

Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ▪ Primeiro Semestre de 2010 ▪ Número 9

Cadeia de Valor na Saúde

Judicialização na Saúde: o acesso a produtos
frente aos direitos individuais e coletivos

Incorporação de tecnologia:
processos de assistência

Critérios de contratação de
pessoas e serviços no mercado de Saúde

Tendências na Comercialização de
Medicamentos

Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ▪ Primeiro Semestre de 2010 ▪ Número 9

Sumário

Ponto de Vista 3 Ana Maria Malik

Judicialização na Saúde: o acesso a produtos frente aos direitos individuais e coletivos

A judicialização da Saúde 4 Suelli Dalari

O Direito do Consumidor e a Saúde 5 Daniella Batalha Trettel

Evolução dos gastos em São Paulo 8 Maria Cecília Marchese M. A. Correa

Incorporação de tecnologia: processos de assistência

As novas tecnologias em Saúde 10 Lucila Pedroso da Cruz

A incorporação de tecnologia 11 Luiz Vicente Rizzo

Critérios de contratação de pessoas e serviços no mercado de Saúde

A legitimidade na terceirização 14 Márcio Vinicius Balzan

Obstáculos legais na área da Saúde 15 Eriete Ramos Dias Teixeira

O caso do ICESP 18 Marcos Fumio Koyama

Tendências na Comercialização de Medicamentos

Tendências na comercialização 22 Juracy Parente

A fiscalização da atividade farmacêutica 22 Pedro Menegasso

O papel das grandes redes de supermercados 24 Alexandre Ribeiro

A questão dos medicamentos 26 Álvaro Escrivão Junior

Ponto de Vista

NOSSO 9º. *Semestre de Debates do GVsaúde* foi mais uma vez, seis semestres depois, sobre o atualíssimo tema de *Cadeia de Valor na Saúde*. No entanto, acreditamos tê-lo abordado de maneira bastante original para justificar a presença nos Debates e a leitura desta publicação.

Começamos o Semestre, no mês de agosto, com uma discussão que não costuma fazer parte das apresentações sobre *Cadeia de Valor*, mas que na área de Saúde tem sido mais e mais freqüente: a *judicialização*. Frente a este tema, no mínimo polêmico, trouxemos – para conseguir debatê-lo de maneira concreta – a questão do acesso a produtos. Nossa mesa trouxe dois debatedores e um moderador com pontos de vista bastante diferentes. Como moderador da mesa, a Profª. Sueli Dallari, uma grande professora de Direito Sanitário, que vem trabalhando na área há muitos anos. Os debatedores foram uma representante do IDEC – Instituto de Defesa do Consumidor, Daniela Trettel, que defendeu seu mestrado sobre o assunto e uma representante da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo, a responsável pelo tema nessa Secretaria. Além disso, a doutora Maria Cecília Correa vem fazendo uma aproximação entre a SES e o Ministério Público.

Em setembro trouxemos mais um tema polêmico, a *Incorporação da Tecnologia*. Novamente tentamos uma abordagem original, associando-a não a equipamentos, como é comum, mas sim a processos de assistência. Como moderadora, tivemos uma pesquisadora do GVsaúde e diretora do PROAHSA, professora Lucila Pedrosa da Cruz, que se debruça cotidianamente sobre este tema, dando aula nos cursos do GVsaúde, tendo trabalhado na ANVISA, no Instituto de Radiologia do HC FM-USP e no Fleury S.A. Os dois debatedores tiveram origem diversa. Um, cujo texto não foi possível publicar, vinha da indústria. O outro, Dr. Luiz Vicente Rizzo, é do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein. Os Institutos de Ensino e Pesquisa de hospitais de qualidade vêm se esforçando por testar novas formas de prestação de assistência – entre outras atividades – e foi este o foco da apresentação do palestrante.

Uma questão que incomoda os dirigentes de organizações de Saúde é a contratação de pessoas e de serviços por serviços de Saúde. Tivemos, então, a idéia de trazer mais uma vez para o debate uma ótica diferente da tradicional: os critérios para contratação. O moderador foi o professor do GVsaúde Marcio Vinicius Balzan, que tem grande experiência em auditoria e como gestor de Saúde tem se preocupado com o assunto. O primeiro debatedor foi o Dr. Marcos Fumio Koyama, que desenvolveu critérios para contratar leitos externos para a prestação mais adequada de serviços no âmbito do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). A segunda, Drª. Eriete Ramos Dias Teixeira, do SINDHOSP (Sindicato dos Hospitais do Estado de São Paulo), discutiu um assunto sobre cuja legalidade muitos se manifestam, mas poucos de fato sabem de que se trata: as diferentes formas de contratação de mão de obra em serviços de Saúde.

O último debate do ano, o de novembro, trouxe um assunto mais que atual, que continua agitando o setor da Saúde neste primeiro semestre de 2010: a comercialização de medicamentos. Como se trata de um tema que cada vez mais tem sido tratado pelas grandes empresas de varejo, como os supermercados, o moderador foi o professor Juracy Parente, coordenador do Centro de Estudos do Varejo da FGV-EAESP. Um dos debatedores, ainda em função da mesma tendência, foi o Sr. Alexandre Ribeiro, do Grupo Pão de Açúcar, onde ele trata justamente desses aspectos da rede. O outro ponto de vista foi trazido pelo Sr. Pedro Eduardo Menegasso, que representou simultaneamente a opinião do Conselho Regional de Farmácia e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que vem tentando implantar uma normalização a respeito.

Suelli Dalari

Professora titular do
Departamento de Prática de
Saúde Pública da Faculdade
de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo

A judicialização da Saúde

NOSSO TEMA É a *judicialização* da Saúde. É curioso notar que o termo *judicialização* ganhou um sentido próprio, que não é teórico, mas exclusivamente prático. Não obstante, tenho certeza de que o tema é interessante tanto para o profissional do Direito quanto para o profissional da Saúde. Neste momento eu gostaria de abordá-lo sob a ótica do Direito.

A chamada *judicialização da Saúde* é muito interessante para o profissional do Direito porque trata de aspecto tradicionalmente pouco trabalhado na universidade: os direitos sociais. Isso pode parecer estranho, mas, infelizmente, é real. Com efeito, o Direito é uma ciência social e não acredito que exista qualquer *direito* que não seja social. Existe, entretanto, uma corrente teórica, com muitos adeptos, que denomina *Direito Social* os direitos chamados de *segunda geração*. Eles denominam os direitos civis e políticos, os chamados direitos individuais, aqueles primeiros direitos definidos na Modernidade, direitos de *primeira geração*. Estes decorrem da formalização do Estado de Direito: o Estado destinado a garantir os direitos que hoje nós chamamos de direitos *civis e políticos*. São os direitos de liberdade. São os direitos, *grosso modo*, individuais. Isso tudo, entretanto, é muito relativo. Não acredito nessas divisões: penso que elas não existem, pois nunca foram estanques. De fato, no mundo complexo, não existe um direito exclusivamente individual, como não existe um direito exclusivamente social. Em ambos sempre será possível encontrar algumas características de direito social ou de direito individual, respectivamente.

Didaticamente, contudo, se poderia dizer que esses chamados *direitos sociais* são direitos muito pouco tratados na universidade. Os profissionais do Direito, em geral, pouco aprendem a trabalhar com Direito Social, apesar de não ser ele uma novidade. O mundo conhece tal direito desde o começo do Século XX – parte dele desde o final do Século XIX. E passado um século inteiro ainda quase não se discutem os direitos sociais nas faculdades de Direito. Essa é, certamente, uma razão importante para explicar a dificuldade de cuidar de temas relacionados aos direitos sociais. Como não se aprende a discuti-los na faculdade, deduz-se automaticamente a dificuldade para trabalhar com eles na prática. E isto é verdade para o advogado, para o promotor, para o juiz, simplesmente porque todos eles passaram pela mesma escola.

Infelizmente, não há exagero na afirmação anterior. Não sei quantas pessoas do auditório têm formação jurídica, mas tomarei a todas por testemunhas. Agora mesmo alguém está, em uma faculdade de Direito, dando uma aula de Direito, lendo o Código Civil com os alunos. Ele não estará, portanto, ensinando o Direito de hoje. Ele está ensinando o Direito de quando se definiram os direitos individuais. Porque quando se formalizou o Estado de Direito na Modernidade se dizia que o Direito era a lei e a lei era o Direito. O Direito, porém, está intrinsecamente ligado à idéia de Justiça e nunca pode ser contido integralmente na lei. Esta é a idéia chave que pode ajudar a compreender o significado da judicialização da Saúde.

Para deixar bem clara essa idéia, creio ser necessária maior explicação. A realização de qualquer direito, seja ele chamado individual ou social, exige a implementação de uma política pública. É o caso, por exemplo, de negócios sobre uma propriedade imóvel. Aparentemente, na compra e venda, por exemplo, se trata apenas de contratar o preço a ser pago contra a entrega da propriedade. Isso apenas aparentemente. Com efeito, no Estado contemporâneo, há um sem número de regras – algumas formalizadas num texto legal, mas a grande maioria delas simples atos administrativos que traduzem políticas públicas – para assegurar que o vendedor é mesmo o dono, para definir como se procede a tal afirmação, para regular os meios de pagamento e, também, para estabelecer os usos conformes ao zoneamento urbano ou rural e os requisitos necessários ao cumprimento da função social dessa propriedade. Assim, embora seja possível encontrar uma predominância de aspectos ligados aos direitos individuais no negócio de compra e venda de uma propriedade imóvel, é facilmente identificável a presença de interesses sociais nesse negócio.

Com o direito à Saúde – e certamente com os demais direitos sociais – acontece o fenômeno inverso: eles dependem muito mais da política, embora não deixem de ter traços individuais. Saúde é ao mesmo tempo direito individual, direito social e direito difuso, intergeracional, cultural. E não há como evitar isso. Compreendida apenas como ausência de doença, são mais evidentes os aspectos individuais envolvidos no conceito de Saúde. Assim, se saúde é não estar doente, parece que é mais fácil imaginar que cuidar da saúde implique tomar remédio ou fazer tratamento para não ficar doente, que tudo se restrinja a uma relação entre o doente e o medicamento ou entre ele e o médico: enfim, sempre algo próximo do direito individual. Mas se Saúde é também o estado de bem-estar, ou algo parecido com isso, a implicação da política será indispensável para sua realização.

Muitos trabalhadores de Saúde não gostam da definição de Saúde dada pela Organização Mundial de Saúde. Grandes teóricos já trabalharam com o tema e verificaram que dificilmente se pode escapar dela, tendo concluído que, de fato, Saúde não é o estado de bem-estar, mas é a *busca* do estado de bem-estar. Vivi, faz muito tempo, uma experiência muito interessante a esse respeito. Examinei uma tese num concurso de Livre-Docência, em Marília, no interior de São Paulo, onde o candidato havia perguntado a crianças ao redor de dez anos, nas escolas, o que elas entendiam por Saúde. E as respostas obtidas foram para mim uma lição para a vida. Porque para uma criança de dez anos Saúde é correr, brincar e jogar bola.

Façam a experiência! Houve quem respondesse que Saúde é não estar doente. Nesses casos – porque eram tão poucos – o candidato buscou averiguar o que tais crianças tinham de diferente e apurou que esses meninos e meninas ou tinham estado doentes, eles mesmos, ou tinham alguém doente em casa.

Então, se a idéia de Saúde é uma idéia positiva, se ela implica ter as condições para poder correr, brincar e jogar bola, ela depende de políticas públicas. Ela depende, portanto, intrinsecamente, da organização do Estado e, também da relação entre os Estados. Esse aspecto é mais evidente quando se enfatiza o caráter cultural ou transgeracional da Saúde. É o caso, por exemplo, da gripe A (H1N1). Imaginemos que o calor não seja um empecilho à proliferação do *bichinho* e que ele vivesse bem na África. Aceitando que *tamiflu* seja mesmo o único medicamento capaz de enfrentar a doença, será difícil encontrar um Estado africano, ou qualquer outro Estado, que tenha condições de enfrentar a epidemia fornecendo o medicamento a todas as pessoas que dele necessitarem, quando precisarem. Isso porque ou ele tem reservas monetárias suficientes para pagar o preço exigido pelo fabricante ou força política para promover o licenciamento compulsório do medicamento e efetivas condições de produzi-lo localmente ou não terá o medicamento necessário. E mesmo nessas hipóteses – se a pandemia for realmente muito virulenta – é razoável supor que a produção total do laboratório seja insuficiente para cobrir a necessidade de cada um dos Estados. Será preciso, então, discutir na Organização Mundial do Comércio se é justo e conveniente que um só laboratório farmacêutico produza esse medicamento, se o seu preço pode ser fixado livremente pelo produtor e, também, como assegurar que toda a África tenha acesso a ele. E isso depende do nível de desenvolvimento do Estado, não depende de outra coisa. Muitos Estados sabem que o único caminho para conseguirem acesso ao medicamento

antiviral implica lançar mão do mecanismo conhecido como *quebra de patente*, negociado e subscrito pelo mundo desenvolvido, cuja hegemonia na OMC não pode ser negada. Com efeito, o Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio (ADPIC-TRIPS) criou a licença compulsória, dita *quebra de patente*, para, entre outros, os casos de urgência sanitária. Eles sabem, contudo, que não possuem condições locais de produção da droga e temem represálias.

Vejam, portanto, que não estamos falando de nada simples. São questões muito mais complicadas, muito mais difíceis de serem discutidas do que aquelas que envolvem mais imediatamente os direitos individuais. Isso pode até justificar – ou ajudar a explicar – porque a universidade se protege e ensina, prioritariamente, o direito individual, mais tradicional.

É nesse pano de fundo que acontece o que acabou se chamando de *judicialização da Saúde*. Assim compreendida pode-se afirmar que ela não é a busca do direito à Saúde, mas apenas a busca do direito ao medicamento, do direito ao tratamento, que são fatias muito pequenas do direito à Saúde. Esse é um primeiro ponto. O outro é que, porque se trata da Saúde, que tem, ao mesmo tempo, aspectos individuais, sociais e culturais, todos esses aspectos devem ser avaliados, conjuntamente, na mesma oportunidade. É impossível separá-los.

Nesta mesa de debate, Dr^a. Daniela Batalha Trettel e Dr^a. Maria Cecília Marchese da Motta Azevedo Correa irão contar como anda o panorama do que se está chamando de judicialização, para que, então, possamos efetivamente discutir o que seria justamente chamado de *judicialização da Saúde*. E adianto que, para mim, se trata de alguma coisa muito boa: tornar um direito social efetivo, podendo ser exigido inclusive no Judiciário, quer dizer, até a última instância da nossa organização social, me agrada muitíssimo.

O Direito do Consumidor e a Saúde

Daniela Batalha
Trettel

Advogada do IDEC –
Instituto Brasileiro de Defesa
do Consumidor e membro
do Conselho Nacional de
Saúde

TRAGO PARA este debate a visão do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC com relação ao tema da judicialização da Saúde. Inicialmente, é importante entender um pouco o que é o IDEC e como ele se coloca nos debates relacionados ao consumo e à cidadania no Brasil.

O IDEC é uma associação de consumidores que não tem fins lucrativos. Já temos mais de vinte anos de existência e – como nossa missão – elegemos a promoção da educação, da conscientização, da defesa dos direitos do consumidor e da ética nas relações de consumo. Prezamos muito pela nossa independência política e econômica e é por isso que não há nenhum tipo de empresa, ou partido político ou governo que nos financia. O nosso financiamento é basicamente de pessoas físicas, que são os nossos associados, e de alguns projetos, principalmente de fundações internacionais – desde que seja algum tipo de fonte independente, que não pautem a nossa atuação. A independência é um primeiro ponto fundamental para discutir essa questão; temos alguns pontos relacionados à falta disso que interferem nessas discussões de judicialização da Saúde.

