.

Em pesquisa de satisfação dos usuários do SUS, que o Ministério realizava e que vem reativando agora, enquanto o nível Brasil foi de 8,1, o filantrópico ficou com 8,4 e só perdeu para o universitário que alcançou 8,53. Importante ressaltar que entre os hospitais universitários vários são filantrópicos.

Tratemos agora, da certificação da filantropia: são 1 126 entidades certificadas, das 2 100 existentes. Portanto, no gozo da isenção da cota patronal estão apenas 1 126 instituições.

São condições para a certificação: a) as que atuam com serviços ambulatoriais e internação só serão certificadas se comprovarem que destinaram, no mínimo, 60% das suas internações a pacientes do SUS, medidas por paciente/dia; b) as que só prestam serviços ambulatoriais, também precisam comprovar 60% ao SUS de todos esses serviços; c) as que não conseguirem atender o mínimo de 60%, estão obrigadas a aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade. Se atender acima de 50 e abaixo de 60% de SUS, tem de comprovar 5% de gratuidade, calculada sobre o faturamento bruto da instituição, incluindo aí o próprio faturamento do SUS. Abaixo de 50 e acima de 30% o percentual de gratuidade passa para 10%, mas se ficou em até 30% de SUS, está obrigada a aplicar 20% de gratuidade sobre a sua renda bruta. É um valor muito alto, não é pequeno.

Finalmente, temos outra situação mais recente, de 2006. Um decreto presidencial, o de nº 5 895, contempla o que se convencionou chamar *hospitais de excelência*. Esse decreto permite a obtenção da certificação a um número muito restrito de instituições que realizarem projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS; estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos de todas as áreas; pesquisas de interesse público em Saúde; e, o desenvolvimento de técnicas de gestão em serviço de Saúde. Para ficarmos só na capital paulista, são exemplos de *hospitais de excelência*: *Albert Einstein*, *Sírio-Libanês*, e *HCor*. São instituições das quais o sistema público, geralmente, não

precisa ou não pode comprar 60% dos seus atendimentos, como manda a lei. É uma alternativa para que possam fornecer serviços ao SUS e manter a filantropia.

O valor que esses hospitais vão despende para qualquer um dos projetos não pode ser inferior ao da isenção que estão recebendo. Assim, se estiver recebendo R\$ 2 milhões de isenção por ano, o projeto que pretende executar para o sistema público de Saúde não poderá ser inferior aos R\$ 2 milhões da isenção usufruída. Caso esse hospital já vinha prestando algum serviço ao SUS, vamos supor 15% em

O segmento sem fins lucrativos que atua no SUS padece de marcantes dificuldades para manter o equilíbrio das contas

hospitalização, ele não poderá reduzir essa participação. São regras que realmente estabelecem uma rigidez grande para a utilização da filantropia.

O segmento sem fins lucrativos que atua no SUS padece de marcantes dificuldades para manter o equilíbrio das contas em decorrência do subfinanciamento praticado pelo SUS. Os valores atualmente pagos para a maioria dos procedimentos estão muito abaixo dos custos. Implica no endividamento crescente, no baixo ou em nenhum investimento – até mesmo para a reposição de algumas tecnologias muito simples, como na área de imagens, por exemplo – e produz ineficiências e baixa qualidade da assistência.

Dos 2 100 hospitais, cerca de 350 já alcançaram o nível de excelência na gestão ou estão muito próximos dele. Adotam princípios avançados de gestão e estão muito bem equipados, com programas de qualidade, sistemas informatizados e elenco de indicadores que são medidos e comparados mensal e anualmente. Mas os demais não estão tão bem assim.

A baixa remuneração do SUS leva as instituições a buscarem aportes emergenciais do governo, via emendas parlamentares, que acabam trazendo um problema complicado para o sistema público de Saúde: geralmente o parlamentar de certa região não quer saber se em um ou outro município tem cobertura de ressonância magnética ou não. Ele tem amizades, influência política e proximidade com uma instituição, daí resolve colocar no Orçamento da União uma emenda parlamentar para mais uma ressonância magnética, mais um tomógrafo ou outro equipamento, gerando para o gestor do SUS excesso de oferta de serviços. Quer dizer, tem-se uma oferta de serviços além da demanda e, politicamente, até se consegue vender esses serviços para o setor público. Dessa forma não avançamos na necessária regionalização e hierarquização dos serviços do SUS, além da ineficiência no uso dos recursos porque se aplica onde não precisa. São tendências difíceis de acabar por causa do sistema político brasileiro.

No que se refere à insuficiência de recursos para uma remuneração adequada dos serviços prestados ao SUS, trago à discussão o exemplo típico da Santa Casa de Porto Alegre, que tem um excelente sistema de levantamento de custos. Em uma série histórica, de 1996 a 2006, o melhor momento em que o sistema público se aproximou do custo dos procedimentos foi em 2001. De cada R\$ 100,00 gastos para a realização dos serviços que prestou ao SUS (procedimentos) este a remunerou em apenas R\$ 79,59. A partir de 2006 essa relação começou a cair novamente: estava em R\$ 67,20 e agora o SUS reembolsou no ano passado apenas R\$ 61,87 para cada R\$ 100,00 gastos. Ninguém tem o dom de tocar em alguma coisa e transformá-la em ouro (dedo de Midas) e, mesmo sem objetivo de lucro, essa defasagem vai onerando o patrimônio das instituições sem fins lucrativos. É por isso que estão vendendo bens patrimoniais e se endividando junto a bancos, fornecedores e passivos trabalhistas. Isto é uma tendência crescente e não tem como segurar.

O Governo Federal não encontra, neste momento, recursos para solucionar esse subfinanciamento e superar as defasagens das tabelas. Seria necessário, pelo menos, um reajuste de 70% sobre a média de toda a tabela do SUS. Hoje o sistema público de saúde gasta R\$ 20 bilhões com a média e alta complexidade e teríamos que dispor de R\$ 14 bilhões a mais para zerar o custo dos atendimentos.

Como já dissemos, o setor hospitalar sem fins lucrativos tem se profissionalizado bastante, mas, por ser uma iniciativa de comunidade, muitas instituições ainda trazem vícios do passado e sofrem com a precariedade na gestão. Não raro se coloca para gerir a instituição funcionário que está se destacando ou mesmo pessoa não especializada. Temos buscado a profissionalização da gestão, mas na maioria das vezes se esbarra nesse cenário da baixa remuneração pelo SUS.

Há casos de instituições prestando 80, 90 ou 95% dos seus serviços ao sistema público de Saúde e isto não tem como continuar. No interior dos estados, convênios com operadoras de planos de Saúde é coisa muito reduzida, assim como os atendimentos a particulares, diferentemente do mercado que se tem nos grandes centros.

Por outro lado, não se pode avançar no corte de despesas acima daquilo que é o mínimo para não se comprometer a qualidade e a segurança do doente. Saber cortar, nós sabemos. Sabemos onde é que está o custo e o que pode ser cortado, inclusive aplicando algumas regras de mercado, mas sempre esbarra nesse limite da segurança do doente e ninguém é louco de fazer tais cortes.

Diante de todo esse cenário, o que, então, precisa ser feito?

Primeiro, a reforma dos mecanismos de pagamento. E é nisso que temos pautado a nossa atuação junto ao Ministério da Saúde, Conselhos Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (Conass e Conasems), junto aos políticos (Congresso Nacional), etc. Os orçamentos globais, vinculados a desempenho e cumprimento de metas, seria uma solução e isto poderia se dar aperfeiçoando-se a contratualização, experiência que o ministério colocou em prática, mas que não a gerencia como deveria. Isto merece crítica: na maioria das vezes se concebe bons programas, mas acha que só a concepção dele e a edição de portarias são suficientes para resolver o problema e não se coloca ninguém para gerenciá-lo. O bom programa começa a se descaracterizar, vai caindo, caindo e vai lá para a vala comum de todos os problemas que a Saúde pública tem. Falta gerenciamento.

Também é preciso definir o papel dos hospitais de pequeno porte. São muitos, têm papel importante e não são apenas sem fins lucrativos (filantrópicos), são também de propriedade dos municípios.

Aprimorar a tabela unificada – e ela tem vários problemas – é outra atitude que precisa ser tomada. Alinhar, pelo menos, aos custos dos procedimentos os valores pagos.

Melhorar os arranjos contratuais e o cumprimento efetivo dos compromissos assumidos. A maioria dos gestores do SUS assina contrato com o prestador com cláusulas que no dia seguinte não são obedecidas. Um forte exemplo é o do prefeito do Rio de Janeiro que, ao assumir o cargo, mandou fazer uma auditoria na Secretaria de Estado da Saúde do governo anterior e reteve o pagamento referente a dois meses, para trás, de todos os prestadores, sem se importar com as consequências. Ora, quem fatura 5 ou 8 milhões e tem folha de salário, 13ª e fornecedores para pagar não consegue repor essa importância, especialmente num país em que não se tem fontes de financiamento adequadas disponíveis. Estivemos lá conversando, mas Eduardo Paes ainda não pagou dezembro para os hospitais. Isso é um absurdo, diante dos instrumentos legais (contratos) assinados. Nada vale, nada é respeitado. Este é outro *calcanhar de Aquiles* que temos de resolver nos arranjos contratuais.

Melhorar o relacionamento público-privado, ideologicamente ainda muito estigmatizado, também é necessário. Os conselhos de Saúde são um entrave para isto e realmente não representam mais os usuários do SUS. Faço parte do Conselho Nacional e tenho combatido isso: os representantes dos usuários não mais os representam há muito tempo. Cinquenta por cento da composição dos conselhos são reservados para representantes de usuários e que poderiam estar resolvendo o problema do povo brasileiro, do usuário, mas não o faz. São ideológicos e geralmente muito atrelados aos prefeitos. A situação é complicada e, por isso, o controle social do SUS, a meu ver, não funciona adequadamente.

Aprovar o projeto de lei da regulamentação da Emenda Constitucional 29. Isto não significa que vai aumentar ou ampliar o financiamento público, mas definir o que será financiado e o que são efetivamente gastos com Saúde.

Criar um fundo garantidor para suportar os investimentos a juros mais acessíveis. Fizemos uma proposta neste sentido à Caixa Econômica Federal, que está interessadíssima. O que queremos com isto para os filantrópicos? Não queremos

favor, queremos repor a tecnologia já sucateada, continuar parceiro do sistema público de Saúde e não depender de emendas parlamentares para investimentos. Queremos ter um fundo garantidor que permita a prática de juros mais acessíveis e não como os praticados pelos bancos comerciais, como o que levou o presidente Lula a demitir o presidente do Banco do Brasil. Ora, num sistema em que as instituições são parceiras e subremuneradas, não se pode admitir a ausência de uma linha de crédito adequada para repor tecnologia ou melhorar a qualidade.

Aprovar o Projeto de Lei, em discussão no Congresso, com o novo marco legal da filantropia. A edição da Medida Provisória nº 446 pelo Governo, criou uma confusão total para as entidades certificadas. Segundo a maioria dos jornalistas especializados, esdrúxula, injusta e injustificável. E agora as entidades estão na *corda bamba*, está tudo solto. Na semana passada, uma juíza federal anulou o ato do presidente da República, ou seja a edição da Medida Provisória que teve vigência de 4 de novembro de 2008 até neste mês de abril. É uma situação de instabilidade muito grande.

Finalmente, no plano conceitual e das posturas, o acolhimento ao usuário do sistema público de Saúde precisa deixar de ser um favor. Quando o cidadão é beneficiário do SUS, comum é acharmos que se está fazendo um favor a ele por ocasião dos atendimentos. Ora, este é um direito conquistado pela cidadania brasileira. É um direito do cidadão e uma conquista riquíssima. Esta conquista é que possibilitou mais emprego para aquele enfermeiro, para aquele técnico, para aquele administrador.

Portanto, a pergunta não quer calar: quando é que vamos deixar de ver o doente do SUS como recebendo um favor do hospital? Temos pautado a atuação da Confederação nessa tendência de buscar humanizar, de melhorar o acolhimento. Visitei, recentemente, três hospitais públicos de grande porte. É uma crueldade o que fazem com o doente. É muito triste. Não pode persistir essa situação. Não é dobrando o financiamento do sistema público de Saúde que vamos resolver isso. Esta é uma questão de postura. Necessário, portanto, um maior comprometimento do funcionalismo, exercendo o trabalho para o qual foi concursado, contratado – seja na iniciativa privada ou na pública –, e precisa produzir os efeitos que deles esperamos.

Outra questão: gestores do SUS precisam compreender que o sistema não lhes pertence. É interessante isto: é novamente aquela questão do favor. Alguns gestores assumem o sistema como sendo deles, fazem o que bem entendem, contrariam decisões que estão no âmbito da regulação nacional, que é do ministério da Saúde, etc. Não é por aí e, se desejamos construir um sistema, não podemos continuar com essa tendência, até porque a cada quatro anos, no mínimo, troca-se praticamente a maioria dos gestores municipais dos 5 600 municípios brasileiros. A falta de continuidade é um problema grave, mesmo quando o secretário de Saúde é trocado

por não estar agradando o prefeito. Também o desconhecimento que muitos têm sobre a legislação do SUS atrapalha e muito. Durante três anos atuei num curso de pós-graduação para médicos, na área de financiamento de sistemas de Saúde, e 80% dos que freqüentavam o curso eram secretários de Saúde, sendo que a maioria sequer sabia o que é o SUS, como é o SUS, a sua concepção, seus princípios e diretrizes.

Os gestores precisam elaborar planos de Saúde de forma a contemplar a demanda efetiva da população

Não conhecem o sistema público de Saúde e se arvoram de que aquele sistema lhes pertence! Como é que se pode conduzir bem um sistema com a dimensão do SUS, num território com a extensão do Brasil, nessa situação? Impossível.

Finalizo o elenco de propostas com a necessidade de se efetivar a criação de redes regionalizadas e hierarquizadas. Estamos tentando organizar os nossos hospitais, mostrar a eles que não adianta concorrer com o vizinho só porque este colocou cardiologia, porque o vizinho está ganhando dinheiro com esta ou outra especialidade, mas faltam as iniciativas dos gestores do SUS para que a regionalização e a hierarquização de fato ocorram.

Os gestores precisam elaborar os planos de Saúde dos municípios de forma a contemplar a demanda efetiva da população; adotar ações continuadas de gerenciamento dos programas implementados; melhorar a remuneração dos profissionais médicos, hoje um problema complicado. Veja-se o caso dos anestesistas e pediatras na maioria dos estados brasileiros. Viabilizar a incorporação e a reposição de tecnologias.

De nossa parte estamos qualificando a gestão estratégica dos hospitais. 203 deles estão recebendo um treinamento patrocinado pelo *Grupo Gerdau*. É um programa de melhoria da gestão que mostra, para os hospitais com sinais de crise, como fazer e de que forma fazer para melhorar a gestão. Estamos implantando programas de combate à ineficiência, revisando e melhorando processos, estimulando a questão do acolhimento e da assistência. As ações continuadas de capacitação de pessoal começam a ser uma realidade em muitos dos nossos hospitais, alinhando propostas do prestador ao Pacto de Gestão do SUS. Se for desejo dos gestores do SUS implantar o Pacto de Gestão, digam o que precisam de nós? No que podemos ajudar para que o pacto seja implantado? Desejamos também identificar, com o gestor, quais são as suas necessidades e oferecer a ele um apoio efetivo.

Tendências do SUS em Curitiba

Eliane Regina da
Veiga Chomatás

Superintendente de Gestão
da Secretaria Municipal da
Saúde de Curitiba

ESTA apresentação tem por objetivo trazer informações sobre as tendências do Sistema Único de Saúde na visão da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba: o que estamos fazendo, como desempenhamos esse papel de gestor municipal.

Temos aí desafios e conquistas. O SUS é um sistema universal que realmente está possibilitando o acesso das pessoas a tratamentos; a transplantes; à assistência oncológica, que que por terem custo alto se tornam inacessíveis à maioria da população, reforçando a importância da organização de um sistema em nível universal no nosso país para atender tantas dificuldade socioeconômicas.

Temos muitos desafios, mas também muitos avanços a serem comemorados nesses vinte anos de SUS. Ele é uma conquista do povo brasileiro de que não se pode abrir mão – apesar das situações negativas na mídia, que por vezes testa nossa auto-estima. Mas há também uma série de indicadores positivos, que demonstram os avanços atingidos, mas que essa mesma mídia não compartilha com a população na mesma

proporção.

Julgo importante abordar a missão da Secretaria Municipal da Saúde porque, como gestor municipal, ela é bastante abrangente em função da responsabilidade pela saúde da população. A proximidade com o usuário torna essa responsabilidade mais concreta. É uma particularidade importante do gestor municipal porque é o mais próximo, é o que está ao lado do usuário. Isso vai desde as questões assistenciais, de gestão, de regulação, como também da vigilância sanitária e epidemiológica com foco no controle de risco – que são situações também ligadas ao SUS, importantíssimas, mas pouco conhecidas da população e importantíssimas.

Quem não investir em atenção primária, terá indicadores de qualidade e epidemiológicos cada vez mais sofríveis

Outro aspecto importante, além da questão doença, são as ações de promoção e prevenção – e não só a questão da doença. Estamos presenciando o crescimento da expectativa de vida da população, um dos vários aspectos positivos da história do SUS, uma vez que as pessoas estão vivendo mais. Interessa-nos agora como realmente elas vão viver mais e com mais qualidade de vida.

Enquanto estrutura organizacional, nossa Secretaria apresenta uma situação talvez um pouco diferente das demais. A grande maioria das funções gerenciais da Secretaria Municipal de Saúde é de cargos de carreira de funcionários municipais, o que tem realmente contribuído para a continuidade das ações, importante para o município.

Ainda em relação ao organograma temos duas superintendências: a de Gestão, e uma Superintendência Executiva, focada nas questões financeiro-administrativas.

Temos ainda seis centros, que são as diretorias: Centro de Controle, Avaliação e Auditoria – que é fundamental porque toda a questão da prestação de serviço é auditada por nós, Secretaria, o que é uma responsabilidade bastante grande. É onde se regula grande parte dos recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde. Além dele existem os centros de Epidemiologia, de Informação em Saúde, de Assistência à Saúde e o de Saúde Ambiental. Contamos também com um Sistema de Urgência e Emergência e um novo centro implantado este ano voltado para a Promoção à Saúde.

A estrutura compreende ainda nove distritos sanitários, produtos de um processo de descentralização da Secretaria, a partir de 1992. Cada um deles tem uma estrutura administrativa responsável pela Saúde da população da sua região. Esses distritos possuem aproximadamente 200 mil habitantes. Ou seja, são maiores que muitos municípios brasileiros.

No âmbito do distrito sanitário, temos as Unidades de Saúde, uma Coordenação de Informação, uma Coordenação de Assistência e uma Coordenação de Vigilância à Saúde. Essa última abrange dois serviços: Epidemiologia e Saúde Ambiental.

Ainda na estrutura contamos com quatro núcleos de apoio vinculados a outras secretarias municipais. Eles trabalham exclusivamente com a área da Saúde. A complexidade na administração e na gestão do SUS faz com que realmente precisemos de outras instâncias, que vão se profissionalizando cada vez mais e tendo muito conhecimento agregado nas questões próprias do SUS. Por isso, precisamos ter uma área jurídica que efetivamente entenda da legislação do SUS e que é muito específica. A área de Direito do SUS tem avançado, mas há muitas peculiaridades, muitas leis próprias e precisamos deste apoio. Ele é muito importante.

As áreas de Recursos Humanos e Financeira também são importantíssimas. Todo o recurso que é administrado pelo Município está no Fundo Municipal de Saúde. A área administrativa também é crucial. Fazemos todas as compras através de pregão eletrônico. Assim, precisamos de uma estrutura forte e competente para dar sustentabilidade a todas as ações que a secretaria precisa desenvolver.

Superintendentes, diretores e supervisores de distrito participam do conselho

gerencial. Fazemos reunião semanal com todo o corpo gerencial, onde se discutem todas as questões da secretaria para manter a coerência e realmente uniformizar as ações.

Vinculado ao Secretário Municipal no organograma temos ainda o Conselho Municipal de Saúde. Para nós, em Curitiba, ele tem sido grande aliado. Em alguns Conselhos de Saúde observamos que ainda algumas pessoas tentam levar para dentro do Conselho Municipal seu posicionamento político-partidário ou corporativo, o que realmente dificulta o trabalho. Mas em Curitiba temos atualmente um Conselho com um nível de maturidade muito maior e que consegue fazer discussões muito importantes no âmbito da Saúde da população.

Desde 1999 existe o Conselho Municipal de Saúde. Várias unidades nossas, quando da formulação do SUS, já tinham Comissão de Saúde. Desse modo, temos um sistema muito ascendente. Esse ano, para nós, é um ano de Conferências. Estamos fazendo agora, neste momento, as *Conferências Locais de Saúde*. Todas as nossas unidades têm Conselho Local de Saúde que realiza também a sua conferência. Existe um debate com a comunidade sobre assuntos específicos da questão daquela comunidade. Há uma mesa diretora nesse Conselho. Temos ainda as Conferências Distritais, que elegem representantes para o Conselho Municipal. Assegura-se assim a representatividade daquela população ou daquela área da cidade. Além destes, no Conselho Municipal de Saúde existem nove representantes de usuários de entidades de abrangência municipal.

O Conselho Municipal agiliza as decisões por meio da organização de 11 comissões que se reúnem mensalmente – como as do Idoso, da Mulher, do Orçamento, de Recursos Humanos, de Saúde Ambiental. Todos os assuntos são discutidos e aprofundados nessas comissões facilitando a discussão no Conselho Municipal,

Todos os nossos projetos, os dos hospitais bem como as emendas parlamentares passam pelo Conselho. Existe uma discussão sobre a importância de cada equipamento. Depois do projeto executado os técnicos vão até o local para certificar-se saber se o equipamento realmente está lá e como está sendo utilizado, para posterior ratificação pelos conselheiros municipais.

Em Curitiba toda a gestão do sistema municipal de Saúde é realizada pelo município.

Temos 287 serviços que são prestadores do SUS, dos quais 133 são próprios e 154 privados. A grande maioria, na área hospitalar é filantrópica. Curitiba tem poucos hospitais públicos estatais. Nossa rede se constitui principalmente de hospital filantrópico e temos feito uma boa parceria com esses hospitais. Às vezes há divergências, mas sempre procuramos soluções para os problemas. Nas reuniões de contratualização com os Hospitais de Ensino realizadas a cada dois meses a equipe da SMS, do hospital e um representante de usuário do Conselho Municipal se reúnem e avaliam as metas e os procedimentos executados.

Em referência ao financiamento, ele se apresenta aquém das demandas atuais, mesmo com o Município investindo mais do que está previsto na Emenda Constitucional 29. Somos defensores da aprovação da regulamentação da Emenda 29 para que aumentar os recursos para a área da saúde. Queremos mais recurso para o SUS. E sabemos que tanto na parte do Governo Federal como na parte dos governos de alguns Estados os recursos hoje colocados como recursos da Saúde, muitas vezes, não são destinados à Saúde. Onde o saneamento é computado como recursos da Saúde, ou programas de alimentação entendidos como Saúde. Claro que também concordamos que tudo seja isso representa mais Saúde. Mas é claro o SUS atende uma população muito grande e para ter acesso universal e com qualidade, precisamos de mais recursos.

Na questão municipal, o que estamos investindo a mais está saindo de alguma outra política municipal. É possível perguntar: *É bom ou é ruim?* Lógico, se investe na Saúde, a Habitação está ficando com menos recursos, ou a Cultura ou o Lazer. Enfim, esses recursos estão saindo de alguma outra política pública. Estes fatos evidenciam importância da regulamentação da Emenda 29.

Trabalhamos com todas as questões no planejamento da Secretaria – no Plano Municipal de Saúde, construído a partir das diretrizes da conferência. Fazemos uma programação anual aprovada no Conselho e culminando com o temos

relatório anual de gestão. Este ano estamos preparando, novamente, o Plano Municipal de Saúde que deve ter consonância com a questão do Plano Plurianual, com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e com a Lei Orçamentária Anual. Estamos com um instrumento novo na gestão municipal - o Contrato de Gestão da Prefeitura. Todas as secretarias pactuaram metas. Elas são públicas, com contrato assinado pelo secretário e toda a formalidade necessária. Considero uma inovação na área pública. A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba instituiu o contrato de gestão interno com as unidades de Saúde e distritos sanitários desde 2003.

Nestes contratos as metas são voltadas principalmente aos programas estratégicos. É bastante forte a questão das diretrizes clínicas e os dados são obtidos por meio de relatórios informatizados. Temos um sistema informatizado construído desde 1999 e que hoje é uma ferramenta muito importante para a gestão da saúde no município.

Para operacionalizar os contratos de gestão fazemos uma pactuação de indicadores e metas com as nossas unidades de Saúde. É algo negociado, onde cada unidade dentro de sua capacidade pactua com seu distrito sanitário. Ela pactua de acordo com a sua população, com o seu quadro de recursos humanos, levando em consideração séries históricas. São mais de 80 indicadores pactuados.

A avaliação é trimestral. Fazemos monitoramento trimestral e trabalhamos com essa tecnologia de gestão desde 2003. Fazemos avaliação nos distritos, para as unidades daquele distrito e o que se percebe? Ninguém quer ter resultados ruins. Quando acontece de uma unidade não ir tão bem numa determinada ação, ela procura compartilhar com a outra que está indo melhor para saber o que eles estão fazendo, que estratégia estão utilizando para conseguir uma cobertura melhor, é a troca de saberes e soluções.

Nos distritos também fazemos a apresentação a cada três meses, para que o resultado possa ser compartilhando, sempre no sentido de motivar as equipes. E por que fazemos a cada três meses? Não queremos chegar no final do ano e dizer: *Olha como você foi ruim!* O que adianta? O indicador já está lá, ninguém mexe. Quer dizer: não vale nada. temos que chegar a cada três meses para dizer: *Olha, você pode alcançar ainda!* A idéia é que todo mundo chegue lá - e não que uma equipe não consiga alcançar.

Baseado no contrato de gestão, temos uma remuneração variável para os servidores. Não são todos os indicadores, nós pinçamos alguns todos os anos. As metas são da equipe - e não individuais. Por exemplo: se está em questão a cobertura de consultas de puerpério, a equipe de odontologia vai ter que participar para garantirmos o monitoramento. Já que estamos pensando e agindo em equipe.

Essa remuneração variável é composta pelas metas de unidade, uma avaliação individual, uma auto-avaliarão do servidor e há também uma pesquisa de satisfação dos usuários dessa unidade. Então, o cálculo é realizado e advém a remuneração. Fazemos avaliação trimestral e pagamento mensal.

A evolução da nossa rede municipal é outra característica muito própria de Curitiba, marcada pelo investimento de todos os governantes na construção da Saúde do município, por meio de um grande investimento na atenção primária. A atenção primária tem uma importância muito grande na construção do sistema. Se não existe uma atenção primária que seja resolutive, bem distribuída no município e com uma boa qualidade, o sistema municipal de saúde ficará muito frágil. Ela é de baixa densidade tecnológica mas de grande complexidade no desenvolvimento dos processos de cuidado do cidadão.

Cada vez mais as ações estão se voltando para a atenção primária. Para ter bons resultados na Oncologia além da estruturação de serviços especializados, temos que fazer prevenção, diagnóstico precoce, que deve ser feito na atenção primária.

Quem não investir em atenção primária, e organizá-la como porta de entrada do sistema, terá cada vez mais gasto no sistema e indicadores epidemiológicos cada vez mais sofríveis. Nós temos sempre necessidade de aperfeiçoar e expandir a atenção primária.

O número de unidades de atenção primária em Curitiba está sempre crescendo. Atualmente o projeto arquitetônico destas unidades de Saúde possui de 500 a 800 metros. Contam com uma boa sala de espera, sala para as atividades de promoção e prevenção chamado Espaço Saúde e todas as nossas unidades têm clínica

odontológica. Estamos realmente investindo na estrutura física para melhor acolher e atender as necessidades da população e dos servidores.

Temos um prontuário eletrônico, que está *online* em todas as unidades de Saúde e nas nossas unidades de urgência. O sonho é que ele esteja interligado com todos os prestadores. Nos ambulatórios especializados próprios, temos já o sistema interligado. Na consulta especializada, a referência já volta no prontuário do paciente, mas com rede de hospitais isso ainda não acontece porque cada um deles tem uma sistema próprio.

Na questão de sistema informatizado, afirmo que ele é uma grande ferramenta, pois os relatórios estão disponíveis na unidade de Saúde. Em Curitiba conseguimos saber quantas consultas foram realizadas por profissional médico, quantos exames

Paciente idoso é um paciente caro para os hospitais – caro de custo e mal remunerado pela tabela

cada profissional solicitou, quantos encaminhamentos ele fez, quantos são os pacientes dos programas - programa de hipertenso por grau de risco - criança que está com o estado vacinal não ideal, com o respectivo endereço. Foi um grande investimento mas que tem trazido bons resultados.

Temos 122 unidades de Saúde, 105 clínicas odontológicas, um hospital municipal, que é de pequeno porte, localizado ao Sul, a região mais distante do centro, onde sabíamos que seria muito difícil algum outro prestador se instalar.

Esse hospital, que atende as áreas de Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia, vai ser transformado no *Hospital da Mulher* ainda nesta gestão. Ele irá se voltar para a obstetrícia e para o atendimentos na área da ginecologia já estamos construindo outro hospital municipal, compreendendo as áreas de Gerontologia e Clínica Médica. Precisamos ter uma política muito fortalecida na questão do idoso e esse hospital não vai ser só voltado para a assistência. Será também um grande formador de recursos humanos, pois precisamos qualificar os profissionais tanto da atenção primária como da área hospitalar, formar cuidadores especializados no cuidado dos idosos e também capacitar os familiares que cuidarão destes idosos no dia a dia.

Este hospital terá leitos de média complexidade, que têm um custo alto e uma remuneração baixa e estão praticamente desaparecendo do sistema. Avaliando este cenário é que o gestor municipal decidiu pela construção deste hospital.

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba tem 6.394 colaboradores, concursados. Além dos profissionais da área médica, enfermagem e odontologia, temos nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos e, mais recentemente, a figura do orientador de educação física constituindo os NAAPS (Núcleos de Apoio à Atenção Primária) uma modificação dos NASF proposto pelo Ministério da Saúde.

Nas unidades de saúde temos ainda os agentes comunitários de Saúde, que hoje fazem um grande trabalho junto às equipes e comunidades.

A ouvidoria da saúde, que é o canal de comunicação com a população. Há um número gratuito para que a população tenha acesso a este serviço.

A Secretaria Municipal de Saúde, possui serviços de apoio, uma central de marcação de consultas, informatizada, e todas as consultas especializadas iniciais são marcadas online.

Há uma central de leitos hospitalares e um laboratório municipal, próprio que faz exames de patologia clínica. A grande maioria dos exames é feita pelo nosso laboratório municipal, que tem uma estrutura boa e cujos resultados vão todos online para o prontuário do paciente. Colhe-se material na unidade, com código de barra, e os resultados voltam *online* para os prontuários do paciente. Isso nos dá uma agilidade grande. Fazemos inclusive exame de HIV, CD4, CD8 e genotipagem nesse laboratório municipal.

Desde 2001 a Secretaria Municipal desenvolve o conceito de sistema integrado nos serviços de Saúde, que são as redes.

Um exemplo é a rede de Saúde Mental, que atua com o Hospital-Dia, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) a residência terapêutica, o SAMU, os centros municipais de urgência médica, os ambulatórios, os hospitais psiquiátricos, os hospitais gerais, as unidades de Saúde. A intercomunicação entre eles é necessária para o sucesso do tratamento do usuário.

O Programa Mãe Curitibana é outro bom exemplo de rede. Na primeira vez que a gestante vai à unidade, quando se descobre grávida, a unidade de Saúde faz seu cadastramento e a vincula com a unidade de referência. No primeiro dia da consulta na unidade, ela já sabe onde vai ter o seu bebê, o nome da maternidade e

O fortalecimento do ensino e pesquisa para as necessidades do SUS é um campo que ainda pode ser mais bem explorado

tudo mais. Se ela, , desenvolve uma gestação de alto risco, é modificada a vinculação para um hospital que tenha UTI para a mãe e para o bebê, sendo sempre informada para a gestante qual será seu hospital de referência

Com isso, não temos mais gestantes perambulando de hospital para hospital. O hospital sabe quais são as unidades que referenciam para ele o que aumenta a interlocução entre os serviços e aprimora a qualidade da atenção. Quando a paciente sai da maternidade, é agendada uma consulta para ela e para o bebê na unidade de Saúde. Temos a disponibilidade da agenda do enfermeiro para o hospital. A mãe já sai com agendamento, com o dia e a hora que terá que retornar à Unidade de Saúde. Como essa agenda está na unidade, se ela não volta, a unidade vai atrás para fazer a busca ativa do bebê e da mãe.