No cumprimento da sua missão, o IDEC orienta e informa o consumidor; mantém um *site*; testa e compara produtos e serviços; edita uma revista; e propõe ações civis públicas no Judiciário. A revista do IDEC e algumas publicações da área de Saúde – cuja edição está relacionada à missão de educação do IDEC, são guias mesmo, dizendo quais são os direitos das pessoas.

Temos o guia de planos de saúde e o de medicamentos, que mostram quais são os direitos dos consumidores. Editamos um guia sobre o SUS, lembrando o que é o SUS, qual o seu papel e como é importante se valorizar e se construir uma política pública na qual não se precise mais de planos de saúde. O IDEC também procura atuar trazendo para o cidadão conhecimento sobre quais são seus direitos e como acessá-los.

Antes de começar essa discussão, é importante também dizer o que entendemos por *consumidor*. As pessoas podem pensar: mas o que o IDEC vai falar de judicialização de medicamentos? O que tem a ver consumidor com essa história?

É importante dizer que consumismo e consumerismo são pontos diferentes. O que o IDEC faz é consumerismo, que é uma visão muito mais ampla do que é o consumidor. É considerar consumidor como aquele que está no mercado de consumo, mas também aquele que não está e deveria estar. Dividimos isso muito bem: existem situações em que vemos que o indivíduo não consome, mas deveria consumir; uma série de serviços públicos, como serviço de telefonia, de água, que, pela forma como são prestados, caracterizam-se como uma relação de consumo. Mas

existem outras situações – por exemplo, como o Sistema Único de Saúde – que, de consumo, não têm nada. Nesses casos, como o IDEC atua? Esses temas também são trabalhados pelo Instituto sob o enfoque da cidadania, cujo fomento também é parte da missão do IDEC.

O IDEC trabalha levando para os cidadãos conhecimento sobre o que é o direito à saúde, não entendemos que a saúde pública seja uma relação de consumo, e a compreensão disso é fundamental para entender qual vai ser a relação do indivíduo e da coletividade com o Estado. O Estado não é só um prestador de serviços ou um fornecedor de medicamentos.

Existem publicações que o IDEC fez com o intuito educativo na área de saúde, desde um guia didático para professores, para ensinar o que é Vigilância Sanitária,

Não dá para falar de judicialização de saúde sem falar de medicamentos

para ensinar às crianças o que isso tem a ver com a realidade delas e essa trilogia da saúde: sobre o SUS, sobre medicamentos e sobre planos de saúde. É didático, é para o cidadão. Como é que se acessam direitos? Quais são seus direitos? Quem procurar em cada situação? Modelos de carta, modelos de representação para o Ministério Público. Tudo isso para dar poder às pessoas.

No IDEC, inclusive pelo perfil de seus associados e por ter uma pauta de consumo muito forte, por nove anos consecutivos o tema *planos de saúde* tem sido o mais reclamado. São demandas que posso dividir em dois grandes grupos:

1. O de reajustes abusivos. Talvez a forma como a política pública seja guiada pela agência reguladora – que é a ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar – a transforma em uma política pública que alicerça o posicionamento das empresas, que querem entre seus clientes apenas pessoas jovens e saudáveis. E o que percebemos é uma concentração de reajustes nas últimas faixas etárias, que são realmente *expulsivos* para as pessoas depois que elas contribuíram por muito tempo. Não existe uma lógica contributiva nos planos de saúde; e

2. Um grande grupo de problemas é o de negativas de cobertura de procedimentos, os mais variados possíveis: cirurgias, exames, consultas, quimioterapia, radioterapia. Percebemos que planos de saúde vendem, na verdade, uma ilusão, porque vemos que o grande problema do SUS é o acesso. As pessoas têm que enfrentar uma fila para acessar os procedimentos, as consultas, os exames e, felizmente, a maioria precisa de uma apenas de uma consulta, de um exame básico, de algo rotineiro – nessa visão medicalizada que se tem de saúde, que é ligada apenas à ausência de doença. Então, para uma consulta, um exame simples, em regra o plano de saúde funciona. Já vemos, todavia, situações em que nem nisso os planos estão funcionando bem, uma vez que já começaram a chegar no IDEC reclamações de que, para marcar uma consulta em plano de saúde, a demora é a mesmo do SUS.

É assim que as pessoas têm a sensação de que realmente vão ter acesso à atenção à saúde se contratarem um plano de saúde. Mas quando há uma doença grave e, conseqüentemente, custosa, começam os problemas. Vemos situações desde negativas explícitas de atendimento pelas operadoras, até aquelas situações nas quais as operadoras, digamos, “*comem pelas beiradas*”. As pessoas estão numa situação de estresse emocional, porque estão doentes ou porque têm alguma pessoa doente na família e sofrem assédios que são feitos pontualmente: é um exame que é negado, é uma cirurgia cuja liberação é retardada – ou libera a cirurgia, mas não libera o procedimento que foi solicitado pelo médico; não libera a prótese solicitada, libera outra prótese inferior. E assim muitas pessoas desistem dessa briga, porque estão num momento realmente de estresse emocional. A não ser que realmente não tenham condições de custear o que foi negado, elas deixam de lado e acabam arcando com o custo. Por exemplo, o convênio paga a cirurgia e a pessoa compra a prótese mais adequada do próprio bolso.

E no tema planos de saúde o IDEC tem mais de setenta ações civis públicas

propostas nesses 21 anos de atuação. São ações que, de início, estavam muito ligadas a questões de reajuste, mas agora começa a surgir outro perfil, que é mesmo de discutir política pública. Assim, nas últimas ações que propusemos contra planos de Saúde, a ANS também figura no pólo passivo, porque a questão de fundo é a de uma agência reguladora que é extremamente parcial. E, quando se fala de regulação – que, no nosso entendimento, não é só uma questão de imperfeições de mercado –, fala-se também de uma regulação social, considerando que existe um direito fundamental relacionado a esse serviço, que é o direito à saúde – e que a Agência tem também que atuar balizando essa questão. Percebe-se, nesse segundo ponto, que o que deveria ser o mais importante na regulação de planos de saúde, a garantia do respeito ao direito à Saúde, fica em segundo ou terceiro plano. Começam, então, todos os problemas.

Por exemplo: operadora que quebra, ou fraude contra credor no meio da história, e a Agência não faz nada. As coisas mais absurdas que se pode imaginar acontecem, como foi o caso da *Avimed*, que é a última questão que foi judicializada pelo IDEC. Propusemos a ação também contra a ANS e a agência está tendo que fazer resoluções, tudo, por conta de liminares que o IDEC conseguiu.

Não dá para falar de judicialização de saúde sem falar de medicamentos também. O IDEC, no que diz respeito a medicamentos, geralmente faz testes e pesquisas, buscando melhorar a informação para o consumidor. Já tivemos atuação para tirar do mercado associações medicamentosas perigosas – mais de 100 que, por conta de nossa briga,

de trazer a público essa questão, foram retiradas do mercado. Mas as demandas que nos chegam geralmente não são demandas relacionadas ao oferecimento de medicamentos.

Assim, o que fazemos em relação à saúde pública – até para que entendamos definitivamente que, quando se fala de SUS, não há uma relação de consumo de forma alguma – é uma atuação que se restringe à informação para o cidadão sobre seus direitos, deveres também e como acessar esses direitos. E, nesse ponto, entendemos que a judicialização pode ser um instrumento de construção de política pública, de participação social na construção dessa política, principalmente quando são ações de caráter coletivo, ações civis públicas propostas pela defensoria, pelo Ministério Público, por associações que são sérias. Enxerga-se isso, por exemplo, voltando à pauta aqui na qual mais atuamos – no setor de planos de saúde. Só houve a criação de agência, mesmo com todas as suas vicissitudes, porque houve muita pressão social, inclusive judicialmente. Esse estresse, que começou a desaguar no Judiciário pela inexistência da atuação do poder estatal, foi o que levou à construção de um projeto de lei, que resultou na lei de planos de saúde (Lei 9.656/98) e que resulta ainda agora em outras discussões. Existem outros projetos para modificar essa lei, existem pressões sobre a agência reguladora e são pressões relacionadas à judicialização, porque este continua sendo o único meio que as pessoas estão encontrando para garantir os seus direitos na área dos planos de saúde.

Quando falamos em medicamentos, há também alguns exemplos exitosos. A política pública de anti-retrovirais, embora alguns políticos digam que foi iniciativa deles, foi na verdade resultado de uma grande pressão da Sociedade Civil, que inclusive passou pelo Poder Judiciário e pela grande mobilização dos movimentos de combate ao HIV para que essa política fosse construída. E, hoje, ela é a *menina dos olhos* do Brasil.

Tudo isso para dizer que a judicialização tem os dois lados: algumas iniciativas, inclusive legislativas, no sentido de se impedir que se discuta judicialmente o acesso à saúde, não são interessantes. E aí eu digo como o IDEC que, de organização social, é a que mais propõe ações civis públicas e a que mais tem experiência nisso. E isso representou muito no que diz respeito a dar voz à Sociedade. Assim, tentativas de se *nivelar por baixo* essa discussão, dizendo “*não vamos discutir mais, porque tem gente que está distorcendo a discussão*”, não entendemos que é um movimento adequado.

Às vezes vê-se notícias de ONGs que são apenas de fachada, que têm laboratório farmacêutico por trás. Algumas situações dessas acabam vindo à tona. Mas acreditamos que distorções têm que ser tratadas como tais. Como exceções, e não como regra. E, para garantir um debate aberto com a Sociedade, precisamos de dados mais claros. Afinal, o que é que está sendo demandado na Justiça? Por enquanto, não temos muitos dados para saber, afinal, o quanto dos medicamentos solicitados judicialmente são medicamentos excepcionais, ou se são da própria Relação Nacional de Medicamentos. Quantas demandas são referentes a um medicamento específico?

A Sociedade não conhece muito esses dados e o debate fica, às vezes, no *achismo*.

Acreditamos muito no *empoderamento* da Sociedade, para que o cidadão saiba os seus direitos e para que essa via judicial seja acessada também por cidadãos de classes menos favorecidas. Uma dissertação de Fernanda Vargas Terrazas, *O Poder Judiciário como voz institucional dos pobres: o caso das demandas judiciais por medicamentos* lembra um caso interessante. Ela foi à farmácia que entrega os medicamentos excepcionais em São Paulo e, em entrevistas com aqueles que iam retirar os medicamentos, verificou que por volta de 30% era demanda da Defensoria ou da PAJ, Procuradoria de Assistência Judiciária, órgão que antecedeu a Defensoria, o que é um número significativo. Mas não dá para ignorar que quem conhece a via judicial ainda é a classe média.

Aqui, a idéia não é de fechar essa porta porque é a classe média que está demandando, mas algo como: *vamos levar para as pessoas conhecimento em relação aos seus direitos, para que demandas legítimas em defesa dos menos favorecidos também aconteçam*. A Defensoria Pública tem sim que ser muito fomentada e aí existem algumas iniciativas interessantes, como a Secretaria de Saúde ter uma interlocução com a Defensoria, porque lá é a porta que as pessoas batem muitas vezes – são as pessoas que têm prescrições no SUS e que não conseguem acessar o medicamento, ou mesmo as pessoas que têm prescrições em seus médicos privados, em planos de saúde, mas quando a gente fala de algo muito custoso, tirando pessoas muito privilegiadas, ninguém consegue pagar esses tratamentos, como de câncer.

Existem algumas situações de judicialização de medicamentos caros? Existem. Mas existem problemas de medicamentos básicos, medicamentos da Rename? Lembro-me, nesse ponto, de palestra do Prof. Vidal Serrano Nunes Jr., que é professor de Direito Constitucional e do IDEC também, atuou como promotor da Infância e da Juventude e também como promotor do GAESP, Grupo de Apoio em Saúde Pública do Ministério Público. Ele contou um caso no qual ele, como promotor da infância, recebeu uma mãe que tinha, por situações genéticas, todos os filhos epiléticos. A mãe informava que não havia o medicamento para epilepsia na rede e esse é um medicamento que era da Rename. O Ministério Público provocou a Secretaria de Saúde e a Secretaria informou que tinha o medicamento na rede. Mas, quando houve a verificação, constatou-se que não se comprava em quantidade suficiente para a população que precisava dessa medicação. Então, nesse tipo de situação, é fundamental que haja a ação judicial como um instrumento – que se espera que não seja necessário utilizar –, um instrumento importante para a Sociedade e inclusive para que os órgãos de caráter público autônomos, como a Defensoria e o Ministério Público, possam exercer o seu papel.

Por outro lado, é importante levar para quem não conhece a via judicial conhecimento sobre quais são seus direitos, seus deveres e como acessá-los. Isso é uma forma de acesso à Justiça e de desconstrução desse cenário de desigualdade imensa que nós temos no País.

Trazendo alguns dados constantes em minha pesquisa de mestrado¹, que são dados relacionados aos planos de saúde, mas que são interessantes para compreender como a saúde está sendo tratada nos tribunais. Analisei os conflitos entre usuários e operadoras de planos de Saúde, de 1990, data dos primeiros dados disponíveis eletronicamente nos Tribunais Superiores, até junho de 2008. O corte foi o aniversário de dez anos da lei de plano de Saúde, Lei 9.656/98.

Pesquisei dados tanto no STF, Supremo Tribunal Federal, como no STJ, Superior Tribunal de Justiça, mas me deparei com uma questão: o STF, quando se fala de conflitos entre operadoras e usuários de plano de saúde, não os analisa, porque entende – e esse é um ponto bastante preocupante – que a questão é em essência contratual, não é uma questão de direito à saúde. E a competência do STF, a competência maior do tribunal é a de julgar questões constitucionais. Então, ele entende que a questão constitucional – direito à saúde e direito à vida – nessa discussão de plano de saúde, é periférica.

Em função disso, o levantamento ficou restrito às decisões no Superior Tribunal de Justiça, mas há também esse mesmo perfil: as decisões são, em regra, favoráveis aos usuários de planos de saúde, mas a fundamentação tem viés contratual. Eu gosto de chamar de usuário de plano de Saúde e não de consumidor de plano de saúde, porque essa é a denominação utilizada para quem usa o SUS, afinal essa cisão plano de Saúde x SUS não é uma cisão adequada. Saúde é uma só no país e tem que ser

tratada conjuntamente.

Na grande maioria dos casos, 82%, a razão foi dada ao usuário de plano de saúde e em todos os casos é ele ou um substitutivo legal – com uma associação – quem propõe as ações. Quando existe conflito, geralmente são questões relacionadas a negativas ou limitação de cobertura médica. Tem de tudo: desde limitação de acesso a leito, limitação de dias de internação, de próteses, de órteses, de procedimentos, de cirurgias, de exames.

Especificando mais o corte da pesquisa, só analisei os Recursos Especiais, nos quais o STJ dá sua última palavra sobre a demanda. Existem outros tipos de recursos interlocutórios. Mas, por fim, o tribunal vai julgar aquela questão novamente, dar a última palavra no julgamento do Recurso Especial. Então preferi fazer uma separação, pois, caso contrário, haveria uma repetição do mesmo caso nessa minha estatística.

Há um corte social importante, porque a grande maioria das demandas vem do Estado de São Paulo; da região Sudeste em geral – mas principalmente de São Paulo –, o que demonstra também uma questão sociológica e de poder econômico, de quem pode acessar plano de saúde e também de quem tem conhecimento da via judicial.

Outro dado importante, até para quem pretende comprar plano de saúde, é o de que não há nenhuma empresa de plano de saúde que seja boa. As maiores e mais

A legislação mais citada é o Código de Defesa do Consumidor

conhecidas operadoras são também algumas das mais demandadas, as mais famosas: *Bradesco, SulAmérica, Cassi*, e assim por diante.

A grande maioria das decisões diz respeito a contratos anteriores à regulamentação, mas não dá para dizer que é porque a regulamentação resolveu o problema. Esse é um dado que fica em aberto, mas vou continuar a pesquisa e, assim, saber o que dizer no futuro. Existe o problema de a ANS *lavar as mãos* com relação a esses contratos – e é complicado porque a legislação que a cria não dá essa prerrogativa para a Agência. Esta nada mais faz do que exercer uma obrigação que é do Estado, de regular a saúde privada – está na Constituição – mas ela realmente se omite: diz que vale o que está no contrato e são contratos com cláusulas abusivas, que excluem doenças, excluem tratamentos e o entendimento da ANS já está superadíssimo na jurisprudência que aplica o Código de Defesa do Consumidor.

Outra questão: Pelo corte metodológico utilizado, noto que estavam chegando no STJ demandas relativas a contratos posteriores à regulamentação, principalmente contratos coletivos. Porque esse tipo de contratação é uma *nova moda*, que são aqueles contratos que são intermediados por sindicatos, pelo próprio empregador e por associações. Mas só com o tempo será possível responder como é que está essa demanda. A morosidade judicial impede que já tenham chegado ao STJ, em grande número, conflitos referentes ao movimento de coletivização dos planos de Saúde – uma questão mais nova.

Foi possível registrar também que existiam muitos casos de exclusão de doenças específicas, principalmente aids. Isto ainda é um problema. Vivemos na década de 1990 uma situação que evidenciou muito exclusões preconceituosas, mas aids e outras doenças infectocontagiosas ainda geram muita discussão no STJ. Há também casos de câncer, hepatite e outras doenças.

E, por fim, muitas negativas de procedimentos ou insumos que deveriam ser fornecidos pelos planos de saúde. A reiteração de casos de limitação de internação levou à construção de uma súmula, que é a 302, que coloca como abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita o tempo de internação de segurado. Mas estamos falando de expulsar uma pessoa da UTI, geralmente era de UTI. Afasta-se a prática classificando-a como cláusula abusiva. É uma visão contratualista, que resolve o problema da pessoa mas, do ponto de vista de construção de saúde como direito coletivo, é algo a se pensar.

E mais um dado que nos chama atenção. A legislação que é mais citada é o Código de Defesa do Consumidor, uma lei de ordem pública, que acaba sendo uma

forma de se materializar uma série de direitos fundamentais, mas que é uma lei que tem um viés de direito civil também muito forte, embora tenha um caráter de realmente criar um equilíbrio nas relações de consumo, em que o consumidor é evidentemente vulnerável.

O que posso dizer dessa escolha do julgador é que resolve o problema individual que está judicializado, mas que não afirma a necessidade de se considerar a saúde privada como parte de uma política pública única de saúde, na qual também se está lidando como direito fundamental, na qual não pode imperar só uma lógica de mercado. Começa-se a notar, como as últimas decisões selecionadas, que já se começa a levantar algumas questões, como a defesa de que contratos coletivos de planos de saúde não caracterizam relação de consumo. Começamos a ficar preocupados. Porque se a resposta do Poder Judiciário positiva ao usuário é calçada na existência de uma relação de consumo – aplicação do Código de Defesa do Consumidor – e se começa a querer sacar em muitos planos de saúde a existência de uma relação de consumo, a resposta para o usuário pode começar a virar uma resposta negativa. Então, isso é bastante preocupante. Por isso nós acreditamos que a melhor construção é aquela construção de direitos fundamentais, de direito à saúde e de uma visão da política pública de saúde como uma política una.

A lei de plano de saúde é bastante ignorada. Talvez porque a ANS é pouco conhecida. Talvez um pouco por conta disso.

E um dado curioso é que há uma jurisprudência diferente no que diz respeito a danos morais para planos de Saúde. Os valores das indenizações são pequenos, mas por que vale a pena mencionar isso? Porque em regra o STJ entende que descumprir contratos em geral não enseja reparação por dano moral. Mas, a partir de 2004, começou a haver uma construção de que nos planos de saúde, como é um direito à saúde que está sendo lesado, e se está diante de uma pessoa numa situação muito sensível, em casos de negativa de cobertura em plano de saúde cabe reparação por danos morais. A fundamentação dessa jurisprudência está calcada em uma construção que tem muito de direitos humanos e de respeito à dignidade da pessoa. Esse é um respiro de direito social, um respiro de olhar para a dignidade humana na jurisprudência do STJ relativa aos planos de saúde.

¹ *Planos de Saúde na Justiça: o direito à Saúde está sendo efetivado?* Dissertação de mestrado em Direitos Humanos defendida em maio de 2009 na Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Professora Sueli Gandolfi Dallari. Publicação: TRETTEL, D.B. *Planos de saúde no STJ e no STF*. São Paulo: Verbatim, 2009.

Maria Cecília
Marchese M. A.
Correa

Coordenadora das Demandas
Estratégicas do SUS da
Secretaria de Estado da Saúde
– SP

Evolução dos gastos em São Paulo

PARA ABORDARMOS este curioso tema, *judicialização da Saúde*, vamos primeiro falar dos direitos coletivos de acesso a medicamentos. Existe uma organização da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Ela é estabelecida pelo Ministério da Saúde, que define os programas de assistência farmacêutica, o elenco de medicamentos e as regras do financiamento. Na verdade, há um co-financiamento entre o Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Há no Brasil uma política pública explícita para todo o país que garante o direito de acesso ao medicamento com regras e normas técnicas.

Os três programas de assistência farmacêutica têm nomes curiosos. Parece que os pais do programa gostaram da letra E, porque os nomes são: *essenciais*, *estratégicos* e *excepcionais*. Esses programas são para as pessoas que estão fora do hospital. Assim, quando o cidadão está dentro do hospital do maior plano de Saúde do mundo, que é o Sistema Único de Saúde – SUS, ele tem os seus medicamentos fornecidos pela organização hospitalar. Quando ele sai do hospital, precisa fazer o seu tratamento ambulatorial e são esses três programas que garantem o acesso gratuito aos medicamentos.

O programa de medicamentos essenciais no estado de São Paulo chama-se *Dose Certa*: são em torno de 70 medicamentos, para hipertensão, diabetes, anticoncepcional, entre outros, além dos insumos para controle de glicemia, para os pacientes diabéticos insulino-dependentes. Todos esses produtos são dispensados nas Unidades Básicas de Saúde dos 645 municípios e na capital existem 21 farmácias nos metrô.

O segundo programa, *Medicamentos Estratégicos*, trata doenças endêmicas além de incluir as insulinas e medicamentos para hanseníase, tuberculose e doenças sexualmente transmitidas.

E estes produtos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e boa parte deles é produzida pelos laboratórios farmacêuticos oficiais. São entregues nas Secretarias Estaduais de Saúde que os fazem chegar aos municípios, onde serão dispensados para

o cidadão. Isso é feito no local em que o indivíduo faz o tratamento da sua tuberculose, no programa de AIDS etc. E as insulinas também, em unidades de referência municipais. Dessa forma, quem entrega esse medicamento para o cidadão também são unidades municipais dos 645 municípios, porém, nas unidades de referência para essas doenças.

O terceiro programa é o chamado de *Medicamentos Excepcionais* e apelidado de *Alto Custo*. O que quer dizer *alto custo*, nós não sabemos, porque é uma referência. O valor de cinco reais é alto custo? R\$ 100, R\$ 200, R\$ 300? Mas é um apelido que existe há muito tempo. Esse é um grupo de medicamentos cujos fármacos também são definidos pelo Ministério da Saúde assim como a coordenação a elaboração dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para a dispensação desses produtos.

Neste programa também é o Ministério quem define os protocolos, os fármacos; e as Secretarias Estaduais são responsáveis pela aquisição, pela logística e pela dispensação, a pela entrega para o cidadão. No estado de São Paulo temos 32 farmácias destas, que estão nos Departamentos Regionais de Saúde e existe toda uma articulação entre os municípios, de forma que ele leva a documentação do cidadão para essa farmácia e traz o medicamento de volta para que o cidadão não tenha que se deslocar ou viajar.

Vejamos alguma coisa sobre a evolução de gasto e número

de pacientes neste último programa de *Medicamentos Excepcionais*. Começamos em 2003, quando ele foi ampliado para 96 fármacos e atendíamos a 55 mil pacientes cadastrados no estado de São Paulo recebendo todos os meses esses medicamentos.

O quadro 1 mostra a evolução de gasto e de número de pacientes. Em 2007 dois “fenômenos” aconteceram aí: o primeiro deles é que foi centralizada a compra do interferon peguilado pelo Ministério da Saúde. Então esta compra deixou de ser feita por São Paulo e recebemos 98,3 milhões desse produto. E neste ano passou a vigorar o CAP, Coeficiente de Adequação de Preço, que é um redutor no preço de fábrica, para grupos de fármacos que a CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, que regulamenta preço de medicamentos no país, estabeleceu e, entre eles, para parte dos medicamentos excepcionais. Não houve uma queda de recurso, mas a intervenção desses fatores, que já apresentam seus reflexos em 2008.

Nos três programas, não estão os medicamentos oncológicos. O Sistema Único de Saúde inclui os medicamentos no tratamento integral, em unidades que são cadastradas para esse fim. São unidades que seguem as regras que o Ministério da Saúde estabeleceu, então elas fazem cirurgia, quimioterapia, radioterapia, reabilitação, e fornecem os medicamentos usados tanto na internação como no ambulatorial (CACON/UNACON).

Este é um problema hoje para nós. Quando começamos a falar em *judicialização* passamos a *suplementar* o sistema privado, pois o medicamento oncológico é muito caro e então o judiciário nos obriga a fornecê-lo aos clientes da rede privada.

O estado de São Paulo, diante da inércia do Ministério da Saúde, para atender sua população foi incorporando, a partir de 2005, insumos para controle da glicemia enquanto o Ministério só o fez em 2007. No tratamento para hipertensão arterial pulmonar, para doença pulmonar obstrutiva crônica, introduzimos prevenção para o vírus sincicial respiratório, chamado Palivizumabe, com protocolos. Lógico que as pessoas não gostam do protocolo, porque para o seu bebezinho prematuro e pequeno está certo receber pelo SUS, de acordo com o protocolo; agora, o bebe nascido a termo e *gorducho* entrou com a ação judicial para receber também. Leites especiais, enfim, há uma série de produtos que vêm sendo discutidos, avaliando evidências clínicas, para que possam ser incorporados em protocolos estaduais. Embora esse seja um papel do Ministério da Saúde.

E, finalmente, os antiretrovirais. Chamo atenção para o fato de que, embora

o programa de Aids seja extremamente elogiado, no caso dessas duas últimas drogas, Raltegravir e Maraviroc, que foram registradas em dezembro de 2007, o Ministério levaria um tempo para incorporar, então fizemos a opção por incorporá-las. Durante o ano de 2008, baseado em avaliações de uma comissão técnica, caso a caso, fornecíamos esses produtos para os pacientes com indicação. Em janeiro de 2009, o Ministério da Saúde incorporou no arsenal terapêutico apenas o Raltegravir.

Nesse ponto, destaca-se uma lição importante: vamos aprendendo que nem tudo que está registrado na ANVISA, que está colocado nos tratamentos é possível fazer rapidamente em termos de protocolos. E é preciso tomar cuidado com as

MEDEX – Evolução dos gastos e número de pacientes, 2003-2008.

Ano	Gastos milhões R\$	
2003	211,6	55 mil pacientes
2004	331,7	
2005	476,0	
2006	838,0	
2007	770,0 ^{1,2}	
2008	1.125,0 ^{1,2}	450 mil pacientes

Fonte: Sigeo

1 CAP - Coeficiente de adequação de preço (CMED) • 24,92%

2 Interf. Peguilado compra centralizada pelo MS

• 2007 = 98,3 milhões • 2008 = 85,3 milhões

novidades. Costumo dizer, em tom jocoso, que nós trabalhamos com *moda* – que muda a cada estação. Para superar em parte estes modismos foi criada a possibilidade de pedidos administrativos, nos quais o médico solicita – medicamentos, produtos, insumos, dietas etc. – aquilo que não está padronizado e justifica tecnicamente. Esta solicitação passa por avaliação de Comitês Técnicos que autorizam ou não o fornecimento do que foi pedido.

As novas tecnologias em Saúde

A ABORDAGEM do tema *Incorporação de Tecnologias* remete à necessidade de homogeneizar o conceito do termo *tecnologia*. No caso do campo de aplicação da Saúde, existe uma portaria, de 2005, do Ministério da Saúde que define o escopo do que é considerado como *tecnologia*: “medicamentos; materiais, equipamentos e procedimentos; sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte; e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados em Saúde são prestados à população”. Portanto, a expressão Tecnologia em Saúde faz alusão a uma técnica cirúrgica, a um equipamento diagnóstico, a um protocolo clínico, passando por diferentes insumos como vacinas, medicamentos, meios de contraste para exames, materiais médicos, entre outros.

Vale aqui uma provocação: afinal o que tem sido apresentado como novas tecnologias na Saúde? Em maio de 2008, foi publicado um artigo em *O Estado de S. Paulo*, de autoria de Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques, Diretor da Comissão para Incorporação de Tecnologias (CITEC) do Ministério da Saúde (MS), em que foi feita uma referência a um texto extraído de uma edição de *La Revue Prescrire*, em 2008. Neste artigo, mencionou-se que 120 novos medicamentos, ou novas indicações, foram avaliados. Seguem os resultados: seis desses produtos traziam *alguma vantagem*; 25 estavam enquadrados na categoria *eventualmente úteis*; 57, *sem novidade*; 9, não se pode manifestar a respeito do item que foi apresentado; e 23 estão *em desacordo com os parâmetros*. Conseqüentemente, 74% foram reprovados como novidade.

O que o Ministério da Saúde tem feito para lidar com a questão de incorporação de tecnologias? Segundo o próprio Maierovitch, trabalha-se com o conceito de garantir que a boa aplicação dos conhecimentos científicos seja colocada a serviço de quem precisa dela. Ou seja, com base no princípio de integralidade do SUS, parte-se do pressuposto que atendimento integral não significa incorporar todas as tecnologias disponíveis no mercado, mas subordinar a oferta segundo:

- Necessidade social
- Evidência científica
- Prioridades da política nacional de Saúde
- Disponibilidade de recursos

Para a operacionalização das ações do MS, foi instituída a criação da CITEC com representantes das Secretarias do MS e das agências reguladoras – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, *Anvisa*; e Agência Nacional de Saúde Suplementar, *ANS*. As

discussões sobre incorporação, ou não, pelo Ministério da Saúde também são levadas aos demais gestores do SUS, estaduais e municipais, para uma decisão comum.

A CITEC é responsável pela formalização dos fluxos e dos mecanismos para a incorporação de tecnologias do MS, no âmbito do SUS e da Saúde Suplementar. O processo de análise prevê etapas com um conteúdo técnico muito significativo. A avaliação, no caso de produtos para a Saúde, inicia-se com a existência de registro do material na *Anvisa*. O produto somente existe legalmente no país e pode ser comercializado, se passou pela avaliação da *Anvisa* que emitiu o seu registro.

É importante destacar também que, desde 2005, o Brasil tornou-se membro de uma rede internacional de agências de avaliação de tecnologias em Saúde, a INAHTA (<http://www.inahta.org>). Trata-se de uma agência privada, sem fins lucrativos, e que congrega um grande número de países de todos os continentes, com o objetivo de compartilhar informações e cooperar no processo de avaliação de tecnologias, com base em experiências de diferentes culturas.

Foi criada também a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias de Saúde, REBRATS, que possui um *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde*. Este material é de livre acesso por meio dos *sites* da *Anvisa* ou da *ANS*.