Estabelecemos no Programa Mãe Curitibana uma meta mobilizadora - como um indicador interno - que era diminuir a mortalidade infantil para menos de dez por mil nascidos vivos. Esse ano o programa fez dez anos. O nosso indicador de mortalidade infantil, em 2008, foi 9,79 por mil nascidos vivos, portanto alcançando a meta programada.

Na urgência também temos uma rede integrada. Existe uma parceria muito grande com os hospitais universitários. Os CMUMs (Centros Municipais de Urgências Médicas) denominados UPAS do Ministério da Saúde. Estas unidades de urgências médicas (CMUMs) funcionam desde 1992. Hoje são oito com a previsão da nona a ser incorporada na região central no próximo ano.

O corpo de Enfermagem é todo da SMS, os insumos são disponibilizados pela SMS e os hospitais de ensino dão apoio na parte médica - na contratação dos médicos. Nessas unidades é possível ter apoio diagnóstico devido à parceria com os hospitais. Temos leitos de internamento nestes CMUMs para crianças e adultos funcionando como uma unidade pré-hospitalar. Foi uma solução conjunta construída com os hospitais. Esta demanda de média complexidade e a de complexidade muito baixa sobrecarregava os hospitais dificultando o atendimento dos casos graves.

Na rede hospitalar são 71 hospitais: 24 credenciados ao SUS, sendo quatro públicos estaduais.

Temos sete de Hospitais certificados como de ensino e um como filantrópico. Esses oito hospitais respondem hoje por 76,4% da oferta de serviços de média e alta complexidade no município. São os grandes alicerces do SUS no nosso município

A SMS Curitiba tem se baseado nas portarias do Ministério para acompanhar a contratualização. Existe uma equipe própria da auditoria que faz o

acompanhamento dos hospitais contratualizados, com avaliação dos relatórios pactuados. O hospital sabe o que vai ser avaliado. Na reunião de acompanhamento, onde temos inclusive um usuário representante do Conselho Municipal, representantes do hospital e da Secretaria Municipal. A avaliação das metas é discutida com transparência e a interlocução sempre mantida, buscando o aprimoramento das ações.

Avalio que um grande êxito na contratualização é a de trabalhar a linha de cuidado, em rede. É preciso disponibilizar também a consulta de cardiologia, o eletrocardiograma, o teste de esforço, o ecocardiograma, a hemodinâmica e a cirurgia.

Enfim, temos que ter uma linha de cuidado para esse paciente, de acordo com a sua necessidade.

Relatamos sempre que há muitos desafios no SUS e que o sistema está em permanente mudança. Como citado acima, a população envelhecendo, o êxodo para as cidades maiores, os hábitos de vida modernos e o aumento de problemas mentais. Hoje, a Saúde mental tem uma relevância muito grande, representa uma carga de doença muito grande na população.

A população idosa acima de 60 anos já representa 10,4 da nossa população. As pessoas vivendo mais é um bom indicativo, mas o desafio

está em que estes anos de vida ganhos se reflitam em boa qualidade de vida.

Outro desafio para todos é a problemática da violência, principalmente em grandes centros urbanos, onde a morte de adultos jovens está impactando na expectativa de vida.

Enfim a violência, as doenças crônicas: como hipertensão, diabetes e câncer e, em contrapartida, as doenças emergentes e reemergentes são grandes desafios.

A questão do financiamento é fundamental para aprimorar a qualidade do SUS e garantir a universalidade. A aprovação da Emenda 29 deve ser um objetivo de todos os gestores, trabalhadores, prestadores e da população.

Ainda merece ser destacado o desafio da formação de profissionais para o SUS. Nos últimos anos o Ministério da Saúde passa a ter uma aproximação maior com o MEC, mas podemos avançar. As faculdades, apesar de serem instituições que muitas vezes são parceiras do SUS na assistência, ainda continuam formando profissionais pouco adequados para atender a atenção primária e as outras necessidades da população.

O fortalecimento do ensino e pesquisa voltadas para as necessidades do SUS aponta um campo que ainda pode ser mais bem explorado.

Parcerias governamentais e não-governamentais. Precisamos ampliar a parceria governamental e desenvolver muitas parcerias com a sociedade organizada. Há problemas complexos que somente o Estado não conseguirá resolver. A violência, a droga etc. Enfim, são várias situações que vamos precisar unir esforços para conseguir realmente êxito neste enfrentamento.

A avaliação criteriosa de novas tecnologias em saúde, baseada em fortes evidências científicas. A tecnologia é essencial, mas não pode ser determinada por grupos que tem interesse em apenas obter lucros, criando uma oferta de serviços sem necessidade, que vai ter um custo altíssimo para o sistema e muitas vezes não se reflete na melhoria da saúde da população. Temos que evoluir nesse aspecto.

Aprimoramento da gestão. O SUS é complexo, bastante complexo. Temos necessidade de que as instituições se aprimorem, façam cursos para gestores públicos, principalmente voltados para a área da Saúde. Não dá para ser amador. É preciso uma agregação de conhecimentos para trabalhar com o SUS.

Para encerrar, deixo um trecho de um poema da poeta curitibana Helena Kolody: “Para quem sempre viaja ao encontro do sol, é sempre madrugada.” que na minha opinião traduz um pouco o percurso até o momento desta grande política de inclusão social que é o SUS, continuamos avançando, com muitos desafios, mas também determinados a alcançar um sistema de saúde com qualidade para a população brasileira.

Uma introdução ao debate sobre fusões e aquisições

PARA QUE possamos ter uma dimensão da amplitude deste tema, no Brasil, nos últimos quinze anos, foram registradas mais de cinco mil transações de fusões e aquisições.

É um volume imenso de recursos negociados nesse tipo de processo. Há pelo menos cinco anos indaga-se se a queda no número de transações já começou. Entre 2007 e 2008, houve um discreto decréscimo, mas ainda não podemos falar em tendência de declínio no Brasil. No ano passado, tivemos no País 663 transações, segundo um levantamento que a KPMG elabora anualmente, *versus* 699 transações realizadas no ano anterior.

Neste levantamento, as operações ocorridas no setor Saúde não são agrupadas. Por isso destaquei dois setores: um é o de *Seguros*, que entre 1994 e 2008 ocupou o 10^o. lugar, com 172 transações; outro setor é o de *Hospitais e Laboratórios*, que nesse período ficou em 28^o. lugar no número de transações. O sinal de mudança neste campo está no fato de que o setor de *Seguros*, em 2008, alcançou a quinta posição em termos de número de transações no campo das fusões e aquisições. Paralelamente, o setor de *Hospitais e Laboratórios* passou para o 10^o. posto.

Ao observarmos esses números, confirmamos o argumento de um artigo da revista *The Economist*, de 7 de maio de 2009, em que se indaga: *Agora começou o declínio?* E eles respondem: *Em alguns campos, não. Enquanto existem transações remanescentes, na área financeira, que estão por acontecer, a Saúde emerge em evidência.* No mundo, saúde acumula praticamente 140 bilhões de dólares em transações de fusões e aquisições no primeiro quadrimestre de 2009. Assim, podemos concluir que o setor Saúde está apresentando efetivamente uma tendência de aumento de transações desse tipo.

O que aconteceu nos outros setores e quais são as perplexidades com que as pessoas lidam quando tratam do tema fusões e aquisições? Uma primeira constatação é a correlação desse tipo de movimento com a internacionalização da economia. Em outras palavras, fusões e aquisições funcionam como veículo da globalização.

Uma outra realidade com a qual nos deparamos é que a grande maioria das transações não consegue entregar os resultados a que elas se propuseram, tanto em termos de retorno sobre o investimento, como sobre o valor da ação. Aí vêm as perguntas: *Por que continuam crescendo se não conseguem alcançar aqueles resultados prometidos? Por que acontecem tantas operações deste tipo?*

Há vários motivos que justificam esse tipo de transação: busca de sinergia, ganho de escala, posicionamento em novos mercados. Entre as mais variadas explicações, um grupo de acadêmicos menciona o ganho que os primeiros executivos alcançam quando lideram esse tipo de processo. Por exemplo, o Professor Dominique Héau, do *INSEAD*, refere que os bônus dos executivos tem sido proporcionais aos valores da

operação, o que tende a fazer com que eles inflem a operação para conseguirem bônus maiores. Não de forma direta, mas ainda se verifica uma outra questão interligada, da vaidade associada a um sonho de quanto maior a organização, melhor. Aparentemente, trata-se de uma proposição que não se reverte na prática.

Uma vez tomada decisão de uma aquisição, o processo de integração é uma mudança radical absolutamente intrincada. Todos já tiveram a experiência de ver gente traumatizada pela vivência de integração de empresas. Configura-se um jogo muito complicado, no qual questões de poder entram de uma forma particular. O gerenciamento desses processos é absurdamente difícil.

Um ganho nesses trinta anos de intensa discussão sobre fusões e aquisições é ênfase atribuída à perspectiva cultural. Discutiu-se muito sobre o choque de culturas organizacionais. A questão cultural foi atribuída participação significativa no insucesso do encontro dessas várias organizações.

Uma outra questão que tem emergido ultimamente é a necessidade de entendimento sobre as organizações que resultam desses vários processos sucessivos. Autores observam um mosaico, pois a organização resultante contém fragmentos de várias organizações que a antecederam. Basta refletirmos sobre um movimento que testemunhamos hoje: o caso da operação entre *Unibanco e Itaú*. Dentro do *Unibanco* existiam aproximadamente nove bancos e, dentro do *Itaú*, provavelmente, dez. Essas organizações integram-se mantendo fragmentos de toda a sua história no seu tecido social. Ou seja, a dificuldade de gerenciamento dessas grandes organizações é um outro desafio a ser enfrentado.

A gestão de um processo dessa monta tem várias etapas e traz desafios específicos em cada uma delas. Primeiro, uma etapa de decisão - como se vai crescer, como se posicionar, se a proposta é aquisição, ou de outro tipo de operação, que estratégia formular. A seguir, a escolha do parceiro. A *due diligence*, que é um conjunto de mecanismos para levantar dados da empresa a ser comprada ou a ser negociada, compreende a próxima fase. A negociação, que é um processo muito intrincado, vem a seguir. Imaginemos operações internacionais, nas quais participam atores das várias empresas, além de investidores, com seu conhecimento acumulado já bastante amplo nesse campo. Na seqüência, o fechamento formal da transação e a divulgação inicial, quando muitos executivos tentam comunicar a decisão aos empregados antes dos jornais.

A partir da divulgação começa o processo de integração. Atualmente, na implementação de estratégia, discute-se qual é o modelo de integração entre as várias empresas: se a tentativa é preservar a empresa comprada, ou se na fusão

prevalecerá uma cultura dominante, ou seja, um modelo de absorção. Para implementação dessa estratégia, deve ser traçada uma complexa metodologia de gestão.

No que diz respeito à gestão de pessoas, notam-se temas que aparecem fortemente nessa literatura. O que é a síndrome pós-fusão? É o que o colaborador, o empregado pode sentir com a ruptura, o desaparecimento da empresa na qual ele se socializou, em que ele viveu. Estuda-se o que e como acontece este conjunto de respostas do indivíduo a um processo de mudança radical.

Um segundo grande desafio é estabelecer e preservar os mecanismos de comunicação necessários para esclarecer os objetivos da operação. Também é

fundamental manter os empregados inteirados das várias etapas do processo, e situá-los em que estágio do processo se está e que resultado é esperado até aquele momento. Muitas vezes não se consegue imprimir o ritmo adequado, em função do entrelaçamento do processo de mudança com encaminhamento de questões legais que limitam a possibilidade de exposição dos detalhes da transação.

A retenção de pessoas é um terceiro tema fundamental. Normalmente, esse tipo de mudança radical faz com que as pessoas mais ágeis, as que mais se quer manter na organização sejam as mais rápidas a sair, porque têm mais alternativas.

E, finalmente, uma questão essencial da liderança: a reconstrução da confiança, uma vez que todos vínculos têm que ser restabelecidos.

José Carlos Augusto
Ribeiro
Bonchristiano

Diretor Presidente da Tempo
Participações

As ondas do mercado

É UMA satisfação participar deste evento, retornando à escola em que me formei em Administração Pública, em 1993. Inicialmente, gostaria de fazer uma breve apresentação da *Tempo*. Ela não é uma empresa muito conhecida, uma vez que se constitui em uma *holding* não operacional, o que significa que se trata de uma empresa que não expõe a sua marca para o mercado, mas funciona como um veículo que possui vários ativos, várias outras empresas e é listada na *Bovespa*. A abertura de capital da *Tempo* foi feita em dezembro de 2007, quando a crise já dava os seus fortes sinais de aproximação. Quando o mercado estava se fechando, vislumbramos ali a última janela de oportunidade e mergulhamos na fresta que restava para aproveitar o momento, já esperando o fechamento do mercado.

Sendo uma *holding* não operacional, com várias outras empresas sob sua abrangência, algumas são voltadas para seguros não relacionados com Saúde e outras apresentam ativos nessa área. As duas principais operações em Saúde que temos são a *Gama Saúde*, que é uma operadora de planos com cerca de um milhão e meio de vidas que administramos; e uma operação de seguro dental, muito grande, com cerca de um milhão de vidas.

Como é que a empresa foi construída? Após a formatura, fui trabalhar no mercado financeiro fazendo investimentos, *private equity* para alguns bancos e trabalhava no exterior até 1999. Como se sabe, no final da década de 1990 também era uma época de uma *bolha*, com muita liquidez no mercado, e de um padrão um pouco diferente dessa última *bolha* que experimentamos: era uma liquidez mais interessada em projetos novos.

Nessa última *bolha* que estourou agora existiam muitos recursos, mas para ativos já existentes. Assim, era possível levantar recursos para comprar outras empresas de porte, fazer investimentos em projetos de *real state* bastante grandes, mas não havia muito dinheiro agora – apesar de muita liquidez – para projetos novos, ou lançamentos de idéias. E em 1999, muito por conta daquele ambiente de tecnologia, no final da década de 1990, havia bastante dinheiro para projetos novos. Essa facilidade acabou por motivar a mim e dois outros amigos, que trabalhavam também com investimentos, a nos lançarmos nesse mercado. E foi o que fizemos em 2000.

Morávamos nos Estados Unidos e preparamos uma apresentação em *PowerPoint* com o plano de retornarmos ao Brasil e sairmos em busca de dinheiro para um projeto. Tínhamos aí uma preocupação: quando se enfoca o Brasil, em comparação aos Estados Unidos, todas as indústrias aqui, todos os segmentos são umas dez vezes menores; para os grandes números, qualquer segmento aqui tem a ordem de magnitude cerca de dez vezes menor que o mesmo segmento nos Estados Unidos. Nosso objetivo era entrar em um segmento grande. E quando se olha qualquer mercado emergente, quais são as quatro

indústrias grandes que se pode vislumbrar: banco, cerveja, Saúde e Educação. Pensamos assim: é difícil começar com um *startup* de banco. No ramo de cervejas, é muito difícil competir com a então *Brahma*. É pior ainda. Desse modo, restaram apenas os campos de Saúde e Educação.

E foi assim que resolvemos mirar em Saúde. Observamos algumas oportunidades em Educação, mas decidimos que a Saúde era muito interessante por conta do seu tamanho, e da sua fragmentação. Esse mercado era e continua sendo uma indústria extremamente fragmentada. Só para considerar um número, uma ordem de magnitude: quando começamos, em 2000, existiam cerca de duas mil operadoras, dois mil planos de Saúde, seguradoras, medicinas de grupo. Hoje esse número caiu bastante, em função da consolidação do setor, mas ainda está na casa de 1 500. É um número enorme e insustentável. Não faz sentido uma economia do tamanho da do Brasil ter 1 500 planos de Saúde.

Assim, havia tamanho, fragmentação – que era muito importante –, enorme carência de capital. Havia e continua havendo uma enorme carência de capital e, por fim, também tinha uma deficiência de gestão – que continua existindo. E quando falo carência de gestão, não estou enfocando os aspectos técnicos, médicos de Saúde, mas muito mais a questão de uma gestão corporativa. Ainda temos muito poucas empresas com uma mentalidade corporativa na área de Saúde. A história da Saúde no Brasil – dos planos e dos hospitais – é sempre baseada na história de pessoas, de indivíduos: *Ah, o hospital é do seu João. Aquele plano começou quando a dona Maria fez isso*. Tudo ainda está muito associado à história de indivíduos, onde a governança, a gestão empresarial vem se desenvolvendo; era assim em 2000 e continua sendo um *handicap*, um fator que o setor ainda tem que se atualizar, tem que diminuir a distância em relação a demais setores.