“Como estas avaliações caminham?”; “Quais são os resultados efetivos?”. Existem estudos em andamento, com destaque para medicamentos e produtos para a Saúde. No entanto, este trabalho é muito recente e, certamente, a expectativa é que se estenda a outras vertentes contidas na definição de tecnologia elaborada pelo próprio MS e inseridas nas linhas de cuidados assistenciais.

A incorporação de tecnologia

Luiz Vicente Rizzo

Professor titular
Departamento de
Imunologia do Instituto de
Ciências Biomédicas da USP
e Diretor Superintendente
do Instituto
Israelita de Ensino e
Pesquisa Albert Einstein

O HOSPITAL

Israelita Albert Einstein goza da fama de ser um hospital de alta tecnologia – e isso é verdade. Contudo, a visão da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein não é de alta tecnologia, mas de *alta eficiência*. Nas palavras imortais de Plínio Marcos, *o ator é a alma do teatro*; e a Sociedade entende que muito mais importante do que qualquer tecnologia, são as pessoas que vão aplicar essa tecnologia; a maneira como essas pessoas são treinadas para isso. Assim, grande parte do nosso trabalho de avaliação de tecnologia de Saúde está, na realidade, voltada para analisar processos, e como podemos treinar essas pessoas melhor e essa é a grande contribuição que o Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa – IIEP dá como órgão responsável, dentro da Sociedade Beneficente, por toda a parte de ensino, pesquisa e tecnologia de ponta.

Em primeiro lugar, estabelecemos o conceito de tecnologia, do que queremos interpretar. A ideia de avaliação de tecnologia é ter, primeiro, um grupo multidisciplinar, isso é absolutamente fundamental para nós, porque o processo de Saúde é um processo multidisciplinar, ele não pode passar exclusivamente pelos médicos, para tanto é necessário o conhecimento das diversas áreas. Uma avaliação científica passa por uma série de processos, que são inclusive processos internos – o IIEP muitas vezes se auto-contrata para avaliar determinadas tecnologias de processos. Avaliações éticas; econômicas – porque dinheiro não dá em árvore, ao contrário do que algumas pessoas pensam – e, portanto, a incorporação de tecnologias e processos tem que ser feita dentro de um suporte econômico. E, uma vez que essas tecnologias e processos sejam incorporados, é também responsabilidade nossa promover a sua difusão. Como hospital de ponta, temos uma responsabilidade de cunho social, de repassar, não só para outras organizações, como, por exemplo, o *Hospital Moisés Deutsch*, que gerenciamos para o município de São Paulo no Jardim Ângela, mas para outros hospitais públicos o desenvolvimento dessas tecnologias e desses processos.

Tecnologias de Saúde já foram muito bem definidas, o objetivo do processo é seguir a medicina baseada em evidências e também as práticas de economia de Saúde, como eu disse para vocês.

E como o nosso comitê trabalha? Como discorrer sobre um processo novo, ou sobre um medicamento ou equipamento novo? Em primeiro lugar, utilizando informações científicas que estão disponíveis na literatura e que nós mesmos geramos para várias das coisas que são feitas. No caso do *Da Vinci*, por exemplo, isso não é um problema, mas no caso, por exemplo, de um anticorpo monoclonal humanizado, para o tratamento de uma leucemia, um linfoma, o levantamento de conhecimento local é muito importante, pois sabemos que, por conta do *background* genético pouco homogêneo da população brasileira, muitas vezes esses processos medicamentosos não funcionam do mesmo jeito, então a aquisição de informação científica através da literatura, simplesmente, pode não ser eficiente. Formações clínicas comparativas – e sempre buscamos

outros centros que já tenham utilizado o mesmo processo, o mesmo medicamento, ou o mesmo equipamento – no caso, por exemplo, do *Da Vinci* temos uma associação muito forte com o *Florida Hospital*, que é o hospital que mais utiliza o robô para cirurgias e para treinamentos – eles têm um centro exclusivo de treinamento, que é onde fazemos o treinamento dos nossos profissionais. Não treinamos os nossos profissionais *in house*, mas no *Florida Hospital*. Eles têm dezoito *Da Vincis* só para treinar a gente, a um custo de 2,5 milhões de dólares cada um, você vê que eles fazem um investimento muito expressivo. Avaliação de resultado relevante para a Saúde, que é o que foi discutido rapidamente: *Bom, esse negócio é bom, ele serve para alguma coisa, mas esta alguma coisa é relevante?* E avaliação dos custos associados.

Como é que essas coisas entram no nosso processo? Alguém traz uma tecnologia – por exemplo, o *Da Vinci* – ela vai passar para a avaliação de tecnologias num comitê específico, por incorporação da tecnologia. Se ela for aprovada nesse comitê, ela vai passar por um processo de inovação, porque é visão da sociedade também que devemos contribuir com essas novas tecnologias com algum conhecimento brasileiro. Então, qualquer nova tecnologia, novo processo ou medicamento que é introduzido, é imediatamente associado a um projeto de pesquisa ligado às coisas que fazemos, seja na responsabilidade social, seja no próprio *Einstein*.

Para a nossa instituição existe uma importância, ou várias importâncias, dessa introdução de novas tecnologias. A primeira coisa é contribuir para a sustentabilidade. Medicina é um processo de constante crescimento – na minha área, por exemplo, nos últimos dois anos, foram publicados mais de três mil trabalhos no *Medline*, no campo de Imunologia Clínica. Esse crescimento no conhecimento de novas formas diagnósticas, novas formas de tratamento para as doenças é absolutamente fundamental para nossa sustentabilidade. Se não incorporarmos coisas novas, ficaremos obsoletos numa velocidade muito mais rápida. Estima-se que a vida média de uma medicação na área de oncologia, hoje, é por volta de cinco anos. Há cinco anos, era de vinte anos; e há dez anos era trinta anos. Assim, sustentabilidade é um pilar da incorporação de

tecnologia.

É necessário administrar melhor os recursos disponíveis, porque coisa nova sempre custa mais. O grande segredo em Economia de Saúde é que, ao contrário de outras áreas em que as coisas que ficam mais baratas com a tecnologia, em Saúde tudo fica mais caro com a tecnologia. Hoje uma ressonância magnética de 3 Teslas, que é a mais moderna, mas você já tem, em utilização no mundo, a de 7

Vários hospitais no mundo têm o *Da Vinci*, mas poucos têm qualidade de utilização

Teslas. Quando alguém comprar a sua 7 Teslas, ela vai custar três vezes o que custa a 3 Teslas, porque o pessoal que faz essas coisas não sabe multiplicar - ela deveria ser 9 Teslas para custar três vezes mais...

Mas a de 3 Teslas vai continuar custando a mesma coisa, ela não fica mais barata, porque ainda vai ter mercado para ela, em lugares com menos tecnologia de ponta. Assim, administrar como usar o dinheiro limitado que se tem, para incorporar as melhores tecnologias, é uma função fundamental da avaliação de tecnologia de Saúde. Obviamente, tendo como *goal* eficácia, eficiência e segurança.

A manutenção do padrão de excelência é algo que está diretamente ligado ao treinamento; não adianta nada possuir um *Da Vinci*, se as pessoas não sabem usar. O caso típico desse equipamento é ótimo, pois é possível ver que o treinamento do profissional é absolutamente fundamental. Já estamos chegando próximos a duzentos procedimentos com o *Da Vinci* no Einstein, sem nenhuma complicação grave, nenhuma reversão para *céu aberto*, nenhuma perda. Assim, todos os nossos pacientes que foram operados - mais cedo ou mais tarde alguém vai ter problema, porque cirurgia é um negócio que dá problema, aliás, não sei quantos cirurgiões há na platéia, mas cirurgião não é médico, ele evoluiu do barbeiro, antigamente era escola de medicina e cirurgia, e quem não conseguia cursar medicina, cursava cirurgia, logo é um povo perigoso. De qualquer maneira, nós nos mantemos numa posição por conta do treinamento e não da incorporação. Vários hospitais no mundo têm o *Da Vinci*, mas poucos têm a qualidade de utilização do equipamento. Não é a incorporação da tecnologia, é como ela é utilizada. É por isso que o investimento em treinamento de pessoal é absolutamente fundamental quando se fala em incorporação de qualquer coisa nova. E garantir que as novas coisas incorporadas vão ser realmente utilizadas, um dos grandes problemas é você incorporar coisas e não ter mercado para elas. Para os pacientes é fundamental que se possa fazer isso, para oferecer o que nos Estados Unidos se diz *best possible care*, é o que você tem de melhor em Medicina; mas é necessário avaliar se há realmente vantagem naquilo que tem sido oferecido, ou se não tem vantagem nenhuma e é apenas um dispositivo que é mais bonitinho, mas custa mais caro.

E, para os profissionais de Saúde, ter a certeza de contar com uma instituição de manutenção de Saúde, um hospital, que pode oferecer ao seu paciente o melhor tratamento possível, e a oportunidade do treinamento para utilizar essas ferramentas.

Como, em nossa avaliação, classificar as tecnologias? Aquelas que são já estabelecidas, do ponto de vista de evidência científica, clínica e de custo/efetividade, são coisas que ainda não estão aprovadas pela ANVISA, por exemplo, mas que já foram demonstradas em estudos fora do Brasil, que já estão em uso há tempo suficiente para avaliar que clinicamente elas são benéficas e, mais ainda, já estão em uso em tempo suficiente em lugares onde se faz Medicina

competitiva, mostrando que são economicamente viáveis, que há um número suficiente de pacientes para utilizá-las, e que a utilização é coberta pelas fontes pagadoras e assim por diante.

Temos também as experimentais, ou seja, aquelas nas quais não existe evidência clínica, ou do custo/efetividade, mas que parecem promissoras do ponto de vista científico. Ou seja, já foram incorporadas em alguns serviços, e mostram vantagens na Saúde, mas ainda não foram avaliadas do ponto de vista epidemiológico.

Existem aquelas reconhecidas do ponto de vista de evidência clínica, mas que são de custo/efetividade negativo ou no mínimo duvidoso - e ocasionalmente incorporamos essas coisas, porque elas apresentam uma vantagem para o nosso paciente que consideramos importante, mesmo perdendo dinheiro. Há coisas que se deve ter para oferecer o melhor *standard* de cuidado para o seu paciente e a manutenção de excelência da instituição.

Há incorporações que são necessárias por questões de segurança: à medida que a legislação muda, ou à medida que se prevê mudança de legislação, é preciso incorporar tecnologias, medicações e procedimentos que são absolutamente necessários para proteger o seu paciente, para proteger o seu funcionário; essas também passam pelo nosso sistema de ATS.

Uma vez classificadas essas tecnologias, processos, máquinas e medicamentos, vamos identificá-las, priorizá-las - por incrível que pareça, não temos uma máquina de imprimir dinheiro lá - há quem acredite que a temos - passamos por uma revisão da literatura. A angariação de evidências científicas - que é a função do IIEP - para as coisas que já têm evidências comprovadas e que não há nenhuma chance de, devido às características da população brasileira, haver qualquer dificuldade de utilização, aproveitamos o que está na literatura. Para qualquer coisa que possa interagir com o nosso *background* pouco esotérico, refazemos os estudos necessários. Isso tem um custo adicional de agregação de tecnologia muito alto, mas tem se provado muito eficiente no que fazemos, como mostram os nossos eventos adversos graves com drogas novas, que são muito abaixo da média mundial, por exemplo. A produção de informações e registro da ANVISA é nosso próximo passo, como somos um hospital sentinela, participamos de uma rede de avaliação e de validação para a ANVISA, e é uma coisa de muito orgulho para o hospital poder participar dessa rede. Interpretação e síntese de evidências: fazemos uma avaliação econômica depois que isso está tudo pronto. Avaliação de impacto, plano de negócios e vai por aí. Faz-se uma recomendação e, finalmente, como parte da função do IIEP, temos a disseminação dos resultados, dos processos, e das próprias tecnologias. As novas tecnologias podem vir por demanda dos médicos ou dos profissionais, uma vez que elas passam por todos esses processos.

Após um ano de implantação no hospital fazemos - o nome é horroroso, mas acabou pegando - *post mortem*, para saber se houve realmente um benefício para o paciente. No caso do *Da Vinci*, estamos nos aproximando da faixa do *post mortem* e já sabemos que houve um benefício significativo. Para as coisas que o *Da Vinci* vem sendo usado o índice de complicação é mais que 50% menor que as cirurgias abertas, por exemplo, em cirurgia de próstata. A estadia dos pacientes caiu 1,7 dias, o que, para as fontes pagadoras, é uma coisa muito importante - para a gente é importante também, porque isso te permite servir a muito mais pessoas, você tem uma rotatividade no hospital, possibilita servir a mais gente. De outro lado, o custo relativo da tecnologia continua sendo proibitivo, a fonte pagadora preferiria pagar 1,7 dia a mais de diária que a diferença para manter o robô. A maneira como resolvemos isso é muito simples: cobramos pela cirurgia normal, porque o robô se provou ser mais útil para o paciente. Então é um daqueles casos em que existe a tecnologia, ela é melhor, mas continua sendo economicamente negativa, mas o hospital assume esse custo porque é o melhor possível. Naturalmente, olhando em longo prazo, pois sabemos que em dez ou vinte anos, todo mundo vai fazer isso.

Utilizamos o chamado *radar de inovação*, que são os nossos fornecedores de

possíveis novas tecnologias. Uma vez que isso tenha sido integrado à prática médica, cabe ao IIEP fazer os processos de inovação – nenhuma nova tecnologia, nenhum novo procedimento é colocado no hospital se ele não estiver associado a um projeto de pesquisa, por exemplo, que isso possa gerar conhecimento nacional sobre as coisas que estão sendo feitas.

A disseminação da informação dentro do hospital é feita pelo nosso boletim de ATS, que é mensal, assim todo mundo fica sabendo o que está acontecendo, onde é que estão as coisas do ponto de vista de pesquisa. Isso provou ser um negócio absolutamente fundamental, porque não só informa o corpo clínico assistencial sobre a possibilidade de utilização daquele novo procedimento, nova droga, novo equipamento, mas também é uma grande fonte de projetos de pesquisa, de novas idéias, novas possibilidades de utilização.

Temos *fóruns de prática médica* – o Einstein é um hospital aberto, com médicos credenciados e para que haja uma uniformização dos procedimentos, isso é sempre feito nesses fóruns, que também são responsabilidade do IIEP.

Temos parcerias com a Secretaria de Estado de São Paulo, de Saúde do estado e do município de São Paulo, e com o Ministério da Saúde para o desenvolvimento de coisas novas, dentro do projeto de responsabilidade social; isso faz parte das nossas obrigações como entidade filantrópica; e participamos da rede de ATS.

A gestão de processos começou em julho de 2007, na realidade a primeira reunião foi só em novembro de 2007. A equipe possui pessoal com experiência em Economia da Saúde, profissionais de todas as áreas, representantes da área de pesquisa, da área ética – e esse é dos aspectos mais importantes da avaliação de tecnologia. Fazemos avaliações de tecnologia mensalmente e, de modo geral, entre três e cinco novas tecnologias são avaliadas. Até hoje, de 2007 a 2009 – na verdade,

2008 e 2009, porque a primeira reunião foi em novembro – tivemos 101 novas tecnologias, entre elas o *Da Vinci*; 56 foram incorporadas, catorze estão em processo de incorporação, vinte ainda estão em análise – porque esse é um processo que tem várias etapas. É mais ou menos como aquelas coisas do Supremo Tribunal Federal e tem sempre alguém que pede vistas ao processo – e onze tecnologias não foram aprovadas. O que esse resultado mostra é que 90% das coisas que o nosso corpo clínico assistencial apresenta são de bastante interesse, o que é um grande testemunho da qualidade desse corpo clínico – apenas onze dessas tecnologias não passaram pelo crivo.

Só para vocês terem uma idéia de como isso funciona, o que dá origem aos nossos pedidos de incorporação de tecnologia, comercial, financeiro também estão envolvidos, mas a nossa principal fonte são justamente os profissionais de Saúde, que é aquela base da pirâmide médico-assistencial e nós temos uma série de medidas para ampliar isso e transformar esse processo em uma coisa mais expedita. Primeiro, é focar na produção dos trabalhos científicos, isso é absolutamente fundamental, porque sem isso não vamos conseguir realmente incorporar as tecnologias e os processos, se não criarmos conhecimento nacional, ficaremos fadados a comprar sempre o submarino e o avião dos outros. É importante a divulgação desse conhecimento para a Sociedade, é parte da nossa missão a divulgação do conhecimento e pesquisa; produzir guias de orientação, isso faz parte do nosso acordo com o Ministério da Saúde e com a Secretaria de Estado. Para toda tecnologia que incorporamos, temos a obrigação de montar um guia nacionalizado de sua utilização; uma forte tendência de buscar novas tecnologias e fontes de inovação, ou de idéias além daquelas colocadas lá; e vamos ter um curso de especialização em ATS, a partir de março do próximo ano, no hospital patrocinado pelo IIEP.

Márcio Vinicius
Balzan

Integrante do Comitê
Assessor do GVsaúde

A legitimidade na terceirização

NESTE DEBATE, do 9º. *Semestre de Debates do GVsaúde* em que se discutem temas relacionados à cadeia de valor da Saúde, teremos a oportunidade de contar, nesta noite, com as participações de Marcos Fumio Koyama, médico, mestre em administração pela FGV-EAESP e diretor executivo do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP; e Eriete Ramos Dias Teixeira, advogada e gerente do departamento jurídico do *Sindicato dos Hospitais – Sindhosp*.

Meu objetivo é apresentar algumas considerações sobre o tema, os motivos pelos quais o escolhemos e apresentar previamente alguns questionamentos para os nossos convidados. Ambos têm larga experiência na área da Saúde e certamente trarão visões diferentes e atuais sobre o assunto.

Creio que um dos pontos mais polêmicos do tema em questão seja a legitimidade dos processos de terceirização de recursos humanos, não só na área da Saúde, mas em todos os setores produtivos da economia.

Outras perguntas que aproveito para deixar registradas são: 1. Quais as vantagens do corpo funcional próprio frente à terceirização? 2. A terceirização resulta em diminuição de custo? Sim ou não e por quê? 3. Qual o nível máximo de terceirização de serviços para uma instituição de Saúde? 4. Qual a resultante da terceirização frente os processos de qualidade e acreditação?

Ter qualidade envolve uma gama de atividades junto aos colaboradores, passando por processos de seleção, treinamento em serviço, educação continuada e orientação para correção de não conformidade. Quando o pessoal é terceirizado, entendemos que estas atividades apresentem muitas dificuldades em virtude do problema da subordinação ao pessoal não ligado à empresa terceirizada, mas, sim ligada ao contratante. O que fazer para não configurar vínculo? Até que ponto as instituições de Saúde podem trabalhar dentro da legalidade neste aspecto?

Com relação ao corpo clínico, eu mesmo, como médico, já passei por várias experiências, como contratado com registro em carteira, CLT, autônomo e pessoa jurídica. Há alguns anos os médicos que não eram concursados do antigo INAMPS, recebiam diretamente do Ministério da Saúde os honorários daqueles procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, realizados nos pacientes do sistema público de Saúde através do conhecido *código 7* ou seja, por meio de depósito em conta corrente no *Banco do Brasil*. Por outro lado, existiam profissionais que realizavam procedimentos nas instituições de Saúde e recebiam diretamente delas, no chamado *código 4*. Em resumo, ambas eram formas de remuneração aos médicos autônomos, em última essência terceiros prestadores.

Outra forma de remuneração, além daquela com registro em carteira, CLT, é a aquela com médico celetista com recebimento de valores adicionais de remuneração, conhecido como *produtividade apresentada em serviço*. Esta situação de

remuneração é muito freqüente nos estados do Nordeste brasileiro. Não deixa de ser um tipo de programa de participação nos lucros ou resultados. A mesma situação existe com médicos que trabalham e recebem através de uma pessoa jurídica responsável pela terceirização do serviço.

Quando imaginamos esse tema, o critério de contratação, não era nosso objetivo levar a discussão para o perfil de função, qualificação de profissionais, muito menos apresentar fórmulas para quantificar tamanho de RH das diversas instituições, mas como a FGV é uma escola de Administração e de Economia e nosso foco é a Administração em Saúde, esta questão de como equacionar os diversos interesses das instituições de Saúde, quando resolvem terceirizar algumas atividades com a legislação, sabendo que o judiciário, às vezes decide em favor de um, às vezes em favor de outro, fica mal resolvida. E é difícil saber para que lado caminhará esta questão.

Acreditamos haver uma necessidade de revisão das formas legais de contratação de pessoal e entendemos que os processos de vendas de serviços ao Sistema Único de Saúde- SUS exemplificado por Marcos Fumio mostra avanços importantes na qualidade e eficiência dos serviços.

A legislação trabalhista atual é da Década de 1940, com Getúlio Vargas, em 1943 com a Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT. Apesar das reformas nas leis trabalhistas nos últimos anos, essas resultaram apenas mais direitos aos trabalhadores, onerando cada vez mais a folha de salários e dificultando o lado dos empreendedores. Pensar em revisão da CLT significará uma revisão da sustentabilidade da Previdência Social - não podemos deixar de pensar nisso. Então qualquer revisão que se faça na CLT necessitará, antes de tudo, de disposição política para uma revisão ampla no sistema tributário brasileiro, pois a retirada de algum encargo da folha de salários, irá repercutir na arrecadação geral do Governo Federal.

Observa-se, nos últimos dois anos, a preocupação do governo em criar algum novo imposto em substituição à CPMF a fim de garantir dinheiro para Saúde, enquanto o consenso geral é que não há falta de dinheiro, mas há a falta de gestão mais apropriada dessa receita. O outro aspecto da questão é o empreendedor que, apesar de cumprir as obrigações como pagamento de salários, horas extras, compensação de banco de horas, encargos, férias, décimo terceiro etc., na hora da rescisão

do contrato de trabalho, além de multa sobre fundo de garantia e demais obrigações, deve haver homologação pelo sindicato da categoria, delegacia do trabalho e, no final, o empresário ainda tem o risco do surgimento de alguma pendência judicial.

A experiência da contratualização para a venda de serviços em Saúde, na alta complexidade ao Governo do Estado de São Paulo, apresentada por Marcos Fumio e os enfrentamentos legais apontados por Eriete deixam para nós, acima de tudo, a necessidade da reflexão.

As reformas na gestão do trabalho na esfera pública - a exemplo dos modelos de contratualização da gestão dos hospitais do Estado, mantidos com as Organizações Sociais de Saúde, OSS - vêm mostrando melhor resolutividade nas intervenções e serviços, mudanças nas competências gerenciais, mudanças nas organizações do trabalho, exigência por qualidade e produtividade, mudanças nas

formas de contratação da força de trabalho com ênfase na avaliação contínua do desempenho.

Segundo Gonzalo Vecina Neto, são notáveis as diferenças nos resultados operacionais entre os hospitais com Administração Direta do Estado comparado com aqueles administrados pelas OSS. Até que ponto este avanço corre o risco de ser bloqueado pelas questões das relações trabalhistas?

Vejam a seguinte situação: não há hematologistas, oncologistas, pneumologistas, reumatologistas para todos os serviços de Saúde do Brasil poder contratar. Alguma novidade deverá aparecer em termos de legislação para poder legitimar a relação de prestação de serviços sem a obrigação de vínculo trabalhista.

Precisamos de alternativas para suprir as necessidades de serviços em todas as áreas da economia e, na área da Saúde, garantir melhor qualidade e eficiência dos serviços procurados pelos brasileiros.

Obstáculos legais na área da Saúde

Eriete Ramos Dias
Teixeira

Gerente do Departamento
Jurídico do SINDHOSP e
assessora jurídica da
FEHOESP

PRETENDO

apresentar aqui o trabalho que realizamos na Comissão Tripartite Regional da NR-32 e como é que a terceirização chegou até essa comissão. O Sindhosp tem 71 anos de existência, foi fundado em 1938 e o nosso atual presidente é Dante Ancona Montagnana. O sindicato representa cerca de 25 mil estabelecimentos de Saúde em todo o Estado de São Paulo.

Para atender a essa gama de estabelecimentos, temos escritórios em Bauru, Campinas, Santo André, Santos, São José do Rio Preto, São José dos Campos e Sorocaba. Temos, também, um escritório político em Brasília. Contamos atualmente com setenta funcionários, todos em regime de CLT e, no ano de 2002, foi fundada a Federação dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde e Laboratórios de Pesquisa e Análises Clínicas do Estado de São Paulo, que hoje é a nossa Federação. Anteriormente, éramos filiados a Federação Nacional dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde, que foi a primeira federação na área de Saúde. Os sindicatos que integram a nossa federação estão localizados em Mogi das Cruzes, Suzano, Jundiaí, Ribeirão Preto, Presidente Prudente, além do SINDHOSP, que é situado em São Paulo.

E a nossa história da terceirização começa com a publicação da Portaria 484, do Ministério do Trabalho e Emprego, que instituiu a NR-32, norma sobre segurança e Saúde ocupacional, na área de Saúde, junto à Portaria que trata das questões relacionadas à Saúde ocupacional de todos os trabalhadores do País. E o item 32.11.3 dessa norma regulamentadora previu a criação da Comissão Tripartite Nacional da NR-32 e das Comissões Tripartites Regionais da NR-32 e São Paulo foi o primeiro estado da federação a instalar essa comissão. Isso aconteceu em junho de 2006 e fomos convidados a representar o setor patronal não filantrópico nessa comissão.

A Comissão Tripartite é formada por representação governamental, por representação dos trabalhadores e por representação dos empregadores. Isso é uma exigência

constitucional, não é uma benesse que o Estado nos faz. O Artigo 10 da Constituição Federal exige que assim seja, assegurando a participação de trabalhadores e empregadores nos órgãos colegiados em que há discussão de interesses das categorias econômicas e profissionais, inclusive no âmbito previdenciário.

Em 2007, foi criado o grupo especial de combate à terceirização irregular. Havia uma ação do Ministério do Trabalho e do Ministério Público do Trabalho que estavam fiscalizando vários setores de atividade econômica com relação à terceirização de serviços; e o setor de Saúde, porque já tinha essa comissão instalada e já estava funcionando foi alvo dessa iniciativa. O Ministério do Trabalho resolveu criar esse grupo especial para estudar a terceirização de serviços na área de Saúde.

Foi, assim, formado esse grupo, com a participação de auditores fiscais, representação dos trabalhadores e representação dos empregadores. O primeiro foco foi a contratação de trabalhadores por meio de cooperativas de mão de obra, especialmente na área de Enfermagem. Mantivemos debates durante 9 meses, envolvendo muitas reuniões e discussões sobre o assunto. A intenção do Ministério do Trabalho era que se formasse um pacto coletivo visando coibir a contratação de trabalhadores por meio de cooperativa de mão de obra em qualquer campo de atuação dentro de hospitais, clínicas e laboratório. Fizemos três assembleias com a nossa categoria e não foi autorizado que o Sindhosp fizesse qualquer tipo de pacto nesse sentido. O Sindhosfil, sindicato que representa as instituições filantrópicas, também consultou a sua categoria e recebeu a autorização. E o Sindhosfil acabou por assinar o

pacto, segundo um modelo no qual as empresas tinham a opção de aderir a esse pacto e em um determinado número de meses ou de tempo, elas iriam fazer a mudança na forma de contratação, de cooperativa ou de terceirizados, para o regime celetista.

Em fevereiro de 2009, fomos novamente convocados para uma reunião no Ministério do Trabalho e Emprego e, dessa vez, o objetivo era a criação desse grupo de estudos sobre terceirização irregular na área de Saúde. O foco desse trabalho, como foi possível perceber ao longo do tempo, era a área médica, principalmente o serviço médico contratado por meio de pessoas jurídicas. Para a formação desse grupo houve a ampliação de componentes. O ministério do Trabalho e Emprego

Houve um *boom* de cooperativas, sempre em função do problema custo

indicou seus auditores fiscais para integrar o grupo. Houve representação de todas as centrais sindicais – a CUT, a UGT e a Força Sindical; a representação dos empregadores ficou com o Sindhosp e o Sindhosfil; a participação do Conselho Regional de Medicina, a participação do Conselho Regional de Enfermagem, do Sindicato dos Médicos de São Paulo e a participação de algumas pessoas da Faculdade de Direito do Largo São Francisco, que compuseram também esse grupo. Os representantes da USP eram dois doutorandos em Direito do Trabalho e o professor Nelson Mannrich, que é titular desse departamento na Faculdade de Direito da USP.

Tivemos debates de fevereiro até junho, cada uma das partes apresentou a sua idéia sobre o assunto, o que estava fazendo. O Conselho Regional de Medicina apresentou uma pesquisa a respeito de contratação de médicos por meio de cooperativas. Os sindicatos patronais apresentaram como era o funcionamento de um hospital, como funciona uma unidade de Saúde, porque percebemos que nem o ministério do Trabalho, nem o Ministério Público tinham a exata consciência do funcionamento de uma entidade de Saúde. Levamos uma pessoa especialista no assunto, que trabalhou muitos anos em hospitais, que trabalha na área de Saúde e que pode então mostrar como funciona o setor, como é que se contrata, como é que se recebe, como é a relação com as operadoras de plano de Saúde, como é a relação com o SUS. Enfim, fornecendo uma visão global do funcionamento de um estabelecimento de Saúde.

A idéia, tanto do ministério Público, quanto do ministério do Trabalho era que houvesse celetização de médicos nas áreas de pronto-socorro, ambulatório, unidade de terapia intensiva e nas equipes de anestesiologia. Não chegamos a um acordo. Dessa vez, nem os filantrópicos, nem os não filantrópicos aceitaram qualquer tipo de pacto em função da importância do assunto e do reflexo que esse assunto poderia trazer ao segmento de Saúde.

Em razão disso, o ministério do Trabalho e o Ministério Público nos solicitaram que organizássemos um evento com a categoria para que todas as partes que compuseram esse grupo pudessem apresentar a sua visão do tema e que principalmente o ministério do Trabalho e o Ministério Público pudessem falar quais seriam as conseqüências a partir de então.

Em agosto de 2009, realizamos um evento na Faculdade de Direito do Largo São Francisco, com a participação de 480 pessoas. Tivemos a presença de representantes do ministério do trabalho e do Procurador responsável pela área de fiscalização do Ministério Público; a participação do Dr. Almir Pazzianoto, que falou pela classe patronal; a participação das centrais, do CREMESP também, que apresentou a sua pesquisa. Foi um evento em que todas as partes puderam se

posicionar.

Não recebi no sindicato nenhuma informação de que houvesse nova fiscalização ou uma forte fiscalização sobre as empresas. Mas, o fato é que, principalmente na questão dos trabalhadores da área de enfermagem, há até uma sintonia nossa com a posição do Ministério do Trabalho: é muito difícil descaracterizar o trabalho do profissional de enfermagem como não celetista. Precisa ter características muito próprias para isso e a prova é muito difícil. Há até uma sintonia, mas, mesmo assim, preferimos não firmar nenhum pacto, porque sabemos das dificuldades que o setor de Saúde enfrenta para a administração dos seus negócios.

Mas, o fato é que na área médica, como em qualquer outra área, a contratação pode ser feita pelo regime CLT, que é o mais seguro, pelo menos na atualidade, por meio do contrato de prestação de serviços, por contrato de autônomo e pelas das cooperativas.