Foi assim que começamos: escolhemos esse setor. Havia muita liquidez para projetos novos, então o primeiro ativo da empresa foi uma apresentação em *PowerPoint*. Havia bastante

dinheiro na época e um grande interesse de investidores estrangeiros em mercados emergentes, de modo que o segundo ativo da empresa depois do *PowerPoint* foram cerca de 15 milhões de dólares, que conseguimos levantar de investidores estrangeiros. Um bom *PowerPoint* mas, na verdade, pouca qualidade no *PowerPoint*... Muito dessas oportunidades são temporais – tem muito menos a ver com a qualidade do *PowerPoint* e sim com as janelas de oportunidades que surgem, como o interesse que surge e vai embora – são ciclos – no Brasil e no mercado de Saúde.

Quem veio até hoje trazendo recursos? Como é que isso se compara com outros segmentos, com outras indústrias? Um fato curioso e marcante é que dinheiro estrangeiro que entrou na área de Saúde até hoje é mínimo – se comparado a qualquer outra indústria, ou até a outros seguros. Então o que conseguimos atrair de base de capital de investidores estrangeiros para a área de Saúde foi muito pouco. Não se vê hoje grandes empresas, grandes planos, seguradoras de Saúde estrangeiras operando no País, não se vêem prestadores – até por uma questão constitucional, por um atraso constitucional que temos do lado dos prestadores de hospitais e laboratórios você também não vê os estrangeiros operando. E isso é muito ruim, porque a melhor coisa que se tem é formar capital fora e atrair esse capital para cá, pois não nos custa nada.

Essa é uma característica ainda muito marcante na indústria de Saúde: veio muito pouco capital estrangeiro, seja capital financeiro, seja de investidores estratégicos. Por isso, hoje, quando se fala de consolidação no Brasil nessa parte de operadoras e mesmo de prestadores: *Ah, tem muito movimento*. Mas são muito poucas empresas que estão fazendo isso. Da parte de operadoras temos nós, a *Amil*, a *Medial* e quase que só isso. Na parte de prestadores, existe nos laboratórios um movimento mais intenso, mas dos hospitais quase nada, é muito pouco perto do seu tamanho. Vemos que esse assunto ainda é embrionário perto do potencial que devia ter.

Gosto muito de comparar a realidade brasileira com a realidade americana. Quando vejo o estado do setor de Saúde brasileiro, ele é o que era o setor de Saúde americano há uns 20 ou 25 anos atrás: super fragmentado, com empresas ainda muito especializadas. Assim, há uma empresa que faz o seguro dental. Há uma empresa que faz o plano de Saúde. Existe a empresa que faz uma gestão de pacientes crônicos. Uma outra empresa que faz algum outro serviço ligado ao setor. É tudo ainda muito dividido, e era assim também nos EUA.

Hoje, passados cerca de vinte anos, a consolidação desse setor nos EUA foi enorme: existem verdadeiros mamutes, empresas de 50, 100 bilhões de dólares de valor de mercado, e nelas você encontra toda a gama de produtos, todos os ramos presentes. Acho que o mesmo deverá acontecer aqui no mercado brasileiro. Não dá para ficarmos tão especializados, operando com tantas empresas com pequena escala. Por isso, estamos ainda no início ou na primeira onda de consolidação. Vai haver um momento em que vai vir mais investimento financeiro, de fundos de investimento, de *private equity*. Esse momento vai chegar. Nos EUA, qualquer empresa de *private equity*, cerca de 30 a 35% do portfólio dela está investido no setor de Saúde. E aqui, hoje, no Brasil, não há nenhuma empresa, não há nenhum investidor financeiro atuando fortemente na área de Saúde.

Assim, ainda virão os recursos financeiros, os investidores para este setor e vão vir os investidores estrangeiros; eles começaram a dar um sinal de que estariam olhando oportunidades em 2007, 2008, antes da crise. Logicamente, com a crise os ânimos se acalmam um pouquinho, então eles ainda não chegaram. Mas vai haver essa segunda, terceira onda quando players internacionais muito mais fortes, muito maiores do que os aqui presentes vão também promover a consolidação do setor.

Uma das razões pelas quais acho que eles ainda não vieram é a questão da insegurança regulatória. Isso tem sido um motivo de apreensão para qualquer investidor. A regulação ainda é muito dinâmica e trouxe uma enorme quantidade de benefícios para o setor. Regulação é bom, não é ruim, principalmente para quem é capitalizado; para quem tem capacidade de operar dentro de um ambiente regulatório forte, é muito boa a regulação. Mas como ela é muito nova e ela ainda está sendo muito alterada, sendo estabilizada, isso acaba afastado um pouquinho.

No entanto, com a estabilização do ambiente regulatório e passados os efeitos dessa crise, certamente iremos partir para a segunda e terceira onda, nas quais espera-se que algumas empresas brasileiras estejam em condições de competir, mas obviamente teremos os estrangeiros competindo conosco. Em um paralelo com

outras indústrias, seja no setor bancário, seja no de varejo: chegou um *Carrefour*, um *Walmart*, mas havia um Pão de Açúcar para competir. No setor bancário, recebemos um grande número de instituições estrangeiras, mas havia os líderes nacionais em condições de competir. O que a temos que fazer é esperar que as empresas brasileiras, em condição de se estruturar, aproveitem o momento, essa janela de oportunidade que lhe está sendo dada para bem se posicionarem para esse futuro de mais competição.

Além do risco regulatório, há também o risco judiciário; a Saúde é um setor

A regulação ainda é muito dinâmica e trouxe uma enorme quantidade de benefícios para o setor

com um potencial contencioso muito grande, porque envolve a vida, expectativas muito grandes. Quando se pensa no direito individual, a expectativa é ilimitada e ainda essa situação é mal resolvida no Judiciário: como se atende os direitos individuais, mas tendo que, a médio e longo prazo, pensar também na sociedade, no que é viável como sociedade. Isso também envolve instabilidade do ambiente e ainda é uma barreira para se atrair mais capital no curto prazo.

Falando um pouco mais do processo de fusões e aquisições. Hoje a *Tempo* já fez, nos últimos oito anos, cerca de vinte transações dos mais diversos tamanhos e segmentos. A empresa este ano deve atingir um bilhão de receita e mais de 50% disso é trazido para a empresa através de aquisições. Como isso se dá? Pode-se dizer que o mais fácil de tudo numa transação é fazê-la; é identificar o alvo, é negociar a transação, é fazer aquelas lindas planilhas de *Excel* que não impõem limites à realidade, fazer a parte de contratos. Essa é a parte mais fácil. A parte mais difícil é depois que se assina o contrato e o cheque compensa. Daí começa o grande desafio, porque integrar empresas é uma tarefa hercúlea e muito propícia a erros e a desafios. Muitas aquisições dão errado. Acho que o fator mais decisivo em dar certo ou errado é a questão cultural. Talvez o fator mais negligenciado na hora que alguém está analisando uma empresa para adquirir, para fazer a fusão é a questão cultural.

Assim, já tivemos casos de integração que não dão certo, por quê? Uma equipe a vida inteira só trabalhou com *e-mail*, só funcionava com isso, e a outra só com *voice mail*. Um cara pedia algo por *e-mail* e outro respondia por telefone e deixava mensagem e era um caos. Algo simples assim, como uma cultura de como um time está acostumado a trabalhar e o outro está acostumado a trabalhar. Naturalmente, estou usando um exemplo divertido, mas a questão cultural é muito forte. Mas isso aconteceu, foi um fator complicador em uma das nossas integrações. Dessa forma, essa questão da cultura é, sem dúvida, o mais complicado. A questão de gente, de comunicação, de como se comunica não só para mercado, mas internamente e a transparência que se dá ao que se está fazendo. Isso ajuda a minimizar a questão cultural, mas não resolve.

E o segundo maior desafio depois da questão cultural-gente é a questão sistêmica. Integrar sistemas de plataforma de TI é um verdadeiro pesadelo. Na conhecida integração entre *Unibanco* e *Itaú*, este está com uma estratégia muito interessante: nenhum sistema vai ser integrado, ou seja, eles não vão pegar o que existe de um lado e o que existe do outro e integrar. Até pela experiência que eles adquiriram em transações passadas, a decisão do Roberto Setubal é: escolhe-se um sistema e migram-se todos os produtos e clientes da outra organização para o sistema escolhido, mas não vão trabalhar com integração de sistema porque isso é um pesadelo. A moeda corrente em tecnologia são seis meses. Você pergunta: *quanto tempo demora isso?* Resposta: *seis meses*. A unidade corrente é seis meses. E isso se perpetua. Se depois há um problema: *Quanto mais tempo será preciso?* Resposta: *Mais seis meses*. E os custos são exponenciais. Então esse é um desafio muito grande, a questão de sistema e com o tempo a gente tem aprendido um pouquinho a lição do *Itaú*, de evitar grandes integrações e sim escolher qual é a plataforma e fazer a outra rodar por cima.

A parte do que se avalia e das razões que nos levam a fazer transações: por que vamos atrás dessa via de crescimento? Por que não só o crescimento orgânico? Porque um é uma maneira de você ter um crescimento acelerado. Como já disse, durante o

ano de 2000 inteiro só tínhamos um *PowerPoint*. Para se chegar a um bilhão de receita oito anos depois, no orgânico, é muito crescimento para chegar lá; precisa de muita paciência. São poucas as empresas que conseguem. Talvez os grandes casos de sucesso de tecnologia lá fora, de uma *Microsoft*, ou uma *Dell*, essas foram empresas que em curto período de tempo chegaram a números de receitas gigantescos, sem precisar recorrer a aquisições e fusões.

A razão principal é acelerar a sua linha de crescimento. E por que isso? Porque tamanho, sim, é documento, faz diferença; tamanho permite é dá acesso a muitas coisas que uma empresa menor não tem condições de fazer, desde acesso à capital muito mais barato para fazer outros investimentos, para fazer sejam outras aquisições ou o próprio investimento na operação. Um dos fatores de análise de crédito de qualquer banco é o tamanho da empresa. Isso dá acesso à capital, permite montar áreas meio muito melhor estruturadas. Assim, com a empresa que temos, com o tamanho que atingimos, podemos nos dar ao luxo de ter uma área de gente de gestão copiando o que foi feito na *AmBev*, que é uma cultura da qual tentamos captar alguns elementos que consideramos positivos. Trouxemos praticamente uma equipe montada da *AmBev* para ajudar nos processos de gestão, de estabelecimento de indicadores, de metas, processos de remuneração, entre outros, coisa que há poucos anos não tínhamos condição de fazer. Por isso, tamanho traz algumas vantagens, apesar dos desafios que o crescimento acelerado via aquisições, via fusões impõe. Então ter escala é, sem dúvida, um dos principais benefícios.

E a outra questão. Se prestarmos atenção ao está acontecendo nos últimos doze ou dezoito meses, as empresas hoje que continuam de certa maneira ativas são as empresas que abriram o capital. Hoje somos ativos, a *Amil*, a *Medial* - todo mundo agora um pouco mais parado por causa da crise. Mas por que essas empresas são as mais ativas? Porque não só elas têm o capital, mas porque uma vez que elas levantam

o capital, elas são cobradas por aqueles que lhes deram o capital - por seus acionistas - para que mantenham um nível acelerado de crescimento. Entra-se um pouco nesse ciclo: acesso, busca de capital, convencer os investidores a darem capital para que se possa crescer. E aí se é demandado por isso e se sofre uma penalização grande se não corresponder às expectativas.

E, por fim, como é que se mede a questão do sucesso. Há muitos casos em que essas aventuras dão erradas e o sucesso não é o resultado do ano, não é o valor da ação - como é que o valor da ação respondeu. Para nós, mais importante do que o resultado absoluto é a tendência. A tendência de geração de valor, o direcional de criação de valor é como a gente, o nosso conselho, que é onde os acionistas estão representados, medem o sucesso ou não do que estamos fazendo. Assim, nem sempre esse sucesso se traduz de imediato nos números da empresa, mas sim como vemos isso criando valor de uma maneira sustentado. Acho que essa que é a principal métrica de valor.

Com isso, acredito que forneço aqui a visão mais genérica, mais macroscópica de como é que funciona na nossa cabeça ao longo dos anos a estratégia de fusões e aquisições e como o investidor financeiro vê esse mercado. E, reafirmo, acho que estamos ainda na primeira onda desse movimento. Há muita coisa para acontecer ao longo dos próximos anos. Afirmo que estamos uns vinte anos atrás, mas o interessante é que estamos fechando o *gap* de uma maneira muito acelerada. Assim, não é daqui a vinte anos que iremos chegar onde está o mercado americano. O *gap* se fecha rapidamente e, por isso, assim que as coisas se estabilizarem tanto do ponto de vista regulatório quanto macroeconômico, penso que virá uma segunda onda - e uma segunda onda forte - e aí sim com *players* financeiros estrangeiros estratégicos tendo uma participação muito relevante, coisa que não tiveram até agora.

Claudio Marote

Diretor Executivo do
Diagnóstico e Imagem -
Medial Saúde

Experiências em fusões e aquisições

O OBJETIVO desta apresentação é transmitir um pouco as experiências vividas nos últimos doze anos em que estou trabalhando no setor de Saúde, particularmente os cinco anos de implementação da *NKB*, do *Grupo Fleury* e, recentemente, os dois anos de *Medial*, que tem um outro enfoque, mas a mesma visão de consolidação do mercado e de fusões e aquisições.

Minha intenção é pautar a apresentação, respondendo às questões que me foram propostas por estes *Debates* e contribuir o máximo possível para o entendimento e amadurecimento do nosso setor, inclusive ajudando a acelerar esse processo e trazer este capital para nosso setor. As questões são, basicamente, por que uma empresa como o *Fleury* escolheu fusões e aquisições; por que a *Medial* escolhe fusões e aquisições; por que foi decidido criar uma empresa à parte, ao invés de simplesmente absorver suas operações; por que uma empresa, cuja quase totalidade da sua receita vem de planos de Saúde, vai entrar num setor que já tem consolidadores estabelecidos, já está em consolidação; e, por fim, por que uma operadora está buscando ser também uma prestadora de serviço. Essas perguntas estimularam alguns paralelos. Apresentarei aqui cada caso e tanto quanto possível fazer seus paralelos e a diferença de visão.

A primeira questão, que é por que investir em fusões e aquisições. Fusões e aquisições são muito importantes para se chegar mais rápido ao mercado. Sem dúvida, chega-se mais rápido ao mercado, mas também há outros motivos para fazer aquisições. Existem mercados que as barreiras são grandes e não se consegue

fazer o *startup*. No fim, tudo pode se resumir a dinheiro e tempo. De fato, é possível querer se consolidar no mercado de uma maneira rápida, mas pode-se querer entrar em um outro segmento do seu mercado, diversificar as suas operações, pode-se querer diluir o risco do resultado, gerando resultado de outras fontes.

No setor de Saúde, que é o que temos visto, existe o fator velocidade, mas há o fator de barreiras de mercado. O setor é muito dependente de relação, não só porque ele é feito de pessoas, mas por ser um setor em que elas estão em contato direto e muitas vezes - a maioria delas - físico, entre quem está prestando o serviço e quem está recebendo o serviço. Então é muito difícil, do zero, começar, criar credibilidade, construir relacionamentos, obter contratos. Dessa forma, no nosso setor em particular, além da velocidade, também vencer barreiras táticas e estratégicas faz com que aquisições seja o meio mais óbvio e o mais utilizado para o processo de consolidação que está por aí.

Antes de entrar nas outras perguntas ou provocações, tentarei traçar o paralelo que todo mundo vive - consolidando, não consolidando; vendendo, não vendendo; empresa estruturada de capital aberto, empresa familiar. O fato é que o que vemos é um

grande potencial de crescimento no sistema privado de Saúde, principalmente nas rendas médias e mais baixas. Assim, além desse enfoque de que ainda virá muito capital, virá muito dinheiro, ainda estamos longe da consolidação. Como uma combinação perfeita temos uma demanda reprimida muito grande. Há uma massa sem atendimento adequado muito grande. E aí fica difícil encontrar respostas a essa demanda tão grande com operações totalmente pulverizadas e pequenas. Dessa forma, eu acredito que também existam questões macroeconômicas, de políticas de Estado que dizem o seguinte: como é que nós organizaremos um setor com tanta pulverização? Como é que nós daremos atendimento a uma população tão crescente, com demandas tão crescentes – apenas com os serviços locais, com as pequenas empresas?