O autônomo é um contrato mais esporádico: é realizado por pessoa física e tem mais risco, pois, conforme o entendimento judicial, pode realmente caracterizar um vínculo de emprego, então é o menos indicado.

A partir de 1994, tivemos, com a introdução do Artigo 442 da CLT, com um parágrafo único que prevê não haver vínculo de emprego entre

a cooperativa e o cooperado; e entre o cooperado e o tomador de serviços para nenhum tipo de atividade. Houve um entendimento – equivocado, ao meu ver – de que qualquer tipo de trabalho poderia ser contratado por meio de cooperativa. A partir daí, houve um *boom* de cooperativas em nosso mercado, principalmente no de Saúde, sempre em função do problema custo. Dessa forma, é preciso que as empresas tomem muito cuidado com essa questão da cooperativa, pois existem as falsas cooperativas. Recebemos notícias de empresas que demitiram o seu corpo de funcionários, solicitaram a eles que fundassem uma cooperativa e que essa cooperativa então seria contratada para a seqüência da prestação de serviço. Evidentemente, isso é uma fraude, que não dá e não poderia dar certo. Mas, existem as cooperativas legais. Ninguém pode negar que as *Unimeds* são reconhecidas, por todo o mercado, como cooperativas legais.

O contrato de prestação de serviços tem previsão legal. Ele está nos artigos 593 e seguintes do Código Civil.

E o vínculo de emprego, o regime celetista se apresenta e é reconhecido quando há os elementos que estão previstos no Artigo 3º da CLT: personalidade, subordinação, hierarquia e pagamento de salário. Isso acontece principalmente quando há trabalho permanente, quando é sempre a mesma pessoa que vai prestar aqueles serviços e por isso que o pessoal da área de Enfermagem é mais difícil descaracterizar um vínculo de emprego.

Já o trabalho do médico tem características muito próprias. Ele trabalha em regime de plantão. Hoje temos equipes muito especializadas. Toda a equipe médica, assim como qualquer serviço de Saúde que esteja sob a responsabilidade de um médico, tem que estar inscrita no Conselho de Medicina e tem que seguir as normas do Conselho Federal de Medicina. E o médico tem a sua visão muito voltada para o paciente. O médico não tem muita visão dos problemas administrativos, ele está preocupado com o problema do seu paciente e o resto a unidade de Saúde é que tem que resolver.

Entendemos que hoje há necessidade de uma regulamentação para o serviço terceirizado. Existem vários projetos de lei em tramitação, tratando desse assunto. Defendemos o Projeto de Lei 4302, de 1998, não porque seja o de melhor redação, mas porque é um projeto que está num estágio avançado, pronto para ser levado ao plenário da Câmara para ser votado. Ele é, neste momento, o melhor projeto para se trabalhar no sentido da regulamentação da terceirização. E, hoje, o que fundamenta toda a visão do Judiciário é a Súmula 331, do TST. Esta não atende plenamente todas as atividades atualmente existentes na economia do País, principalmente na área de Saúde. É uma sumula que tem conceitos que não estão claros, como os de atividade meio e atividade fim. O Item 3, do Enunciado 331

diz “não forma vínculo de emprego com o tomador a contratação de serviços de vigilância, de conservação e limpeza, bem como a contratação de serviços especializados ligados à atividade meio do tomador, desde que inexistente a pessoalidade e a subordinação direta”. Em nosso ramo, surge a seguinte discussão: mas o hospital exerce uma atividade médica, de atendimento médico ou de fornecimento de espaço físico, materiais e equipamentos e pessoal para que o médico possa trabalhar? Isso tem causado muitos conflitos na jurisprudência, com decisões contraditórias, às vezes em processos bastante semelhantes.

A súmula trata da questão da responsabilidade subsidiária. Essa é uma discussão também muito freqüente. Quando se trata da discussão da terceirização, quem é que deve se responsabilizar no caso de não pagamento pelo prestador de serviços? Esse é o grande *imbróglio*, a razão pelo qual o PL-4 302 ainda não entrou em pauta, porque os trabalhadores querem a responsabilidade solidária e os empresários querem a responsabilidade subsidiária. Assim, tenta-se negociar alguma coisa que possa fazer com que esse projeto caminhe e vá à plenário para votação.

Os hospitais, por sua vez, têm uma natureza peculiar na atividade e podem se relacionar com os médicos de várias formas e aí o próprio profissional muitas vezes não deseja ser celetista porque tem outras atribuições, outros trabalhos, outros interesses – e isso tudo cria conflito dentro da unidade hospitalar.

No que diz respeito aos conceitos de atividade fim e atividade meio, não temos parâmetro legal que defina isso claramente. E para que a terceirização seja válida é preciso que não haja subordinação; que não haja controle de horários; nem pagamento de salários; e não podem existir ordens de serviços diretas. É necessário o cumprimento de algumas normas, como está no próprio Código de Ética Médica: o seu Artigo 25 permite que o médico atue em qualquer hospital, mas ele tem que se subordinar a algumas regras de administração, embora ele tenha total autonomia no exercício da sua atividade.

E, além disso, existe um problema que até já foi fruto de uma discussão em uma ação judicial, que é a questão do regimento interno do corpo clínico, que são resoluções do CFM. O próprio corpo clínico é que traça as suas regras de funcionamento, elege o seu diretor clínico, admite, decide sobre quem deve ingressar ou não no corpo clínico. Ele faz ingerência, no caso de hospitais, na contratação de planos de Saúde. Ele tem essa prerrogativa, talvez os médicos nem saibam, mas há uma resolução do Conselho que dá essa prerrogativa ao corpo clínico. Tudo isso são questões que na hora do exame de uma ação judicial acabam também sendo levadas em consideração pelo juiz no julgamento do processo. Evidentemente, essa é uma atividade que não se compara nem com a indústria e nem com o comércio, que foi o foco principal tanto da CLT, quanto da questão do regramento da terceirização, quando da elaboração do enunciado 331 do TST.

O hospital é um centro de Saúde extremamente complexo: reúne profissionais especializados das mais diferentes áreas, não é só da área médica. O hospital precisa do farmacêutico, do engenheiro, do matemático, do físico, enfim, de todas as profissões. Tivemos conhecimento de um trabalho que informa que um hospital necessita, para o seu regular funcionamento, de cerca de 190 profissões regulamentadas. Como se vê, trata-se de um centro bastante complexo, muito diferente de outras atividades econômicas. E, por essa razão, a Súmula 331 é absolutamente inadequada para o setor de Saúde.

Não pretendo entrar na questão da forma de remuneração: SUS, convênios, alguns pacientes particulares, hoje muito raros tanto para médicos, como para serviços de Saúde. O médico é remunerado através de repasse do SUS. Antigamente tínhamos dois códigos pelo SUS: o 4, de profissionais contratados, celetistas; e o 7, de médicos autônomos. Hoje o SUS só trabalha com o código 4, ele só faz o repasse através do estabelecimento de Saúde.

Repasse dos convênios, que também ao longo do tempo adotou esse tipo, essa

forma de pagamento; e também paciente particular é bastante raro. Forma de internação eletiva. Essa é mais simples: o médico atende o seu paciente no consultório, encaminha para um hospital onde vai fazer a cirurgia. Há um elo mais direto do paciente com o médico e do médico com o plano de Saúde. E a internação via pronto-socorro. Essa sim, tem gerado bastante conflito, demandado várias ações, por vezes entendendo o judiciário que há vínculo de emprego, e por vezes entendendo que não, conforme o tipo de contratação e conforme o trabalho desenvolvido pelo próprio médico.

Em texto publicado no jornal *O Estado de S. Paulo*, de 29 de setembro de

O próprio corpo clínico é que traça as suas regras de funcionamento

2009, um artigo do professor José Pastori e do advogado Luis Carlos Amorim Robertela, sobre insegurança jurídica na área trabalhista. Segundo esse artigo, o Banco Mundial fez uma pesquisa com 183 países cujo tema foi condições para fazer negócios. O Brasil ficou em 129^a. lugar na contagem global. Os dados coletados: facilidades ou dificuldades para abrir, fechar, ou administrar empresas; para obter crédito; para registrar propriedades, para cumprir contratos e fazer cumprir os contratos assinados; e seguir regras tributárias e trabalhistas. Em relação a estas, a nossa colocação foi pior ainda: 138^a. lugar, de 183 países. Os motivos: despesas com contratação são elevadíssimas. O custo médio de uma contratação celetista é de 102,43%, segundo o Professor José Pastore. Há uma enorme insegurança jurídica. Isso é visível, basta pegarmos as decisões judiciais, que são absolutamente contraditórias, inclusive, por vezes, pronunciadas pelo mesmo juiz.

As nossas leis são muito mal escritas. Acho que nem precisaria constar isso porque todo mundo sabe disso, basta pegar qualquer legislação hoje: a gente vê a dificuldade e as inúmeras interpretações que ela gera. Há uma certa interferência também, segundo essa pesquisa, do ministério do Trabalho e do Emprego e do Ministério Público do Trabalho nas relações de trabalho; e apesar da constituição ter outorgado aos sindicatos o direito e o dever de negociar, há um total desrespeito e desestímulo às relações coletivas. Isso é uma realidade. Não se aceita aquilo que foi negociado, essa que é a verdade. Isso afasta os investimentos, segundo o Prof. José Pastori, aumenta o custo de produção e afeta a competitividade das empresas. Vemos isso claramente no Brasil. É um país legalista, tudo aqui tem que ser legislado.

Assistimos agora a discussão sobre a redução da jornada de trabalho. É um tema que está na Constituição Federal. Nós temos uma PEC reduzindo a jornada de trabalho para quarenta horas, sem contar com a legislação esparsa, inclusive da nossa área, que reduz jornada e cria vários pisos salariais, trazendo uma questão a mais para os administradores, quando essa matéria deveria simplesmente ser negociada. Basta deixar que cada setor econômico, que cada Estado, que cada região do País vá acertando seus limites, de acordo com a necessidade de cada setor. E esse desrespeito leva a uma ausência de negociação coletiva. Hoje existe muita dificuldade em negociar com sindicato de trabalhadores, porque tudo se obtém através do legislativo, através de fortes *lobbies* no Legislativo.

Não somos contrários à CLT, ao contrário, orientamos as empresas conforme o comando legal, mas entendemos que há absoluta necessidade de uma revisão da legislação, para a adequação a uma atividade que tem características tão próprias, como é a atividade de Saúde.

O caso do ICESP

O ICESP É uma Organização Social de Saúde (OSS), não é uma autarquia, nem uma Administração Direta, apesar de fazer parte do complexo HC FM-USP. O HC, com seus cinco hospitais e auxiliares são uma autarquia e por meio de um convênio da Fundação Faculdade de Medicina, que é uma fundação de apoio ao HC; no ICESP, a Fundação assumiu um papel de gestor ativo primário, de linha de frente e assinou um contrato com a Secretaria no modelo OSS – um contrato de metas.

O projeto nasceu em dezembro de 2007. Imaginava-se um *Instituto Doutor Arnaldo* voltado para a saúde da mulher. Há dois anos havia um grupo do HC estudando o tema *Saúde da Mulher* e passado esse período, em dezembro de 2007, recebemos uma encomenda, vinda do governo estadual, de converter a finalidade do prédio, que estava inacabado – na verdade só estrutura externa estava pronta – para o tema câncer, e inclusive o nome seria IOSP – Instituto de Oncologia do Estado de São Paulo. O governador achou que *oncologia* era um termo muito complicado para a população e convertemos para *câncer*.

Tivemos quatro meses de planejamento e execução dos primeiros trabalhos e, infelizmente, não conseguimos aproveitar muito material dos dois anos de trabalho do HC. A inauguração foi em 5 de maio de 2008. Naquele momento não se sabia se era OSS ou não. Existia uma indefinição política; ainda estava tentando se fazer o modelo de Administração Direta, com orçamento passado para o sistema HC. E nessa indefinição, acabou se passando quase oito meses. Então o recurso era praticamente transferido para o HC que adquiria medicamentos, materiais e transferia fisicamente para o prédio do ICESP. Eu não tinha gestão muito ampla desse processo e as compras eram trimestrais. Havia uma série de dificuldades, principalmente envolvendo as licitações. A ativação, nesse período de maio de 2008 até dezembro e janeiro de 2009, foi bastante complicada.

A primeira leva de pacientes veio do InRad – o Instituto de Radiologia tinha Oncologia Clínica junto com a Radiologia – e, ao longo dos meses, chegou a proposta de OSS com contrato de gestão, com um mecanismo de agilidade e mais liberdade de gestão. E testar, submeter o modelo OSS a um desafio: ter o primeiro hospital superespecializado, de nível terciário até quaternário, dentro da OSS, porque basicamente as 25 OSS hoje existentes no Estado são de hospitais secundários, gerais – com perfil geral ou de estruturas UBS. E a Fundação se converteu, candidatou-se a virar uma OSS. Realmente conseguiu esse título, o contrato foi assinado em janeiro e a verba de custeio inicial sobre o contrato foi em fevereiro. Digo que, apesar do ICESP ter muitos meses, só tive liberdade completa para administrar em modelo OSS esse ano, no começo desse ano.

Assim, o conceito do ICESP desde dezembro, daquela época de 2007, era ser a maior instituição voltada ao câncer e o segundo lugar do ocidente. Existe o *MD Anderson*, no Texas

(EUA), que é o primeiro. O foco é em modalidade ambulatorial, ao invés de focar internação para oncologia, porque muitas vezes a quimioterapia ambulatorial é o principal braço terapêutico e a radioterapia, que não exige internação.

Os médicos vêm da Faculdade de Medicina, a qual a Fundação fechou um convênio de assistência, pesquisa e ensino; um sistema diferente do que está vigente em muitas estruturas universitárias, onde especialidades dominam um leito. Na verdade você não pode colocar outra patologia daquela disciplina num leito que pertence a uma outra disciplina. Nós não temos isso. É um sistema totalmente rotativo de leitos priorizado, com demarcação parcial – por perfil clínico, perfil cirúrgico e, eventualmente, o clínico pode invadir o perfil cirúrgico e tudo mais. Até brincamos dizendo que são *feudos* – estruturas imobilizadas, porque mesmo leito vazio você não consegue, eventualmente aproveitar.

Existe atenção completa a todas as áreas de apoio do câncer: reabilitação física e psíquica, fonoaudiologia, suporte ao paciente e acompanhante, radioterapia e radiologia. O conceito é ter tudo em um; que o paciente não tenha que se deslocar na fase aguda, para nenhum outro bairro, ou estrutura, ou estabelecimento de Saúde; de referência ou contra-referenciar para rede SUS. Temos um PA, que é praticamente um consultório que atende pacientes sem agendar hora, que é só para aqueles que estão em tratamento ativo. Isso significa que é diferente do HC, que tem um PS porta aberta. Ele é um PA fechado, que a gente nem divulga; só os pacientes em tratamento é que conhecem e podem, numa descompensação, comparecer a esse PA.

Prontuário eletrônico, através de um sistema chamado *Tasy*, que foi adquirido por praticamente um milhão e meio de reais. Está sendo instalado agora, nesse momento, um banco de tumores; o maior parque radioterápico do Brasil, com seis máquinas de aceleradores lineares, mais uma braquiterapia – todos 3D, *multileaf*, CT simulador *multislice*. E uma área para pesquisa, metade de um andar só para pesquisa.