Este fenômeno, ensija a seguinte colocação: todos estamos viajando na mesma nave. Em conversa anterior, destacávamos: *há um crescendo nas fusões e aquisições do setor; as pessoas querem conhecer, querem saber mais*. Mas o fato é que quando comparamos as quase duas mil operadoras, os mais de dez mil laboratórios e milhares de hospitais, quem está efetivamente fazendo esse movimento ainda é pouca gente, sob todos os aspectos: o do capital, o da demanda, o do número de empresas. Há muita coisa para fazer e muita gente para entrar neste processo.

Conheci o segmento de diagnóstico e ficava impressionado com a quantidade de laboratórios ou clínicas de imagem. Fui para uma operadora. Fica-se impressionado com o número de operadoras e surge o questionamento de como é que se consegue ordenar e organizar um setor desse jeito. Outro dia estávamos em uma discussão sobre credenciamento e apareceu o número de hospitais com que nós temos que trabalhar. Também são muitos: número de consultórios, médicos, clínicas, hospitais, laboratórios. Em qualquer área que se fale da Saúde existe uma pulverização muito grande, muito intensa.

Um outro fator que atinge a todos nós é a dependência de capital, por *n* razões, seja porque a medida que a população evolui para sistemas tecnológicos – os celulares, a internet; as pessoas querem tudo mais rápido e você tem que ter uma vazão de informação enorme, e isso exige capital. Existe a tecnologia da Saúde tão falada, sobre a inflação da Saúde e tudo o mais: os equipamentos, os investimentos que têm que ser feitos. Portanto, capital também é uma necessidade muito clara que vai aumentar e não acredito que quando ondas desse tamanho se aproximam a melhor posição é de você tentar criar uma represa para ela. Acho que a melhor coisa a fazer é entender o momento e o movimento e se posicionar a favor da energia, e não ser algo que pode reter essa energia.

Além disso, o econômico do setor, a lógica do setor vem mudando; o País vem mudando, as exigências por nível de serviço vêm mudando e isso exige das empresas uma postura diferente. Coisas, níveis de serviço e tempos de resposta que eram aceitos há algum tempo hoje não são mais.

Existe o tema da profissionalização. Não é uma questão de profissionalismo técnico, não é uma questão de profissionais de Saúde, muito pelo contrário: sabemos que o Brasil tem expoentes e possui uma Medicina melhor do que muitos países tidos como ricos e de Primeiro Mundo, mas a dinâmica do capital, a dinâmica de atender uma população cada vez maior – tudo isso faz com que outros profissionais tenham que ser incorporados ao sistema. Fazendo uma comparação esportiva: quando se está competindo em Fórmula 1, centésimos de segundo fazem a diferença. Então gestão de bom senso, que todo mundo tem, não é mais suficiente. É preciso técnica, método, processo.

E o outro fator é a questão sucessória e societária. O que temos hoje é um setor de Saúde que atende à demanda da população e que é formado por uma geração de empreendedores. Se estudarmos a fundo o que temos no mercado, a grande maioria das empresas é da década de 1960, início da década de 1970. Houve um fenômeno do sistema público naquela época de começar a contratar o sistema privado de prestação de serviço, o que fomentou o surgimento de várias empresas. E por décadas nós vivemos com o entusiasmo e com a capacidade de empreender dessas pessoas. Mas as pessoas amadurecem, mudam de visão ao longo do tempo e aí surgem questões societárias ou até mesmo sucessórias.

Toda essa panorâmica setorial é para dizer que além do enfoque do investidor, além do enfoque do estrategista – de que é o jeito mais rápido de fazer, é a maneira de se quebrar as barreiras –, as fusões e aquisições também atendem o outro lado da mesa, aquele lado que empreendeu, que construiu uma grande companhia, que

construiu um ativo para a sociedade, mas que ou não quer ou não pode mais dar continuidade naquilo.

Assim temos a tendência – como nós somos classificados como os compradores – de querer passar este enfoque, mas existe um outro. Na nossa cultura latina, às vezes o comprador é o machão forte e poderoso e o vendedor é o fraco que perdeu a luta. Mas não é essa a dinâmica do mundo dos negócios. Existe uma tendência na nossa cultura de ver esse processo de fusão e aquisição como alguém engolindo alguém e, sinceramente, não vejo só assim. Eu já vi muita gente participar desse processo

Além do enfoque do investidor, as fusões e aquisições também atendem do lado que empreendeu, que construiu

vendendo seus ativos e se realizando pessoalmente. Como esse é um tema que vai continuar crescendo no nosso setor, acho que cabe pensarmos num outro enfoque desse movimento de fusões e aquisições, sobre as pessoas que têm outros momentos e outros projetos.

A minha primeira experiência é do grupo *Fleury*, onde de 2001 ao começo de 2007 atuei intensamente na *NKB*. Esta é uma subsidiária integral do *Fleury* criada para fazer aquisições de outros laboratórios e outros segmentos de mercado em outras regiões.

O que motivou e por que o caminho das aquisições? Diria que dois fatores principais: um fator ligado a um movimento de consolidação que já havia começado quando o *Delboni Auriemo* vendeu uma parte do seu capital para um *private equity* e começou a fazer aquisições. O *Fleury* é conhecido e reconhecido como um líder de mercado, como um padrão de excelência, de atitude e isso estimulou muito, na época, discussões assim: *Se somos a referência nacional, se somos tidos como os melhores, nós não podemos assistir a um movimento desses sem entendê-lo melhor*. Mas também já havia lá, de anos anteriores, o desejo de atuar em outros segmentos. Porém, a decolagem era difícil porque envolveria investimentos pesados em uma estrutura de rede. Uma dificuldade crescente que se via naquele momento era de conquistar novos credenciamentos, de captar novos clientes.

Assim, o mecanismo de aquisições respondeu bem porque acelerou o posicionamento do grupo e também eliminou aquilo o que chamei há pouco das barreiras de entrada no segmento. E qual era a estratégia? A leitura era a seguinte: não há como discutir a posição de liderança, a posição de credibilidade; não há como discutir nada disso, porém, por aquele gráfico que eu mostrei existe um mercado muito grande em outros segmentos e que nós não conseguiremos atuar com a mesma proposta de valor. Por isso, parte da estratégia estava ligada a atender um número crescente de pessoas em um número crescente de locais.

A outra questão, também muito clara, é que ao fazer este movimento fortalecia o grupo como um todo, deixava o campo competitivo mais amplo e um posicionamento de defesa de nichos e áreas de liderança muito melhor defendidos. E assim foi feito.

E por que montar uma subsidiária, fazer as aquisições numa outra empresa? Havia – e insisto: estou falando de algo de 2000, 2001, há quase dez anos – claramente uma preocupação em não ter nenhum tipo de confusão de proposta de valor. Naquele momento não estávamos interessados em ter discussões do tipo “é tudo a mesma coisa”, por dois fatores: primeiro, porque não é mesma coisa, o nível de serviço e a proposta de valor são diferentes. E segundo: que todo o mercado iria pressionar o grupo no sentido de tirar proveito da situação – era como provocar ou precipitar uma tensão indesejada. Então foi feita a subsidiária e durante até há algum tempo a subsidiária *NKB* era tratada com certa reserva, com certa discrição, desde o momento que ela foi constituída; tivemos matéria na imprensa; quer dizer, nunca foi um segredo, mas havia discrição para falar da empresa. E essa discrição tinha como objetivo, quando fossemos abordados, deixa claro que eram coisas distintas.

Nesse período em que fiquei lá, em cinco anos, foram feitas catorze aquisições em cinco estados diferentes, alguns acordos operacionais, e de lá para cá, pelo o que acompanhei na imprensa, devem ter acontecido mais cinco ou seis. Foi criada a plataforma inicial no Rio de Janeiro, em 2002, com quatro laboratórios; depois, em

2004, laboratórios em Salvador e São Paulo, 2005, Recife e depois Curitiba.

E como é que era isso? fazer a pesquisa de mercado, encontrar os *targets* é menos complicado do que executar a integração das operações. A característica era um *startup*, então para você provar a sua tese e andar lá com uma malinha embaixo do braço, dizendo: *Olha, eu vou participar da consolidação, o meu modelo é esse, etc. dá um desgaste também.*

Mas, sem dúvida, o mais difícil é quando nós temos que integrar as operações. E a característica naquele momento que estava nessa empresa era uma tentativa ao mesmo tempo de proteger a proposta de valor original, mas também demonstrar a vontade de perpetuar princípios e valores do grupo. Assim, nas primeiras operações havia um cuidado muito intenso da permanência dos antigos proprietários, da manutenção das operações e das máquinas, até porque, pela posição de liderança que o Grupo tem, estávamos sendo observados, sem dúvida. Uma integração mal feita, um ruído muito intenso com laboratórios adquiridos poderia colocar em risco todo o projeto. E passamos por este ciclo agregando novas operações e fazendo novas aquisições. Isso, sem prejuízo de implementar novas práticas, novos sistemas, novas políticas, no entanto, sempre buscando o equilíbrio e evitando a ruptura.

Mais recentemente, pelo que é divulgado na imprensa e todos acompanham, esse processo se intensificou, uma vez que o conceito já está estabelecido, a proposta de valor já é clara, as razões são visíveis e estão comprovadas. A fase de integração e de execução das aquisições se mostrou muito focada em mostrar que era uma proposta estratégica de aquisições, porque isso é algo que nesse mundo de fusões e aquisições cabe mencionar. Sabemos que há muitos processos de aquisição nos quais o projeto principal é financeiro: é colocar o dinheiro, fazer o crescimento e depois vender para um estratégico. Não era esse o espírito e isso se mostrou ao longo dos anos realmente um investimento estratégico que foi feito. Essa é a lógica e foi assim que essa estratégia foi implementada.

Quando caminhamos para a segunda experiência, que é a mais recente da *Medial*, o que vemos é um *driver* de aquisições um pouco mais diversificado. O que move a *Medial* a fazer aquisições, além evidentemente de atingir rápido o mercado, de quebrar barreiras, é poder fornecer aos seus clientes um serviço completo e mais abrangente na cadeia de valor – o que chamam de verticalização.

Por que a *Medial* acredita nessa cadeia e por que ela investe? Porque acredita que fazendo isso ela vai dar mais valor, agregar mais valor à gestão de Saúde. Ações de Medicina Preventiva, ações de gestão de crônicos, conectividade da informação – tudo isso facilita se você tem a cadeia de valor inteira. Há dois outros dados importantes para justificar essa verticalização e essa agregação de valor na cadeia. Primeiro, é que 10% da população segurada responde por 90% dos custos assistenciais. Segundo, estes custos assistenciais vão aumentando ao longo da vida das pessoas, portanto, quando se fala em verticalização, existe uma tendência em falar assim: *Puxa, é o bicho-papão; vai dominar tudo, desde quando o cliente assina o contrato do seguro, enquanto ele estiver na empresa ele não vai poder fazer nada. Acabou a rede credenciada.* Não é exatamente isso, temos que olhar mais sobre o enfoque de uma operadora de plano de Saúde, de uma seguradora. A gestão de sinistro, quer dizer, a condição atuarial é relevante na gestão de crônicos e no envelhecimento da carteira. Portanto, controlar custos, ter informações com muita agilidade, com diagnóstico precoce, com acompanhamento de crônicos tem muita relevância na gestão atuarial da carteira.

De longe isso quer dizer que acreditamos na onipresença, num modelo fechado. Não é isso. A nossa palavra de ordem, quando falamos de verticalização, é resolubilidade; o que queremos é resolver o problema do cliente e nem todo o cliente tem condição de pagar R\$ 600,00, R\$ 700,00, R\$ 800,00 por um plano de Saúde por mês, alguns só podem pagar R\$ 50,00 ou R\$ 60,00. Acreditamos que o modelo de verticalização vai ao encontro dessa demanda, porque quando nós investimos num hospital, o princípio da ociosidade nos atinge menos; quando compramos o equipamento diagnóstico, o princípio da localização –certada ou não – nos atinge menos, por quê? Porque os nossos investimentos em rede própria são otimizados e são direcionados na gestão atuarial da nossa carteira.

Com isso, fizemos nos últimos dois anos e meio cinco aquisições: adquirimos uma empresa de Odontologia, duas empresas de diagnóstico e duas empresas de Medicina de grupo. A *E-nova Odonto*, que depois virou a *Medial Odonto*, foi a empresa adquirida de odontologia. A *AMESP*, aqui em São Paulo e o *Grupo Saúde*, no Recife, foram as Medicinas de grupo adquiridas e a *Endomed* e o *SAE*, foram as aquisições de diagnóstico. Ainda com a compra da *AMESP*, veio também uma

operação de diagnóstico que se consolidou na nossa nova empresa, que é a *Total Laboratórios*.

Agora, qual é a diferença na execução, se formos comparar as duas experiências, os dois modelos? Estamos numa empresa de capital aberto, estamos num modelo de gestão diferente onde, por definição, quando abrimos o capital já nos comprometemos com essa estratégia e com esse movimento, então as aquisições têm que ser integradas mais rápido. E uma complexidade adicional é que nós estamos integrando empresas diferentes. Quando compramos a *Medial Odonto*, era uma operação que não conhecíamos, diferente de quando se está comprando o mesmo negócio que se faz em um outro segmento, em uma outra praça. A aquisição de diagnóstico também não é a área natural dos gestores da *Medial*, só podemos falar que era puro no DNA as medicinas de grupo. Mas, mesmo assim, um olhar mais atento vai perceber que, pelo *mix* da carteira, não necessariamente estamos falando das mesmas operações – um plano de Saúde em Recife é diferente de um plano de Saúde de plano básico, que é diferente de um plano de Saúde que atua em todos os segmentos. Então, as integrações são mais emocionantes, os aspectos culturais são muito mais intensos porque as visões de mundo são mais distintas – e essa é a característica que estamos enfrentando.

E o que você espera de um processo desses? O crescimento, participar dessa onda da consolidação, de prestar melhores serviços para a população, mas temos que estar atentos a algumas coisas na execução. Acredito que tem dois problemas iniciais nessa dinâmica e nessa mecânica: o primeiro são as expectativas. Quando se faz uma aquisição existem expectativas muito intensas. Talvez se tenha sobreavaliado o ativo que comprou, talvez se tenha pensado que o serviço do ativo que comprado era melhor do que realmente é. E a teoria diz o seguinte: tudo isso que é necessário resolver na *due diligence*, mas nem tudo você consegue resolver na *due diligence*, porque se alguém entra num modelo de aquisições para ganhar tempo, não vai ficar três anos analisando uma companhia, porque se tiver este tempo monta-se logo o negócio.

Então sem querer parecer drástico, o mundo real é real e as coisas que aparentam ser nem sempre são exatamente o que são. Identifiquei que um dos problemas mais comuns e que sempre realmente dá desgaste é o excesso de expectativa pós-aquisição. O segundo problema que tem que ser olhado com muito carinho é a gestão propriamente dita. Não podemos menosprezar os aspectos culturais; eles são relevantes. Pode acontecer de tudo quando existem choques culturais, quando se deixa as pessoas insatisfeitas, então esse é um problema que exige muita atenção em qualquer aquisição feita. Portanto, qualquer aquisição, por mais que se faça *due diligence*, por mais que se conheçam as pessoas, por mais que comunique, esteja preparado para nivelar as suas expectativas e para gastar muita energia de gestão – muita mesmo.

Uma armadilha muito comum é por pressão, o comprador começa a tomar decisões importantes no modelo de negócios sem ter todos os detalhes da operação. Assim, a literatura recomenda que você não tome medidas drásticas antes de conhecer os detalhes. Essa é uma armadilha que muita gente cai: é a tal da sinergia. Claro, tem que ter sinergia, mas não se pode tomar a decisão errada.

De uma maneira antagonica, uma outra armadilha é demorar para tomar algumas decisões. Por que às vezes você entra numa empresa que tem um problema estrutural sério, que aí não é mexer no modelo de negócio, não é necessidade de entrar em mais detalhe, é extirpar o mal pela raiz. E nesse aspecto ela é antagonica com o primeiro, então é preciso andar no fio da navalha: *Não posso me precipitar para tomar decisão, mas certas coisas eu não posso deixar para amanhã.*

Uma outra armadilha importante que geralmente se negligencia é a questão da comunicação e do tratamento das pessoas. Já trabalhei em outros setores – o de serviços e industrial – e nunca vi um setor tão dependente de pessoas como o de Saúde; e, também, onde o nível intelectual médio das pessoas é acima de outros setores. Quando você trabalha com enfermeiros, biomédicos, médicos e especialistas. São pessoas bem formadas e que exigem alto grau de comunicação. Essa é uma armadilha muito importante que precisa ser olhada com carinho.

E, por fim, outra armadilha é imaginarmos que todos os outros *stakeholders*, além dos funcionários, estarão apoiando o novo proprietário. Nem sempre os fornecedores estão interessados, nem sempre os clientes estão interessados e muitas vezes a visão de mundo das pessoas pode gerar destruição do valor agregado da empresa. Sempre são essas as preocupações que temos quando vamos fazer uma integração das empresas adquiridas.

As dificuldades na Implantação de TI

Álvaro Escrivão Junior
Coordenador Adjunto do
GVsaúde – Professor da FGV-
EAESP

AS SOLUÇÕES de Tecnologia de Informação são ótimas, mas geralmente elas dão alguma dor de cabeça quando se tenta implantá-las e fazê-las funcionar.

Para discutir esse tema, temos a satisfação de contar com dois debatedores muito interessantes e importantes: o primeiro é Antônio Lira, Diretor Técnico de Tecnologia de Informação do Hospital Sírio-Libanês, com grande experiência tanto na área pública como na área privada, foi Coordenador de Informática do HC, Diretor Executivo do Instituto Central do HC-FMUSP, Coordenador de Regulação e Integração da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Coordenador Nacional de Regulação e Avaliação do Ministério da Saúde. Teremos assim uma visão bastante abrangente da realidade brasileira, realidade esta que vamos confrontar com a apresentada por Andréa Dantas, que

falará por meio de videoconferência, diretamente de Londres. Ela é médica e atualmente cursa o mestrado em Gestão Internacional em Saúde pelo *Imperial College Business School* e está participando do processo nacional de implementação do prontuário eletrônico na rede hospitalar da Inglaterra. Foi consultora na área de Geração de Demanda para TI em Saúde e iniciou a sua carreira numa empresa de *software* americana, onde foi líder nas áreas de transformação clínica e *change manager*. Tem interesse em reestruturação de sistemas de Saúde visando à aplicação da TI para aumentar a efetividade e a eficiência, e está com essa experiência em prontuário eletrônico.

Informatização em Saúde

Antonio Carlos
Onofre de Lira
Diretor Técnico e de
Tecnologia do Hospital Sírio-
Libanês

O paradigma e o modelo inglês – mencionados nestes *Debates* – e o estágio atual da informatização, servem como luva para a nossa reflexão sobre a experiência nacional, que não está tão distante do modelo apresentado. Somos muito semelhantes. Uma diferença importante é que temos uma dimensão muito maior, uma população muito maior e uma diversidade de prática de Saúde e de possibilidade de intervenção nesse modelo.

A tentativa nesta apresentação foi de colocar o contexto do que temos chamado de registro eletrônico de Saúde, advindo do prontuário eletrônico de Saúde e que está sendo sucedido pelo registro individual ou pessoal de Saúde. Entre eles há algumas diferenças, mas fundamentalmente os conceitos técnicos, de gestão e sistematização de Saúde se mantêm.

No atual cenário brasileiro do sistema de Saúde temos características importantes, como uma crescente especialização da assistência médica e da incorporação tecnológica –e, portanto, de custos –, compra indiscriminada de serviços, prevalência da lógica do prestador de serviço em relação a uma atuação reguladora do Estado, modelo hospital e médico centrado, informações e registros deficientes não integrados; diversos projetos localizados em informatização e pouca profissionalização da gestão em Saúde, com um *mix* cada vez maior das ações públicas e privadas. Todos esses fatores influenciam nossa realidade de informatização em Saúde.

Do panorama do nosso sistema de Saúde em relação à questão da informação, especificamente, e das informatizações, vale a pena resgatar o processo de informatização hospitalar para compreender não só o processo em si, mas onde estamos. Além das nossas tentativas de informatizações regionais, municipais, estaduais, há o esforço de integração dessas tentativas no âmbito nacional. O resgate mais recente dessa tentativa de integração nacional se traduz no próprio projeto de regulação do Sistema Único de Saúde.

Em relação à informatização hospitalar, temos algumas

características desejáveis dos sistemas de informação para sustentar um processo de registro contínuo de dados históricos, que traduzem o que chamamos de *prontuário eletrônico*, ou mais recentemente, *registro eletrônico em Saúde*. Como primeira característica, a historicidade – o dado é histórico e, portanto, cumulativo. Em certa ocasião, discutimos com os fornecedores de *software* em Saúde por que temos que prever várias linhas de endereço – linhas aqui significando ocorrências dentro de uma tabela de dados. Porque o endereço é um dado relevante para fazermos hipóteses diagnósticas geograficamente influenciadas, sobretudo para as doenças infecto-contagiosas. Este é um exemplo simples do paradigma da Saúde, que é diferente da informatização bancária, que a cada cinco anos encerra um ciclo fiscal, contábil e não tem muito interesse em guardar historicamente o endereço e outros dados mais relevantes dos indivíduos.

O sistema deve ser multidisciplinar, de vários profissionais; várias corporações complexas e conflituosas, muitas vezes. Tem, portanto, que manter multivisões. A enfermeira, ao aprazar, tem uma forma de trabalhar. É difícil para ela visualizar de um modo diferente, mesmo que a lógica, a racionalidade possa indicar outro. Sobre este mesmo dado, geralmente o médico não atua fortemente. A visualização do *aprazamento* não é importante para o processo específico dele. Portanto, é um sistema que tem que responder às necessidades dos dois tipos de profissionais.

Integrar informações de diferentes tipos. Não adianta mais termos um sistema hermético. Ele tem que poder manipular

textos, métodos gráficos, imagens. Aqui cabe uma discussão grande e oportuna, sobre o custo do sistema e de, por exemplo, quantos cortes de imagens precisamos armazenar no sistema de informação. Ele tem que armazenar todos os cortes para uma manipulação futura dessa imagem daqui a seis meses, um ano, ou dez anos? Ou somente os cortes grossos suficientes para uma visualização bastam? Para o radiologista certamente a primeira opção é a melhor, mas a que custo?

O sistema tem que ser cada vez mais amigável, pois, caso contrário, não o incorporamos. A interface tem que ser fácil e agradável. Quem está na rotina do atendimento à Saúde, não irá perder tempo com um sistema difícil de interagir. Por isso, cada vez mais temos que trabalhar com as novas tecnologias como identificadores de radiofrequência e reconhecimento de voz.

É necessária uma estrutura física de comunicação, softwares e alguns processos fundamentais estruturados

A auditabilidade também é uma característica importante. Permitir rastrear, recuperar a qualquer tempo quem fez aquele dado. É uma característica que está ligada à responsabilização de quem atuou sobre a informação.

Os mecanismos de segurança em relação à inviolabilidade do dado também são necessários. Temos que ter confiança no banco de dados, no processo de encriptação ou na forma que registramos as identificações de acessos ao sistema. Dessa forma, tem toda uma discussão recente sobre como implantaremos uma cultura de certificação digital na nossa prática que, diferentemente da Inglaterra e dos Estados Unidos tem uma rigidez menor, um cuidado menor no acesso ao dado de Saúde. Além disso, o sistema deve ser interoperável. Permitir que, em qualquer lugar que se interaja no sistema de Saúde, não ocorra descontinuidade ou dificuldades de acesso às informações quando se passa de um *software* para outro, sobretudo se sou o paciente. Se fiz um exame no *Hospital das Clínicas*, por exemplo, e tiver que futuramente ser atendido no *Hospital Regional da Asa Norte*, de Brasília, a tecnologia de informação de sistema integrado, tem permitir acesso e interação sobre aquele exame. Assim, essa capacidade de vários *softwares* compreenderem aquela informação permitindo sua portabilidade é o que chamamos de interoperabilidade.

Obviamente, essas características desenham-se por meio de estruturas de tecnologias específicas. Enfatizarei a questão dos componentes, ou módulos, do sistema de informação hospitalar, até porque nós ainda somos hospitalocêntricos, começamos a informatização principalmente nos hospitais. O primeiro e fundamental é um módulo que se chama *admissão-transferência-alta*. São os registros sobre as passagens do paciente na instituição. Por exemplo, quando sou admitido, o sistema é alimentado com determinadas informações. Com a evolução dos meus cuidados, são registrados outros tipos de informação e ao sair daquele atendimento o sistema é alimentado com outras determinadas informações. São informações específicas destes momentos do atendimento que, organizadas, vão-se relacionando com outras, em outros módulos. Por exemplo, no momento da admissão, uma das informações coletada é a fonte pagadora do atendimento que se relaciona com as informações do módulo *financeiro-comercial*. Assim como no momento de transferências ou do registro assistencial os exames solicitados podem ser submetidos a regras de cobertura de pagamento do módulo *financeiro-comercial*. O exame solicitado geralmente migra para um ambiente específico, departamental, chamado, neste caso, de *módulo laboratorial*. Há toda uma estruturação específica desses módulos departamentais. Esta coleção de passagens gera os registros dos dados relevantes, das informações relevantes e aqui também temos toda uma discussão de o que é relevante. Sobre esse conjunto de dados, a depender da minha interface, podem atuar módulos de suporte à decisão, não somente para equações clínicas, sobre determinada patologia, mas cada vez mais como direcionadores do cuidado: os protocolos de cuidado, a gestão clínica sendo aplicada através de módulos de suporte a decisões.

Esse módulo nuclear tem um padrão de estrutura e de dados a serem coletados. A depender da porta de entrada temos dados específicos para a internação, o atendimento ambulatorial, a emergência, o centro cirúrgico, etc. Dessa forma, esse módulo gera o histórico dos atendimentos que gerarão o prontuário eletrônico do paciente.

Normalmente este módulo, com a junção de outros módulos específicos – os departamentais, o de registros clínicos, o de comunicação etc. – se relaciona a algumas bases de dados, também padronizadas, voltadas para a gestão de regras de provedores –comercial –, financeiras, materiais e de recursos humanos. Estes subsistemas relacionados ao de informação hospitalar determinam o que chamamos de *sistema hospitalar*.

Para construir isso, tivemos que aprender ao longo dos anos. Não se constrói um sistema hospitalar de uma maneira muito imediata. Necessitamos de recursos tecnológicos adequados. Para cada especificidade há uma tecnologia específica, tanto de equipamentos quanto de *softwares* ou das interligações desses *softwares*. Recursos metodológicos sobre a representação do conhecimento. Quando vemos no relato inglês que a representação diagnóstica é obrigatória na codificação *SNOMED*, dependemos de uma tecnologia de tradução, de integração de *software*, para a codificação CID-11, caso esse dado seja utilizado nos EUA ou no Brasil.

Essa representação precisa ser estruturada e é onde mais temos nos debruçado, para permitir a interoperabilidade, para que se possa viajar e levar os dados para onde for. Temos toda uma metodologia que modela esses *softwares* e essas representações.

Depois temos o mais difícil: capacitar, motivar e comprometer as pessoas nessa construção – e aí particularmente na área da Saúde, nos médicos, temos uma grande resistência. Não é dificuldade, é realmente uma resistência, uma não valorização desses instrumentos.

A situação atual desse universo de informatização hospitalar. No mundo: 75% dos hospitais americanos são informatizados e na Europa, 68%. Na América Latina: 61% dos hospitais não têm sistemas de informação hospitalar; cerca de 37,8% têm sistema hospitalar e 31% tem computadores sem sistema. Essa é a nossa realidade. No Brasil, dos 6 391 hospitais dos quais 36% são públicos e 63% privados e 70% dos hospitais com menos de 100 leitos – uma miríade de pequenos hospitais – temos cerca de 62% dos hospitais sem sistemas de informações e 39% com algum sistema de informação, na área pública sobretudo os disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Depois da informatização hospitalar, que normalmente começou isoladamente nos hospitais, houve a tentativa de integrarmos em sistema de informação regional. Há sistemas regionais daqui que se assemelham ao do projeto nacional da Inglaterra. Um bom exemplo é a informatização em Saúde da rede pública da cidade de São Paulo.

O que é esse sistema regional? Na verdade é, além do sistema hospitalar, a existência, em todas as estruturas de atendimento a Saúde, de um sistema integrado de informação. Não necessariamente um sistema único, mas integrado. No exemplo de São Paulo podemos ver vários sistemas que se integram: os dos pronto-socorros isolados aos hospitais, a rede de atendimento móvel a emergências aos pronto-socorros. A estrutura de atenção básica – unidade de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde – aos ambulatórios e serviços diagnósticos e uma lógica para controle de acesso, realizada pela central de regulação. Todas as estruturas integradas através de um *software*, nas verdade vários *softwares* integrados.

Obviamente, para isso ser possível é necessária uma estrutura física de rede de comunicação, os *softwares* e alguns processos fundamentais estruturados – um deles é a identificação unívoca do cidadão, que é a base do cartão SUS. Então o projeto cartão SUS é absolutamente necessário para implementarmos uma perspectiva de um prontuário eletrônico de um indivíduo nesse país.

As modularidades do sistema regional. É semelhante o histórico das passagens do sistema hospitalar, só que volta sobre unidades de atendimento da rede de Saúde. Obviamente, a abrangência desse sistema, depende do grau de compartilhamento de base de dados fundamentais unívocas: a de profissionais. Por exemplo, um médico não pode ser identificado em São Paulo e novamente no Rio Grande do Sul, e ter dois números de identificação. Abre-se a discussão da integração das bases dos conselhos regionais de profissionais de Saúde. Da mesma forma, um estabelecimento de Saúde também não pode. Nós somos únicos, unívocos; só existe um *Hospital das Clínicas* de São Paulo. Vale o mesmo para os usuários, os cidadãos. Essas bases de dados são chamadas de *Cadastros Nacionais de Representação Unívoca* e são fundamentais para permitir uma integração regional e nacional.

Claro que os dados locais, um uma representação, por exemplo, do município, pode ter as suas bases de atendimento – as passagens –, aqueles vários registros de *admissão-transferência-alta*, mas devem acessar as bases nacionais. Obviamente, é possível fazer gestão, processos de autorização e regulação de uma lógica de fluxo de atendimento a partir do fluxo de informação.

Para reforçar essa necessidade tivemos mais recentemente, em 2006, o

lançamento da Política Nacional de Regulação com suas macro-ações: vigilância em Saúde, regulação da Saúde suplementar, controle sobre sistemas de Saúde, avaliação de sistemas de Saúde, auditoria de sistemas de Saúde e o próprio controle social se inter-relacionando com o que a chamada regulação da atenção à Saúde. A regulação da atenção à Saúde por sua vez se compõe da programação de Saúde na qual se planeja o que será feito, segue-se a contratação, a formalização da oferta de Saúde; a regulação de acesso, geralmente por meio de centrais de regulação de acesso a internações, a atendimentos ambulatoriais e a urgências, e finalmente a avaliação que se volta para a análise dessas interações e fluxos. Nenhuma dessas ações é possível sem um sistema de informação. Dentro da política, foram financiadas ações de capacitação para o fortalecimento gestor do sistema de Saúde e de construção de instrumentos de regulação.

Os instrumentos abrangem a padronização dos estabelecimentos e dos usuários, por meio do projeto *Cartão SUS* e do projeto *CNES*; a descentralização do sistema de informação hospitalar. SIH, que permitiu uma comunicação *on line* entre as secretarias de Saúde e o Ministério para a transferência de dados sobre as internações; a individualização dos atendimentos ambulatoriais, ainda em andamento, juntamente com a informatização da atenção básica; a unificação da tabela de procedimentos em Saúde; a programação pactuada e integrada; e a indução das contratações e centrais de regulação, por meio dos sistemas de informação para a regulação. São vários sistemas ofertados pelo Ministério da Saúde que cada vez mais fazem sentido de integração. Eles não estão totalmente integrados, estão no caminho da integração.

Em dados de 2007 e 2008, 27 estados têm um sistema de regulação; 195 municípios, dos acima de 100 000 habitantes, sendo que deles a maioria tem um sistema específico de SAMU, não integrado com o hospitalar, com a rede de ambulatórios; outros com centrais de marcação de consultas ambulatoriais e 32 centrais de internação.

Para exemplificarmos estes esforços de integração de sistema: a cidade de São Paulo começou o processo de informatização, melhor dizendo, retomou o seu processo de informatização nessa lógica de um sistema regional em 2004. Estamos em 2009. Acabei de ler um artigo, que o sistema foi finalmente implantado em todas as unidades públicas de Saúde. Nós temos cerca de 14,3 milhões de pessoas cadastrados com cartão único. Então aquele cartão unívoco começa a ser verdade para essa população. Cerca de 70 mil consultas por dia são reguladas e registradas nos sistema de regulação informatizado. Fazendo um paralelo com o sistema inglês que tem cerca de 30 mil atendimentos por dia, o volume apenas desse município brasileiro é quase o dobro de todo aquele país. É claro que a abrangência hospitalar e até a especificidade do sistema pública de Saúde da Inglaterra vai facilitar o avançar mais rápido para algumas questões. Ainda assim as ações brasileiras estão em expansão e bem sucedidas e obviamente temos que considerar o tamanho e as diferenças regionais do nosso país como elementos complicadores para o avançar dessa política de regulação e informatização.