O contrato OSS tem metas quantitativas e qualitativas, tem uma parte fixa do custeio, dinheiro para pagar salário, insumos, materiais e serviços. A parte variável depende de alguns compromissos de metas assistenciais. A grande dificuldade hoje é conciliar, por exemplo, desejos de pesquisa e desejos de ensino do corpo clínico ou da faculdade com o contrato, que nada prevê nessa parte, só prevê assistência. Tenho que entregar a assistência dentro do mês contratado,

acordado com a Secretaria. Esta compra, literalmente, serviços do ICESP. Estou obrigado a entregar aquele volume. Se eu prometi que entregaria 350 cirurgias naquele mês, tem que ser 350 cirurgias; senão sou penalizado nesse montante, que vai de 10% a 30% de penalização do custeio para o mês seguinte e a apuração é feita a cada trimestre. Assim, se não atinjo meta eventualmente num mês, posso ir compensando nos outros meses, ou fazer uma folga de assistência e compensar demandas futuras. Esse é o mecanismo. Mais a parte qualitativa, que é tudo ou nada - fez ou não fez - e isso muda a cada trimestre. Ou seja, muitas CCIH, muita farmacovigilância. Uma vez cumprido, o tema pode trocar. Ou então: monte uma comissão para padronização de quimioterápicos - uma série de metas qualitativas vão chegando a cada trimestre, e você vai cumprindo e vai entregando; vai entregando como o processo clássico de cenoura na frente do cavalo.

Essas são as micrometas de produtividade que acordamos com a Secretaria. Quando digo num mês que vou abrir uma sala cirúrgica a mais, a Secretaria automaticamente me exige mais cirurgias. Então, cinco dias por semana, doze horas por dia de funcionamento, três cirurgias por sala que tenho que entregar. Isso multiplicado pelo número de dias úteis dá o volume adicional que tenho que entregar. Em contrapartida, a Secretaria me envia um volume suficiente para contratar esses funcionários, operacionalizar esses centros cirúrgicos, mais um adicional para farmacêuticos, enfermeiros; administrativo para mobilizar OPME etc. A gente fez uma espécie de *combo*, uma estrutura de RH etc, que necessitamos para cada pedaço de ativação, como se fosse um pedido em uma rede de lanches; você já sabe o que pedir, isso tem um preço, tem um valor e eu vou solicitando isso mês a mês.

Em relação às metas, preciso ter 80% de ocupação, uma média de permanência de internação cirúrgica de dez dias ou menor; UTI, máximo treze dias; cirurgias eletivas nesse volume; quimioterapia são 2.2 aplicações de quimioterapia (sessões) em cada poltrona; consultas médicas nesse ritmo. Parece ser fácil, duas consultas por hora, mas 60% dos pacientes oncológicos são idosos, na faixa de 50 a 70 anos; com problemas de audição, de locomoção, cadeiras de rodas, o não entendimento da orientação médica, mais de dez itens de prescrição em quase todos os pacientes. Então é muito difícil o médico fazer uma consulta num ritmo de cinco por hora, como foi cobrado anteriormente - porque as OSS cumprem cinco consultas por hora.

A nossa inspiração é o hospital *MD Anderson*. O diretor clínico, o Professor Dr. Paulo Hoff, esteve lá, onde lecionou e atuou. No retorno ao Brasil, colocou este modelo: o funcionamento desse hospital se dá com um parque radiológico gigantesco, com quase 600, 700 leitos hoje e todo ano eles ampliam. São números gigantescos: área, estrutura, número de médicos, volume assistencial, cifras bilionárias. Logicamente, nós temos quase tudo igual, a gente só quer ter metade deles.

O ICESP tem 28 andares: quatro para cima, quatro subsolos; 124 consultórios, 486 leitos, sendo 360 de enfermaria, 91 de UTI, 30 de hospital-dia; cinco salas de cirurgia ambulatorial. E duas salas também no térreo; 22 salas cirúrgicas, com RPA acoplado; 100 poltronas de quimioterapia, seis aceleradores lineares; e o HC possui mais três, totalizando nove; quatro ressonâncias magnéticas, sendo um de 3 tesla com aplicação de uma tecnologia que chama EXABLADE, que direciona ondas para o tumor, eleva a temperatura do tecido e queima o tumor, que é uma modalidade que futuramente provavelmente substituirá radioterapia, porque é muito difícil ter equipamento radioterápico. É um *efeito* da ressonância que eles aproveitaram para queimar o tumor literalmente. São oito tomógrafos, 19 aparelhos de ultra-som, dois PET-CT, um SPECT-CT, dois kits mamodigital, ultra-som de mama de intervenção, quatro raios-x digitais e dois angios digitais de intervenção dentro do ambiente cirúrgico.

Quando assumi, em março de 2008, o prédio estava em condições ruins, com fios para fora, teto caindo, vazamentos e tudo o mais. Tivemos quatro meses para adequar algumas estruturas. Foi um desafio fazer isso em algumas semanas. E o volume assistencial foi crescendo muito rapidamente, porque era o ritmo que foi pedido pela Secretaria. Em maio, começamos a atender com quatro mil atendimentos, foi aumentando para sete; e em agosto começamos internação, UTI e algumas cirurgias em novembro - o prometido foi dezembro, mas um mês antes conseguimos fazer uma cirurgia.

São 57 mil procedimentos acumulados em 2008 e em 2009, de oito mil, doze

Mesmo os médicos da USP não têm um consenso sobre o que é paliativo, o que é *hospice*

mil, até quinze. Havia uma promessa de com um ano de ativação teriam que ser entregues cem mil procedimentos acumulados. Essa era uma meta não contratual e conseguimos entregar uma semana antes, na última semana de abril cem mil procedimentos. E agora já me entregaram a encomenda de duzentos mil procedimentos acumulados desde o início, até dezembro. Então esse é o ritmo.

Meta global. Internação, em agosto, cumprido. Primeira cirurgia em dezembro e fizemos em novembro; cem mil atendimentos, cumprido; duzentos em dezembro, vamos cumprir. Temos que ativar 250 leitos de enfermaria e estou com 190 hoje; 34 leitos de UTI hoje, para entregar 50 ativados em dezembro; radiologia completamente ativa em dezembro de 2009 e radioterapia, ligando as máquinas, em janeiro de 2010 e 100% de ativação completo em maio do ano que vem.

Uma coisa que nós já sabíamos, alertados pelo Professor Dr. Paulo Hoff: uma boa parte das internações seria de perfil paliativo. Existe uma série de conceitos do que é paliativo - o *hospice* - não é muito comum no Brasil. Mesmo os médicos da USP não têm um consenso sobre o que é paliativo, o que é *hospice*. Mas, enfim, de fato, quando a gente foi ativando os leitos de perfil clínico, porque são só os perfis clínicos, fomos verificando uma subida da taxa de ocupação, de modo que até a troca do lençol estava ficando muito difícil para alguns pacientes, pela taxa de ocupação alta. Não que não haja gente para trocar os lençóis, desculpe, é que estava muito difícil rodar o leito.

E como fazer então para girar mais rápido os leitos e cumprir a meta de até dez dias de tempo médio de internação como meta? Não podemos passar. Não podemos ter onze, mas dez, nove, oito para baixo.

Dez a 15% dos pacientes internados estavam na situação de sem alternativa terapêutica; não podíamos fazer mais radioterapia, nem quimio, nem cirurgia - casos metastáticos, metástases cerebrais etc. A média de permanência global estava bem difícil, bem difícil - perto da penalização. Toda vez suávamos para ter esse número encostando nos dez dias; clínico com quinze dias e piorando, cirúrgicos ajudando a puxar para baixo, com 7, 9 dias. Inclusive começamos a alterar o *case mix* da cirurgia para próstata que é mais rápida, com um ou dois dias de internação para poder puxar essa média para baixo.

Tenho que cumprir, metas de permanência, então esse paciente paliativo, com baixa demanda da estrutura - porque basicamente é feita uma terapia de alívio de dor - uma necessidade intensa de psicoterapia, E o problema, gente, não é o paciente, é o familiar que precisa - às vezes o familiar precisa mais do que o

paciente. Então, há um componente *plus*, ao qual não estávamos muito acostumados, que chama acompanhante, familiar, que nos demanda muito. E nossas rotinas de visita de psicólogo, serviço social, toda uma equipe de fisioterapia, que não estava conseguindo atender bem esse público paliativo, porque às vezes não é o paciente que precisa, é o familiar.

Horário de visita livre e liberação são critérios que nós praticamos no ICESP pelo grupo de humanização

Inadequação estrutural, porque é preciso girar o leito. Tenho porte, dois, três rodando de cirurgia e tinha leitos travados por pacientes em situação de paliativos. Então, nasceu um projeto, chamado *Projeto Paliativos*, do grupo de humanização que está no ICESP. É um grupo multiprofissional, com médicos, enfermeiros e vários outros tipos de profissionais.

Em março de 2009, fizemos a definição de *Cuidados Paliativos*. Várias reuniões com corpo clínico, com o grupo do Dr. Toshio do HC, para definir o que é paliativo. Ele dava uns exemplos assim: UTI, a função é ressuscitar, estabilizar, tentar salvar a vida do paciente clinicamente. Paliativo, o que eu é? Aliviar o sofrimento, melhorar a qualidade de vida, a morte. Ai, os médicos falaram: *Mas eu não aprendi isso. Eu aprendi a operar. O negócio é operar, abrir a cabeça, enfim, tem que fazer de tudo. Mesmo que um quimioterápico não funcione, tem um artigo que fala que o tumor diminui dois milímetros e dá uma sobrevida de dois meses. Vamos tentar?* Respondemos: *Não. Eu não tenho verba para isso, eu tenho verbas limitadas.* Isso foi uma fase difícil, muito difícil. Muitos profissionais rodando - e, às vezes residentes - que não querem saber. Ele quer ir lá, treinar uma técnica e ir embora. Isso foi muito difícil.

A OMS, em 2002, defende que *Cuidados Paliativos* é uma abordagem que incrementa a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrenta o problema da doença grave, através da prevenção do sofrimento; identificação precoce e avaliação correta do tratamento da dor e problemas físicos, psicossociais, espirituais. Nós contratamos um padre também no ICESP, fixo, praticamente estacionário, porque é necessário.

A premissa era buscar o serviço fora, porque nas proximidades não tem outra estrutura, a estrutura interna é muito cara. A clínica médica montou uma equipe de médicos *paliativistas*; a coordenação médica deveria ser pelo ICESP, mesmo que a gente comprasse serviço fora, coordenação multiprofissional idem; e vamos *protocolizar* tudo que é feito aqui dentro para replicar fora, e a gente compra os serviços. E não poderia ter um processo de disputa de vagas com outros hospitais que demandariam esse tipo de leito, então não seriam leitos travados para o ICESP.

E o segundo cenário era: “vamos agilizar essa solução”, porque cerca de 80% de ocupação estava realmente inviável; metas estavam sob risco; o grupo de humanização passou de buscar fora, fazer acordo sem pagamento, para “comprar fora”. Consultamos a Secretaria e a Central de Gerenciamento de Contratos de Saúde, que contra as OSS, sugeriu verificar, consultar as outras OSS. Teve um evento também, em Itu, em que a alta cúpula das OSS se reuniram para fazer um *benchmarking*. Aproveitamos esse momento para perguntar: “alguém não tem leito sobrando?” Ai nasceu a idéia: vamos fazer um projeto especial, todo mundo junto, com o São Camilo. É uma estrutura superinteressante. Parece um sítio, em

Cotia. Não é tão longe de São Paulo: Raposo Tavares, km 50, com estrutura: médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos - toda uma equipe completa, bem servida, jardim com flores, é muito especial. A gente ficou bastante animado. Esse time, junto com o pessoal multiprofissional, fez vários protocolos: médicos, não médicos, fluxos ideais, como comunicar, como fazer com o serviço social.

E definir o perfil de pacientes; presença de doença neoplásica, progressiva, incurável; falta de possibilidades razoáveis de resposta no tratamento; inúmeros problemas múltiplos, como metástase, imobilização física, por exemplo, é um dos critérios; impossibilidade de cuidados em domicílio, tanto pela parte social, vulnerabilidade social. Esse é o perfil ideal do paciente de *paliativos*.

Funcionamento: 24 horas, quarenta leitos alugados, individuais, com dois leitos, um para o acompanhante; banheiro. Imaginamos uma média de 36 dias de média de internação, com variações esporádicas. Esse é o foco. Todo um cuidado pré, em prol do paciente; trocas de relatórios com o médico receptor de lá com o daqui, e cuidados

compartilhados e integrados. Horário de visita livre e liberação são critérios que nós praticamos no ICESP pelo grupo de humanização. O horário é bastante flexível, dieta liberada, visita de menor, controle clínico. Tudo isso foi pensado pelo grupo de humanização e entregue ao São Camilo e nós precisamos e queremos isso; o manual de *hospice*, acompanhamento diário, pré-óbito, óbito, pós-óbito, como transferir, tal. Tudo isso. Há um book de quase setenta páginas de material que produzimos.

Alinhamos as diretrizes assistenciais do ICESP com a equipe de Cuidados Paliativos que foi montada para isso. E aí a gente chegou à conclusão de que o médico coordenador do São Camilo pudesse ser alguém nosso. Então nós pedimos para que indicássemos um profissional e eles contratassem e colocassem dentro do serviço. Chegou efetivamente a ser assim.

E a divulgação interna, que também era outro desafio. Os médicos... “Olha, tenho agora uma alternativa de paliativos. O médico não lê *e-mail*, um médico não fala com o outro, médico entra lá, prescreve e vai embora. É complicado. Mas, a interconsulta começou a funcionar, fizemos um time de divulgação: *Somos da equipe do Paliativos. Não esqueçam de nós!* Então, comunicação interna, médicos, corpo a corpo, *e-mail*, formulário, preenchimento... No início de 2009 começamos o *Projeto Paliativos*. Começou agora, praticamente. Indicados 21 pacientes pelo *screening* de perfil, internados lá no São Camilo onze pacientes; houve uma recusa inicial de tempo médio de permanência de nove dias; muito óbito. A gente quer puxar um pouquinho mais, porque o tempo médio de permanência é muito curto. Até o São Camilo está reclamando: “Mas você só manda caso pré-óbito.” Eu falei para eles: “Vamos resolver.”

E aí os problemas. Médicos desconhecem o conceito, apesar de informar, não foi formado para paliativos, ele foi formado para salvar, para entrar com quimioterapia, para indicar cirurgia etc. Está havendo uma interação maior com a equipe, mas é complicado. Tem residente, que não aprendeu isso na Residência, veio de outra faculdade e tudo mais.

O transporte - e a distância - dos acompanhantes até Cotia está começando a incomodar. Estou tentando marcar uma reunião com a Secretaria Municipal para dizer: “olha, eu preciso de uma ajuda na parte de transporte, um *vale-paliativo*, um passe intermunicipal, ônibus - alguma coisa que me ajude.

Novos projetos. Logicamente há um período muito curto de apuração, não dá para falar que é um sucesso, mas já fizemos dispensação de medicamento oncológicos em local remoto; o prédio é inadequado, ele tem muito trânsito de pessoas, só tem seis elevadores, mais três e três, numa ponta. Tem um tempo de deslocamento do elevador muito grande; demora muito o elevador, então quanto menos transitar paciente para nós, melhor. E o prédio está apertado, porque antes era Instituto da Mulher, e agora virou câncer. A estrutura está apertada, precisa

de mais anatomopotológico, mais tudo; e pensamos em tirar distribuição de medicamentos do prédio. Inclusive a Secretaria falou: “Ali não é balcão de farmácia”. Então, adotamos um sistema, que chama *motoboy*, que entrega em casa, correios e o aluguel de um local. Fizemos o contrato essa semana. Havia uma preocupação com segurança, porque os medicamentos não são tão baratos assim. Entre um *notebook*, de R\$ 5 mil e um *Mabthera* de R\$ 5 mil...

Alugamos uma ex-agência do *CityBank*, uma agência bancária, com grade, maravilhoso, com tudo. Conseguimos alugar e agora a gente vai montar os guichês. Estamos chamando a prefeitura para colocar *Dose Certa* do lado, tudo mais. Vamos alugar, pagar aluguel; isso virou um projeto especial, a Secretaria bancou a idéia, depositou dinheiro para o ICESP.