Em relação às tendências. Os hospitais cada vez mais serão complexos, mais especializados. Concomitantemente, a ação ambulatorial e a desospitalização, com

ênfase maior na prevenção em Saúde, implicará em uma necessidade maior de sistemas de informações descentralizados e integrados. A pauta do prontuário ou registro do indivíduo eletrônico de Saúde é absolutamente necessária para essa perspectiva. As tendências tecnológicas são: os especialistas à distância, teleconferências, os monitoramentos remotos e a domicílio, os sistemas remotos de apoio à decisão, através de um sistema computacional, que responda a dúvidas, muito utilizado para a atenção primária, a Educação à distância e a tecnologia *wireless*. Essas tecnologias redesenharão o cuidado.

O próprio evoluir do prontuário eletrônico para o registro eletrônico de Saúde e para o registro pessoal de Saúde. A algumas diferenças entre o registro eletrônico e o pessoal: fundamentalmente, o eletrônico é voltado para o médico e profissionais de Saúde; as funcionalidades são desenhadas para eles. É um registro que tem valor legal. Geralmente, se abre um episódio e vão se acumulando os outros, como eu já falei, com dados, perspectivas administrativas, financeiras etc. Já o registro pessoal está centrado no cidadão: *sou eu quem falo da minha Saúde*. Tem uma outra perspectiva e desenho. Não tem um valor legal.

Estes registros podem acumular informações desde o nascimento até a morte de um cidadão ou paciente. Resta-nos perguntar: quão grandes esses armazéns de dados de prontuário pessoais deverão ser para armazenar todos os nossos dados? Há um desafio aqui: temos que avançar para essa estruturação do registro pessoal. Para isso temos a certificação de *softwares* que diz que os mesmos seguem padrões que permitem a interoperabilidade. E essa será um pré-requisito com a globalização das informações dos pacientes.

Temos vários esforços de padronização e os investimentos em projetos nacionais, inclusive o projeto britânico *Connecting for Health*, que é um dos paradigmas mais recentes na busca desses prontuários eletrônicos.

Temos um comitê específico ISO, que é o *Comitê 215*, que é específico da Saúde e que tem emanado as principais padronizações, desde estrutura, conteúdo e formato, comunicação, mensagem etc. nesta área da tecnologia de informação em Saúde. O comitê funciona com alguns *work groups*. São grupos específicos voltados para a estruturação de dados, troca eletrônica de dados, os contextos semânticos – padronização de linguagens – para a segurança e, mais recentemente, para harmonizar os vários padrões surgidos a partir destes comitês. É no *Grupo 9*, por exemplo, que se harmoniza o CID 11 com o *SNOMED*.

A *ABNT* abraçou, por meio de uma comissão de estudo especial de informática em Saúde, desde dezembro de 2006, a nossa participação. O Brasil participa e é um membro votante da padronização ISO. Dessa forma, o que for relevante da nossa realidade, por exemplo, o projeto TISS – a Troca de Informação para a Saúde Suplementar; se estabelecer como um padrão, podemos levá-lo ao Comitê ISSO para pleiteá-lo como um padrão internacional.

Esforços de integrar cada vez mais os usuários na escolha dos padrões adequados. O Brasil está bem posicionado, o setor público tem participado mais fortemente do que a área privada; vários esforços bastante úteis estão sendo feitos aqui, abraçados pelo *DATASUS*, por universidades como a Unifesp e pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde.

A TI no Sistema de Saúde Único Inglês

Andrea Dantas

Tecnologia de Informação em Saúde - National Programme for IT - Npfit. Londres

MEU OBJETIVO

é falar um pouco sobre TI em Saúde, mas de modo muito breve, pois esta apresentação foi feita à distância, comigo na Inglaterra e a platéia no Brasil.

Nos últimos quatro anos, estive trabalhando aqui com este projeto, que é o único projeto do mundo de caráter nacional de implementação de sistema de TI e do prontuário eletrônico único. Vamos focar na estrutura do *Sistema de Saúde Único Inglês (NHS)*, para quem não conhece bem como o sistema de Saúde funciona aqui. O foco é especificamente no programa de TI. Em seguida, pretendo falar alguma coisa sobre as lições aprendidas,

que é um termo muito usado por aqui para esses projetos grandes do governos, de cinco a dez anos. Assim, há sempre uma integração freqüente de quais foram as lições aprendidas de cada estágio.

Os princípios de TI em Saúde na atualidade já são bem disseminados e bem conhecidos pelas pessoas que trabalham na área. O primeiro ponto é o aumento da segurança do paciente. Na Inglaterra, há uma disseminação muito forte da idéia de que a

informação médica tem que seguir o paciente. Desse modo, a informação não pertence a um hospital, nem a um posto de atendimento primário; ela pertence ao paciente. Há uma preocupação muito grande em fazer com que essa informação siga o paciente aonde quer que ele vá.

Uma segunda preocupação importante é reduzir a variação e inconsistência da assistência médica em todo o país. A visão de um projeto nacional de TI em Saúde foi exatamente esta: tentar trazer todos os hospitais para um nível de qualidade de serviços de Saúde homogêneo.

E, com isso, também melhorar a implementação e difusão do conhecimento. Vemos aqui no sistema de Saúde um número muito grande de residentes. Dar um apoio a esses médicos e estudantes de Medicina que estão cuidando do paciente, através da TI, é um fator importante.

No setor da Saúde, há uma baixa difusão de TI, quando se compara ao setor financeiro ou de comunicações

Esse quarto ponto, o aumento de eficiência e utilização dos recursos. Geralmente o que se nota aqui e em alguns hospitais nos Estados Unidos: é sempre o primeiro objetivo; a primeira meta é sempre a parte administrativo-financeira; organizar as admissões, as altas do paciente - fazer toda essa parte administrativa e por muitas vezes isso é o que acaba não engajando o corpo clínico de uma forma tão efetiva. Isso é uma coisa que aprendemos a duras penas aqui na Inglaterra também. Quando se inicia um projeto desses promovendo apenas a parte administrativo-financeira, o corpo clínico se desengaja e muitas vezes é difícil trazê-los de volta para o projeto.

Nos estágios mais avançados de TI em Saúde, que é o quinto ponto, é a participação do paciente no seu próprio tratamento. Dessa forma, a visão do projeto daqui a cinco a dez anos é a de que o paciente tenha acesso ao seu próprio prontuário eletrônico, que ele possa olhar *online*, eletronicamente o que o médico generalista escreveu sobre ele, requisitar prescrições em repetição. Essa é a visão, a longo prazo, do processo.

Em seguida, passemos a uma visão global. Quando consideramos o setor da Saúde - e isso está bem descrito na literatura - há uma baixa difusão de TI, quando se compara ao setor financeiro, ou o setor de comunicações. A média é de menos de 10% dos hospitais plenamente eletrônicos - eles são o que se chama de hospitais *paperless*; não há papel nos hospitais. Mas, em contraposição, há muitos hospitais que já têm algum sistema eletrônico, seja no laboratório, seja na radiologia, mas prontuário unicamente eletrônico ainda é bastante difícil.

Na Inglaterra temos o primeiro projeto de TI no mundo em caráter nacional e centralizado. E se é centralizado, traz vantagens, mas também muitos desafios em adaptar as necessidades de cada hospital e adaptar o prontuário eletrônico para cada organização hospitalar.

E esse último ponto eu queria destacar, porque é bastante recente. Como faz parte do plano de recuperação da economia americana - e parte desse programa é proposto por Barack Obama - inclui um investimento de até 25 bilhões de dólares em TI em Saúde. Isso, quando foi proposto, causou um alvoroço aqui e nos Estados Unidos, na empresa de *software* em que eu trabalhava inclusive, porque é um valor de investimento muito alto, mas eu acho que há dois principais pontos para essa proposta: primeiro, existem medidas para verificar se o uso de TI é significativo. Não é apenas ter computadores em todas as enfermarias e em todos os ambulatórios, como se vê aqui, é realmente identificar se os profissionais estão utilizando a TI de forma significativa, ou seja, o número de prescrições eletrônicas feitas no sistema, relatórios de alta etc. Então há uma preocupação bastante grande com os indicadores de utilização. E essa meta bastante ambiciosa, de ter prontuários eletrônicos para toda a população até 2014.

Como eu mencionei antes, TI em Saúde tem desafios, mas há boas razões pelas quais os níveis de difusão não são como as outras áreas, dentre elas os processos clínicos são complexos, os cuidados clínicos se dão em diferentes áreas (é a Saúde primária, setor secundário, Saúde mental). Como integrar essa informação e como manter esse sistema constantemente atualizado - há evidências científicas publicadas todos os dias - e como esse conteúdo clínico vai ser mantido no sistema.

A estrutura do Sistema de Saúde Inglês apresenta alguns aspectos específicos que influenciaram bastante as decisões que foram tomadas no programa de TI. Temos uma estrutura centralizada: o Departamento de Saúde está acima, como o Ministério da Saúde, e há as Autoridades Estratégicas Regionais: são cinco diferentes regiões na Inglaterra. Os dois pontos principais a serem enfatizados, mais devido ao seu impacto no aspecto de TI são os seguintes: o sistema de Saúde aqui funciona como um modelo que nós chamamos de *gatekeeping*: quem controla o acesso dos pacientes ao serviço secundário, ao hospital, são os médicos generalistas, que fazem parte dos *Primary Care Trusts*. Então, o mais importante é o *donor* do paciente, que é o médico generalista, é o médico de família. É esse médico que vai encaminhar esse paciente para o hospital, é esse médico que vai ter todas as informações mais atualizadas do paciente; esse médico vai precisar de um sistema, de um *software* específico para as necessidades dele no setor primário.

Os hospitais, *Acute Care Trusts*, que são as organizações hospitalares, e aí que residem todos os hospitais da rede do *Sistema de Saúde Único Inglês (NHS)*. E o segundo ponto a ser enfatizado é a necessidade de integração. É mais ou menos como um sistema que é eminentemente fragmentado em diferentes áreas de tratamento, quer queira Medicina Social, Saúde Mental, serviço de ambulância, e cada uma vai ter um conjunto de requerimentos diferentes de TI, mas, ao mesmo tempo essas informações têm que ser integradas. Dessa forma, um ponto importante é realmente a integração.

Para que se tenha uma idéia do tamanho do NHS, são 1 600 hospitais e todos os médicos têm que ter uma filiação ao sistema público de Saúde. Aqui nós não temos nenhum médico que seja exclusivamente privado. Todos os médicos atendem no NHS, com cargas horárias diferentes. O NHS era o terceiro maior empregador do mundo. Acho que o primeiro é o Exército Chinês, o segundo são as ferrovias indianas e o terceiro é o NHS, com mais de um milhão de empregados, mas acabou de passar para o quarto. A rede *Walmart*, nos Estados Unidos, substituiu o NHS, na terceira posição.

Em relação ao orçamento, essa é uma questão muito importante. Quando se compara a Inglaterra com outros países desenvolvidos, o investimento em Saúde como proporção do PIB é considerado relativamente baixo - fica entre 8 a 9% do PIB, mas o fato do orçamento NHS ser tão racionado, como falamos, é a razão pela qual o projeto de TI está tão intensamente na mídia. Porque cada vez que um hospital tem um atraso de implementação, há muito questionamento do setor público e político sobre a validade de se investir tantos recursos nesse programa centralizado de TI.

Para que possamos ter uma noção temporal do programa: ele foi proposto no segundo semestre de 2002, e entre 2002 e 2005 foi o início da formulação da estratégia, de como seria implementado. Em abril de 2005, foi criada a Agência Nacional de Implementação, a *Connecting for Health (CfH)*. E entre 2005 e 2007 iniciaram-se as implementações. Aquele conceito inicial, de centralização, já foi começando a ser mudado devido à experiência. Viu-se que tentar implementar de uma forma centralizada não funcionou bem e em abril de 2007 foi lançado um programa novo, que é chamado de Programa Nacional; Nível de Responsabilidade Local. As unidades regionais estratégicas, são responsáveis por estarem acompanhando os hospitais, vendo quais são as dificuldades de implementação, entendendo melhor os atrasos - tentando tirar um pouco a responsabilidade do governo central, passando isso mais para as Em abril de 2009 foi publicado um relatório bastante polêmico, que foi intensamente negativo para as pessoas que estão trabalhando para o programa; o relatório foi feito pelo Parlamento Inglês. O documento mencionou os três principais pontos: o número baixo de implementações, especialmente em hospitais - acho que a área mais crítica do programa é a implementação do prontuário eletrônico em hospitais, porque em atenção primária e em outras áreas o programa flui bem, mas as maiores dificuldades são realmente na parte hospitalar. Mudanças frequentes de empresas fornecedoras - não só de consultoria, mas de *software* também. E a falta de adesão clínica ao prontuário eletrônico.

O custo inicialmente - e é claro que foi uma estimativa que hoje é encarada como irreal - fez com que se achasse que seria possível implementar a TI em todo o NHS em três anos, a um montante de £2.3 bilhões. Esse custo foi revisto em 2007 e o programa foi estendido para dez anos. Esses benefícios financeiros mencionamos porque sempre quando se trabalha com hospitais temos que ajudá-los a verem os benefícios da implementação, documentar esse benefícios bem no começo do projeto para que se possa fazer a comparação antes e depois da implementação do prontuário eletrônico.

Esses recursos financeiros são mais do ponto de vista central. A gente não está falando do ponto de vista hospitalar porque a idéia do programa aqui é que na medida que uma organização hospitalar entra para o programa nacional de TI, ele não paga mais licenças para nenhum *software* - todo o suporte, tudo é pago pelo governo. Esse é o grande benefício para o hospital. Este ainda tem custos, especialmente de *hardware* e treinamento, mas todos os custos das licenças, dos *softwares*, manutenção etc. - tudo é pago pelo governo, de uma forma central.

Uma preocupação muito grande é não apenas, ter os computadores funcionando. As empresas fornecedoras, não apenas as de consultoria, mas as empresas de *software* também, são pagas somente se os usuários estiverem usando o sistema. Então temos uma série de indicadores, dentre eles, por exemplo, o número de relatórios de altas feitos no sistema; número de sinais vitais documentados no sistema. Isso geralmente é avaliado 45 dias depois da implementação e as empresas de consultoria e de *software* não recebem esse pagamento inicial do governo caso os usuários não estejam usando o sistema.

Em relação às empresas fornecedoras, inicialmente nós tínhamos a *Accenture*, que no começo foi com quem eu trabalhei no projeto, com duas regiões; tínhamos a *CSC Alliance* fazendo todo o Oeste do país, a *British Telecom - BT*, e a *Fujitsu*, no Sul. Por inúmeras razões, dentre as quais mudanças de empresa de *software*, dificuldades de configuração etc. as empresas mudaram e isto foi um dos desafios enfrentados pelo projeto, como lidar com a mudança freqüente das empresas de consultoria e de *software*.

Houve essa mudança dentro da estrutura do programa. A *Accenture* saiu do programa com uma perda estimada em US\$ 450 milhões de dólares, a *Fujitsu* foi retirada do Programa no ano passado e hoje só temos duas grandes empresas de consultoria e TI implementando o programa junto ao NHS, que são a *CSC Alliance* fazendo todo o Norte do país, e a *BT* fazendo Londres e o Sul.

Dentre os principais serviços que vêm sendo implementados, podemos destacar: o prontuário eletrônico único para toda a rede hospitalar, sendo esta a funcionalidade mais difícil a ser implementada.

Outras partes da funcionalidade já vêm sendo implementadas com maior facilidade tais como: agendamento eletrônico de consultas, *Choose and Book*, que permite que o médico de família, o *donor* do paciente, faça o seu encaminhamento de uma forma eletrônica, diretamente do seu posto de Saúde ou do seu consultório na comunidade. O hospital torna as suas agendas eletronicamente disponíveis para esses médicos generalistas e eles podem fazer a marcação da consulta diretamente na agenda desses médicos hospitalares. Não precisa dizer que isto causou uma grande polêmica porque os médicos hospitalares não queriam a agenda deles sendo determinada por ninguém, então também foi um processo de transformação clínica em convencê-los sobre essa nova forma de trabalhar.

Transmissão eletrônica de prescrições: menos de 10% das medicações aqui são vendidas aqui no termo que a gente chama *sobre o balcão*. Assim, todas as medicações aqui são prescritas porque as prescrições aqui têm um custo fixo de mais ou menos R\$ 24; é fixo, não varia conforme o tipo de medicação, mas você precisa da prescrição. Dessa forma, essa transmissão eletrônica de prescrições permite que o seu médico generalista envie sua prescrição diretamente à farmácia, sem necessidade da receita em papel. Muitas vezes o paciente recebe o papel só para informação - um informativo das medicações dele -, mas ele chega à farmácia e a prescrição já está pronta para ser retirada e levada para casa.

O quarto ponto é o repositório central de informações - *Spine*. Não é preciso ter todas as informações médicas, necessariamente, esse Repositório Central é apenas um conjunto de informações consideradas essenciais: lista de medicamentos, diagnósticos, dados demográficos. Essa é à parte, um sumário do paciente, centralizado, que já está disponível para todos os médicos, em toda a Inglaterra.

Há uma área muito forte de monitoramento de desempenho, especialmente da atenção primária, que é mais forte, e a secundária em que o progresso está sendo mais lento; a transferência de prontuários entre médicos, especialmente generalistas, porque aqui quando você se muda até mesmo de bairro, você tem que se registrar com o seu médico de família. É a funcionalidade clínica que permite com que esse prontuário seja transferido automaticamente e eletronicamente entre os médicos generalistas. No setor primário, temos o prontuário na íntegra transferido para o outro médico generalista. E o sistema de *e-mails* do NHS, centralizado para todos os funcionários.

Uma idéia do progresso nas estatísticas de informações é dada pelo agendamento eletrônico de consultas. Saiu um dado novo essa semana de que em um dia 33 000 consultas foram agendadas, eletronicamente, sem impacto na performance do sistema; acima de 80% das farmácias já estão conectadas com os médicos generalistas; quase todos os hospitais já possuem PACS (*Picture Archiving and Communication System*).

O Modelo de Adoção do Prontuário Eletrônico criado pela HIMSS é muito utilizado em projetos de TI em Saúde. A HIMSS é uma organização de sistemas de TI e gestão para a Saúde, e esse é o modelo que todos os hospitais nos Estados Unidos utilizam para classificar a adoção de TI nesses diferentes estágios. O estágio 1 é quando

Como o processo é multidisciplinar, deve haver representantes de todos os diferentes grupos clínicos no projeto

se tem a implementação parcial, como por exemplo no laboratório, setor de radiologia, não há integração. O estágio, entre 2 e 3 é onde já há um nível de integração, o uso de terminologia médica, por exemplo, está definido e já existe alguma documentação clínica, como por exemplo relatórios de alta etc. Aqui acreditamos que estejamos entre os estágios 1 e 3, com alguma documentação clínica e resultados de exames já disponíveis eletronicamente. Apenas 0.1% dos hospitais dos EUA estão no nível mais avançado de adoção clínica. Estes, geralmente, são hospitais acadêmicos e são exemplos especiais.

Na parte de Lições Aprendidas, focamos em informações baseadas em um relatório que foi publicado recentemente, sobre o programa de TI e os desafios e avanços até agora. O resumo desse relatório foi: identificar quais seriam os pré-requisitos para iniciar o projeto - e eles são bem genéricos para qualquer projeto, não necessariamente apenas em TI em Saúde: ter um time de gestão de projeto forte. Ter a liderança corporativa, tentar alinhar ao que a sempre se fala aqui: o projeto não é de TI, o projeto é de transformação clínica; nós estamos transformando a forma como o hospital funciona, como os processos clínicos são executados. Por isso a importância de se ter uma liderança corporativa realmente alinhada à missão da TI. Você alocar recursos financeiros. Times multidisciplinares. Como o processo de cuidados clínicos é eminentemente multidisciplinar, tem que haver representantes de todos os diferentes grupos clínicos participando do projeto, da implementação, da configuração do *software*. E esse último ponto, que é bastante interessante, que é ter uma validação do conteúdo clínico, ou seja, ter organizações profissionais envolvidas no projeto. Faz-se muito isso aqui: a Organização Inglesa de Cardiologia - as Sociedades das diferentes especialidades validando o conteúdo clínico que estamos configurando no sistema.

As Lições Aprendidas podem ser divididas em áreas de melhoria e áreas de debate. Na área de melhoria de gestão, a necessidade de se comunicar bem os objetivos sempre foi muito importante, pois havia expectativas diversas dentro da organização do que era esperado de cada estágio do projeto. É muito importante, porque a forma que o projeto foi implementado aqui foi em diferentes estágios. Há muitos hospitais nos Estados Unidos que fazem uma implementação, chamadas de *big bang*, em que se implementa toda a funcionalidade de uma vez só, em um final de semana por exemplo - e essa não foi a abordagem que tivemos aqui; aqui foi em quatro, podendo se estender para cinco fases. De modo que definir isso é muito importante também para o corpo clínico. Os médicos e os profissionais de Saúde já esperaram tanto para ter um prontuário eletrônico, que quando você começa a implementar eles acham que o mesmo vai ser capaz de fazer tudo, que já será um prontuário eletrônico completo. Eles acham que é possível assinar, documentar, tirar foto digital e têm dificuldades em entender que a implementação será um processo. Dessa forma, é importante deixar essas expectativas bem claras.

Na área de gestão de projetos é, de uma forma bem genérica, a necessidade de um gestor de projetos com dedicação exclusiva ao projeto de TI, durante toda a duração do projeto; definir os estágios claros; ter uma metodologia de gestão bem definida e bem comunicada. *PRINCE2* é uma metodologia de gestão de origem inglesa, do setor público, mas sei que já ha alguns cursos de treinamento em São

Paulo. Ela começou como uma metodologia de TI e hoje é mais de gestão. Essas foram as áreas especificadas como áreas de melhoria em gestão.

No slide de número 18 são as Áreas de Melhoria, de envolvimento dos *stakeholders*, que são basicamente quase todos os profissionais do hospital. Mais de 90% do “*staff*” do hospital tem que ser envolvido porque esses profissionais vão ser impactados pelo sistema de uma forma ou de outra. Os pontos mais importantes desse slide: formar os comitês para representar os usuários. A coisa mais comum aqui era a gente começar a implementar, e o usuário via algo específico do sistema e dizia: “Mas eu não concordei com isso. Mas eu não fui informado sobre isso.” Por isso formar esses grupos de trabalho logo no início do projeto, para cada área de especialidade: para ir configurando o sistema e ir envolvendo esses usuários, para que

O que foi definido foram apenas essas quatro áreas como necessárias para configuração central: formulários para avaliação de risco de quedas; viabilidade tecidual, avaliação nutricional; e algoritmos para tratamento dessas quatro condições – hipertensão, diabetes, doença coronariana e DPOC. Esses têm que ser definidos de uma forma central e todos os hospitais vão absorver e utilizar esse conteúdo que foi definido centralmente. A definição sobre o que é local e o que é central vem mudando bastante. Esse é um tema dinâmico, está em andamento, mas seria útil enfatizar algumas coisas que acho que também são importantes para o Brasil.

Terminologia médica. O CID foi oficialmente aposentado. A terminologia médica aqui, que é utilizada para todos os sistemas eletrônicos é *SNOMED*, que é o que eles chamam de terminologia clínica; é bastante intuitiva e os profissionais de Saúde adoram – eles incorporaram e aderiram ao *SNOMED* de uma forma super fácil e hoje em dia é muito raro, nos hospitais onde houve a implementação, ver-se um médico fazer uma lista de diagnósticos no que se chama de texto livre ou *freetext*. Para toda a documentação eles já estão usando terminologia. Esse foi um ponto muito positivo do projeto. Lista de medicamentos: também é configurada de uma forma central – é um ponto de diferença com o Brasil – porque não prescrevemos medicamentos pelo nome comercial, todos os

TI em Saúde é essencial e a implantação vai acontecer em velocidades diferentes nos diferentes países

eles participem em como o sistema está sendo configurado, para que não seja uma surpresa, um a dois meses antes da implementação, como o sistema está funcionando.

Terceiro ponto, uma lição aprendida muito importante, identificação de *Campeões Clínicos*. São chamados assim aqueles clínicos e também por especialidade e por departamento, que vão *vestir a camisa*, que vão *vender* o sistema internamente para os seus colegas. A idéia aqui, geralmente, é que quatro a seis meses após o início do projeto, nós, da área de consultoria, já começemos a sair um pouco do hospital – a ir com menos frequência, fazer menos demonstrações e os *Campeões Clínicos* comecem a realizar estas atividades. Nós efetivamente fazemos o *handover* para eles das principais atividades de adoção clínica. Mas, para isso, eles têm que ter um tempo dedicado a estas atividades, têm que ter experiência, têm que ter uma posição dentro da organização, que faça com que eles sejam ouvidos e respeitados. Então o principal ponto é realmente a existência e a definição desses *Campeões Clínicos* no início do projeto.

Áreas de Melhoria em conteúdo clínico. Conteúdo clínico é, sem dúvida, para a parte de prontuário eletrônico, especialmente para pessoas que tem *background* clínico e estamos trabalhando na área de TI, e é extremamente importante. Os comitês, para formar os usuários, mas também para ter uma documentação, um *sign-off*, de que essa mudança foi aceita, essa configuração foi aceita.

Criação de grupos focados na qualidade desse conteúdo. E é exatamente isso: vamos utilizar o que existe de conteúdo clínico definido nacionalmente e o que é que é preciso configurar localmente. Este é um debate bem importante também no projeto daqui.

E o envolvimento de organizações profissionais. Isso é algo que desde o início do projeto nacionalmente foi feito: envolver associação de médicos, de especialidades. Esta questão do envolvimento de organizações profissionais foi uma surpresa interessante para a gente porque muitas vezes íamos para reuniões com, por exemplo, o grupo de enfermagem, e estávamos super satisfeitos, dizendo: *Não, a gente tem todos os formulários de sinais vitais e todos foram aprovados pela sociedade inglesa de enfermagem*. E aí as enfermeiras diziam: *Ah, mas a gente não ouve necessariamente o que a Sociedade Inglesa diz*. Então até esse relacionamento dos próprios profissionais com as suas organizações foi bastante interessante porque a gente achava que o conteúdo clínico disponível centralmente era bem aceito e bem disseminado e difundido, e não era.

E no quarto ponto, que é um dos mais importantes, é acesso ao Sistema desde o início. Isso geralmente é difícil, porque envolve um investimento do hospital muitas vezes em ter o que chamamos de um sistema mais essencial. Pegar os médicos no horário de almoço, quinze minutos, entrar numa sala que tenha de cinco a dez computadores com o sistema que está sendo configurado. Era o que eles mais gostavam porque eles conseguiam adequar essas oportunidades de “brincar com o sistema” às suas agendas; eles não precisam necessariamente estar indo para reuniões e sentindo que ia ser um esforço, uma dedicação muito grande, mas eles estavam acompanhando a progressão da configuração do sistema e vendo o que estava sendo configurado para eles utilizarem.

medicamentos são genéricos, então essa lista central de medicações genéricas está sendo feita do ponto de vista central e os médicos aqui nem lidam com o nome comercial das medicações. E relatórios de desempenho também são centrais por causa da estrutura de monitoramento do desempenho hospitalar, que é controlada pelo Governo. Mas a parte local foi essa parte que nós falamos, que é a parte de algoritmos de tratamento e condutas diagnósticas, que os hospitais querem ter essa capacidade de mudar de acordo com suas práticas locais, e também as estruturas de documentação.

Áreas de Debate. Essa questão do que deve ser definido centralmente, pelo Governo, *versus* localmente, pelos próprias redes hospitalares, é uma área de debate grande, e a segunda área de debate é Segurança. Como é que se vai garantir que os dados dos pacientes sejam confidenciais e a parte mais importante: o acesso ao prontuário eletrônico é todo controlado com cartão. O médico coloca um cartão que tem um *chip* dentro do teclado ou na própria tela do computador e coloca uma senha também. Já existe um controle de quem tem acesso ao prontuário clínico dessa forma. Há também algumas áreas de risco com relação aos dados dos pacientes, mas só vou exemplificar um desses, que é doenças sexualmente transmissíveis (DST). Aqui os pacientes das clínicas de DST têm o direito de usar um pseudônimo. Então como é que a gente tenta alinhar isso com um prontuário eletrônico único, com dados demográficos únicos e disponíveis num central de dados nacional? Como garantir a confidencialidade de informações médicas sem colocar a saúde do paciente em risco? Essa é uma área em que a gente está tendo muito trabalho ao tentar harmonizar esses dois conceitos.

Na Inglaterra, especificamente, não há nenhuma necessidade de haver uma assinatura manual na tela; nos Estados Unidos sim, há uma necessidade do médico assinar o documento de alta, por exemplo, e aqui não. Aqui a assinatura é feita através do *login* mesmo, da assinatura eletrônica. E a gente tem funcionalidades nos dois *softwares* que a gente está trabalhando aqui para assinar com testemunho. Então para a administração de medicações ou contagem de compressas, temos funcionalidade para que os dois profissionais – quem administrou a medicação e quem testemunhou – conseguirem assinar no mesmo prontuário.

Não há dúvidas: TI em Saúde é essencial, e a implantação da mesma vai acontecer em velocidades diferentes nos diferentes países, obviamente, mas é essencial. O envolvimento do Governo, de uma forma central, é muito importante para formular a estratégia de TI em Saúde do país. Especialmente para um país como a Inglaterra, que tem um sistema único público de Saúde – definir aonde que o país quer estar, em termos de TI, daqui a cinco a dez anos. A definição central de qual a terminologia clínica deve ser usada em todo o país – toda a parte de monitorar o desempenho hospitalar também recomendamos que seja central, mas com alguma flexibilidade local, até mesmo para aumentar o engajamento clínico e para estimular os hospitais, já que os mesmo competem entre si porque o paciente tem o poder de escolher o hospital que ele quer ir. Dessa forma, as organizações hospitalares querem ter essa capacidade de inovar localmente em TI, sem se sentirem prisioneiros do sistema central.



NÚCLEO DIRETIVO
Ana Maria Malik - Coordenadora
Álvaro Escrivão Junior - Coordenador Adjunto

COMITÊ ASSESSOR
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
Ana Carolina Paranaíba de Andrade*
Isabella Fumeiro**
Leila Dall'Acqua

* até 04/09/2009
** a partir de 04/09/2009

Debates GV Saúde

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

Debates GV Saúde – Número 8 – novembro de 2009 – é uma publicação interna do *GVsaúde* da FGV-EAESP ■ endereço: Avenida Nove de Julho, 2029 – 11º. Andar – CEP: 01313-902 – São Paulo-SP – telefone: 11 3799-7717 – e-mail: gvsaude@fgv.br – endereço eletrônico: www.gvsaude.org ■ redação: Rua Professor Picarolo, 163 – Cj: 74-E – CEP: 01332-020 – São Paulo-SP ■ 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: comunicacao@woz.com.br ■ A revista reproduz as apresentações dos debatedores do 8º. *Semestre de Debates GVsaúde*, realizado na FGV-EAESP, entre março e junho de 2009 ■ 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



8º Semestre de Debates GVsaúde

Tendências na Assistência à Saúde

16/03/2009 – Impactos da crise econômica na Saúde

Convidados

Fábio Sinisgalli

Diretor Geral do Hospital Nossa Senhora de Lourdes

Arlindo Almeida

Presidente da ABRAMGE

Mediador

Luiz Tadeu Arraes Lopes

Sócio Diretor da Torres Benefício e Professor da FGV-EAESP

14/04/2009 – As tendências do Sistema Único de Saúde

Convidados

José Luiz Spigolon

Superintendente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB

Eliane Regina da Veiga Chomatas

Superintendente de Gestão da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Mediador

Regina Pacheco

Coordenadora do Mestrado Profissional em Gestão e Políticas Públicas da FGV- EAESP

13/05/2009 – Fusões e aquisições na Saúde

Convidados

José Bonchristiano

Diretor Presidente da Tempo Participações

Claudio Marote

Diretor Executivo do Diagnóstico e Imagem – Medial Saúde

Mediador

Ruth Steuer

Consultora e Professora no campo da Gestão de Pessoas

18/06/2009 – Prontuário eletrônico e as perspectivas do e-health

Convidados

Antônio Carlos Onofre Lira

Diretor Técnico e de Tecnologia do Hospital Sírio-Libanês

Andrea Dantas

Tecnologia de Informação em Saúde - National Programme for IT – NpfiT. Londres

Mediador

Álvaro Escrivão Junior

Coordenador Adjunto do GVsaúde – Professor da FGV-EAESP

Parceria



Centro de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da EAESP