E motivos: falta de espaço, locomoção dos pacientes dentro do prédio, segurança, que é um negócio interessante pegar uma parte do meu estoque e deslocar para um outro lugar - não concentrar tudo no mesmo lugar. Fluxo de pacientes e acompanhantes, que eles reclamam muito. Na Avenida Dr. Arnaldo não é muito fácil chegar, o trânsito é muito pesado.

CLT a gente está discutindo também. O corpo clínico pressionou muito a administração para virar PJ; o modelo OSS dá uma liberdade muito grande para estabelecer salário de médico, por exemplo, mas há uma pesquisa entre OSS e não posso sair dessa média. Desse modo, fazemos assim: paga-se a mais, mas se exige mais. Mas surgiu essa questão do PJ. Estamos estudando o impacto financeiro, para mostrar para a Secretaria. A Secretaria exige muito que a gente terceirize. Então

a nossa recepção é terceirizada, a nossa portaria, segurança, limpeza, alimentação dos pacientes; nós temos uma administração predial, que é igual a administração predial de condomínio. Esse tipo de coisa. Terceiriza o máximo possível porque é uma “norma” da Secretaria: “terceirize sempre o que for possível.” Provavelmente eles olham toda nossa grade de custeio e acompanham o que está sendo convertido de RH para serviço. RH, hoje eu tenho 1800 funcionários, com a expectativa de

Hoje tenho 1800 funcionários, com a expectativa de chegar a 3500

chegar a 3500. Se continuarmos terceirizando nesse nível. O *helpdesk* é terceirizado, montagem de computador é uma empresa que faz, implantação de sistema é terceirizado, nossa internet é terceirizada. Terceirização completa, só a gente não terceiriza áreas fins - enfermeira, psicóloga, os médicos que ainda estão CLT, e o diretor executivo e afins ainda não estão terceirizados.

Nós estamos discutindo isso sim porque sabemos que atender só SUS faz com que dependamos de verbas governamentais em 100%. Então, como deixar isso bem calçado, com o menor custo possível ao longo do tempo?

Juracy Parente

Coordenador do GVcev da FGV-EAESP e co-coordenador do Programa de Responsabilidade Social e Sustentabilidade em Varejo da FGV-EAESP

Tendências na Comercialização

ESTE DEBATE conta com três participantes. Em primeiro lugar, Alexandre Ribeiro, que tem uma enorme experiência e é graduado em Administração de Empresas pela Universidade de Pernambuco, possui especialização em Economia e MBA em Gestão Empresarial pela FGV. São cerca de quinze anos de atuação no varejo, em empresas como *Lojas Americanas*, *Wal-Mart* e *Carrefour*.

Na atualidade, atua no *Grupo Pão de Açúcar*, na área de negócios especializados, que envolve drogaria, posto de gasolina, serviços digitais, agências de turismo – todos os negócios que vão junto ao negócio principal, que são os supermercados. Na área de medicamentos, foi responsável pela implantação de mais de 400 drogas. É membro representante do Comitê de Drogas da ABRAS (Associação Brasileira de Supermercados), junto à Câmara Setorial de Medicamentos

Na seqüência, contamos com a participação de Pedro

Eduardo Menegasso. Ele é Farmacêutico pela UNESP. Atuou pela indústria farmacêutica na área regulatória, foi também empresário na área de Farmácia. Atualmente é consultor nas áreas de Farmácia e Negócios e Diretor-Tesoureiro do CRF – São Paulo, já em segunda gestão.

Para o encerramento, contamos com Álvaro Escrivão Junior, que é Coordenador adjunto do *GVsaúde*. Ele é médico formado pela UNESP; mestre e doutor em Medicina pela FM-USP.

Pedro Menegasso

Diretor-Tesoureiro e Conselheiro do Conselho Regional de Farmácia – SP

A fiscalização da atividade farmacêutica

É MOTIVO DE orgulho para mim ter participado da construção desse novo momento que estamos vivendo na área da comercialização de medicamentos, assim como de propostas que estão sendo colocadas, pelas quais estamos trabalhando para que sejam efetivamente implementadas.

Tivemos um momento muito parecido na década de 1990, quando se começou a falar em medicamentos genéricos e todos subestimavam o tema. O ministro Jamil Haddad, à época, teve a ousadia de publicar o Decreto 793 e muitos diziam que, no Brasil, isso não iria funcionar, que seria algo absurdo, sem sentido, não tinha cabimento; e hoje o genérico é um sucesso, algo consolidado que funciona muito bem. O sistema brasileiro de medicamentos genéricos é referência e a população já se acostumou, transformou-se em realidade.

Estamos passando por um novo momento. Momento de implantar na sociedade o conceito de que a farmácia é um estabelecimento de saúde e não um simples comércio. Temos trabalhado para isso há bastante tempo.

Represento o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, que é um órgão de fiscalização do exercício da profissão farmacêutica. O CRF-SP é diferenciado dos outros órgãos de fiscalização profissional, porque fiscaliza também os estabelecimentos nos quais o farmacêutico exerce a sua profissão, como as farmácias e drogas. Por esse trabalho, detectamos que a grande maioria dessas empresas não se considera um estabelecimento de Saúde, apenas um simples

comércio.

A farmácia não é um comércio comum. A Lei 5 991, que é de 1973, sabiamente já tratava a respeito disso. Quem concebeu essa norma, já previa que a farmácia deveria ser um tipo de estabelecimento diferenciado e por isso, criou uma lei própria para regulamentar esse tema. Essa lei estabelece exatamente o que uma farmácia pode e deve comercializar e como deve ser o exercício da profissão na farmácia. É claro que de 1973 para cá muita coisa mudou, muita coisa foi alterada, muitos produtos e conceitos novos surgiram, mas a lei, por incrível que pareça, permanece atual em vários aspectos e ainda tem um valor muito grande. Ela tem protegido a sociedade principalmente na exigência, ainda contestada e subestimada por muitos, da presença do Farmacêutico durante todo o horário em que o estabelecimento estiver aberto. Desde 1973 a Lei 5 991, ao exigir a presença do farmacêutico em período integral, sinaliza que a farmácia é um estabelecimento de natureza técnica, onde devem ser exercidos atos essencialmente técnicos, controlados por um profissional responsável de nível superior que é o Farmacêutico. Existem certos setores do comércio, que querem que a farmácia seja apenas um estabelecimento comercial, pois assim entendem

que os lucros seriam maiores. Esses setores apresentam projetos no Congresso Nacional o tempo todo, usando analogias absurdas do tipo: “Se banca de jornal não tem jornalista responsável, por que farmácia tem que ter farmacêutico responsável? Já tem o nome de um na caixinha do remédio!”. Dizem isso de forma irresponsável, como se estivessem tratando de coisas parecidas. São conceitos distorcidos e bastante atrasados. Todos dizem que somos um país emergente, que seremos uma potência mundial em breve, mas o engraçado é que quando se contraria os interesses de alguns setores, aparecem esses conceitos do subdesenvolvimento. Existe muita gente, inclusive, que é contra a presença do farmacêutico em tempo integral na farmácia. O Farmacêutico é aquele que incomoda, ele é um profissional da Saúde, logo ele está ali na farmácia para quê? Para ser intermediário de um processo onde alguém quer comprar e alguém quer vender e ele está justamente no meio desse processo. Ele é aquele que fala assim: *Isso não pode; Esse produto não dá para vender sem receita; Esse produto aqui é controlado, eu só posso vender se você tiver uma receita especial; Esse medicamento, a senhora não deve tomar; etc.* Então, realmente o farmacêutico sofre muito. É empregado daquele que quer vender, porém precisa priorizar a saúde da pessoa que quer comprar. É neste momento que o impasse se instala: o dono da farmácia quer que o farmacêutico venda os medicamentos como mercadorias, e briga com ele se a “loja” não estiver vendendo o suficiente. O Farmacêutico se recusa muitas vezes a simplesmente vender, em detrimento da saúde da pessoa que vai comprar; e o paciente que quer comprar também briga com o Farmacêutico, pois ele é visto como quem está “pondo empecilhos” para que ele adquira algo que ele acha que vai solucionar um problema. Para ser farmacêutico, precisamos entender umas coisinhas básicas, não é? As pessoas esperam remédio para coisas que não existem. Não existe remédio para os principais problemas da humanidade e outros que tornamos importantes: não existe remédio para a morte, não existe remédio para crescer cabelo, não existe remédio para tornar alguém que é feio ficar bonito, não existe remédio para emagrecer. Para determinadas coisas que as pessoas esperam não existe remédio e o farmacêutico, é obrigado a falar: *olha, para isso não tem remédio.*

Por que a farmácia é um estabelecimento de Saúde? Vamos pensar numa mercadoria comum. Temos várias mulheres aqui presentes e as mulheres geralmente gostam de comprar sapatos. Eu uso o exemplo do sapato porque sempre dá certo. As pesquisas sobre indústria calçadista, afirmam que o público feminino adora sapatos e compra por impulso, compra porque acha bonito. Pode-se comprar um sapato só para proteger o pé e não pisar no chão, mas geralmente as pessoas compram o sapato que fica mais bonito, que elas acham que fica melhor, mais confortável, que fica mais elegante. Com base neste conceito, a pessoa, para comprar um sapato, avalia o produto que quer e paga um preço que acha que vale. Com carro é a mesma coisa. Pode-se comprar um carro popular, daquele mais baratinho, que leva para o mesmo lugar que um carro de luxo. O carro popular, não tem nenhum acessório, mas leva para o mesmo lugar que um carro mais luxuoso cheio deles. As pessoas pagam o maior preço para comprar um carro de luxo, um sapato da moda, ou um perfume importado, por uma opção própria, porque elas querem pagar. São mercadorias. Você compra se quer, paga o preço que você acha que vale e compra a hora que quer.

Agora vamos falar de remédios: qual é o remédio que resolve o seu problema de saúde: é o mais caro ou é o mais barato? Nenhum dos dois; o remédio que resolve o seu problema de saúde é o melhor indicado pelo seu médico. Segunda coisa: remédio você não toma porque quer, você toma porque precisa e você não escolhe. Remédio é um produto que quem escolhe não é você, é o seu médico – vamos deixar os MIPs (medicamentos isentos de prescrição) à parte. Remédio é um tipo de produto que não é você quem escolhe, nem decide a hora que quer utilizar e nem qual utilizar. Só que é você quem paga, você quem é obrigado a usar e você quem sofre as consequências se o produto causar algum problema. Portanto, trata-se um tipo de produto completamente diferente. Quem trabalha

com *marketing* farmacêutico sabe o quanto isso é complexo, porque tem que vender um produto para uma pessoa que não vai usar, que é o médico, e quem vai pagar por esse produto vai pagar por uma coisa que ele não quer comprar. Ninguém quer comprar remédio. Quando alguém fala: *ah, eu adoro comprar remédio* provavelmente sofre de um distúrbio chamado hipocondria, a pessoa que tem mania de doença. Assim, sendo o medicamento um produto completamente diferenciado, a farmácia baseia sua remuneração em um serviço técnico formado

O médico estudou para diagnosticar doenças e a maioria estuda pouco sobre medicamentos

pelo processo de adquirir o medicamento, qualificar o fornecedor, armazenar o medicamento adequadamente e finalmente, dispensar esse medicamento de forma responsável e ética. O modo de se remunerar por tudo isso é cobrar pelo produto. Na hora de aviar uma receita, não é simplesmente pegar na prateleira, entregar e acabou. A este ato farmacêutico, chamamos dispensação. É um ato técnico do farmacêutico. Significa receber, ler e interpretar uma receita do médico, preparar o tratamento e orientar o paciente sobre o uso correto dos medicamentos, assim como pela execução de todo o tratamento. A receita pode conter erros, a receita pode conter uma incompatibilidade química ou farmacológica entre os medicamentos prescritos, que muitas vezes o médico não conhece, o que não é problema nenhum porque o médico não estudou para isso. O médico estudou para diagnosticar doenças, e a maioria deles estuda pouco sobre medicamentos. A responsabilidade sobre esse conhecimento e por orientar o paciente, é do farmacêutico. Além das incompatibilidades, pode haver medicamentos que não são mais fabricados e devem ser substituídos, pode haver a necessidade de o farmacêutico entrar em contato com o médico e conversar com ele. Há uma série de coisas que podem estar acontecendo e envolvem especificamente o ato técnico da dispensação. Receber uma receita na farmácia e aviá-la é um ato técnico – chamamos de dispensação. Dá pra ver que é bem diferente de simplesmente vender algo.

Temos encontrado muitas irregularidades, através da fiscalização do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, que é o maior órgão fiscalizador da atividade farmacêutica no Brasil. São 60 mil fiscalizações por ano, feitas por quase cinquenta agentes fiscais que se deslocam por todo o Estado de São Paulo. Fiscalizamos todos os locais onde o farmacêutico atua. Podemos dizer que somos o maior órgão fiscalizador da atividade farmacêutica no país. Fiscalizamos indústrias, laboratórios clínicos, distribuidoras e transportadoras de medicamentos, hospitais e outros estabelecimentos, mas infelizmente, é nas farmácias e drogarias que encontramos as piores aberrações, tais como: farmácia que vende carne e o churrasco completo, inclusive com o carvão, farmácia que vende refrigerante, farmácia que vende ovos de páscoa quando é Páscoa, panetone quando é Natal, brinquedo, bebida alcoólica, etc. E o que está acontecendo? Porque fazemos essa discussão? A farmácia não é um simples comércio. Se começar a vender qualquer tipo de produto, será descaracterizada como um estabelecimento de Saúde. Primeiro, porque não terá espaço e nem sentido para a atuação de um profissional de Saúde, que é o farmacêutico. Segundo, porque a pessoa que entra ali deixa de ser um paciente e passa a ser um simples “freguês”; isso é pior. Uma vez que se tornou apenas um “freguês”, ele terá que comprar alguma coisa. Como medicamento não se compra quando se quer, mas se compra quando precisa, se essa “coisa” que a pessoa tem que comprar for um medicamento, isso poderá

prejudicar a sua saúde, pois quem não diferencia medicamento de outra mercadoria qualquer, não está preocupado com o efeito que ele causa e nem com as conseqüências do seu uso indevido. Por isso, estamos brigando e batalhando há bastante tempo para mostrar para a sociedade que farmácia não é um simples comércio. Hoje, a única coisa que as pessoas procuram é preço. É importante: tem que procurar o melhor preço sim. Mas não é só isso que deve ser avaliado na hora de escolher um estabelecimento para efetuar a compra. Deve-se observar também se a farmácia tem um farmacêutico responsável, que responde e se responsabiliza por tudo o que acontece ali – inclusive pelos erros – e se há garantia

na procedência dos produtos. É muito comum ouvirmos notícias e encontrarmos cargas roubadas, produtos desviados, sem procedência definida – isso também é responsabilidade do farmacêutico, garantir a procedência do produto que é colocado na farmácia.

As pessoas devem ter em mente que, quem tem responsabilidade trata medicamento como algo perigoso e que merece todo o cuidado no seu uso e não pode ser tratado como algo inofensivo nunca. Não existe medicamento que não faz mal e o estabelecimento tem que ser confiável do ponto de vista das informações que fornece aos seus clientes.

Alexandre Ribeiro

Membro da Área de Negócios Especializados do Grupo Pão de Açúcar e representante do Comitê de Drogarias da ABRAS junto à Câmara Setorial de Medicamentos

O papel das grandes redes de supermercados

O MERCADO de medicamentos, o mercado de Saúde é muito amplo. Neste debate, em que estão presentes profissionais de áreas diferentes, como auditoria, sistema de Saúde, ANVISA, entre outras, esse é um tema muito apropriado em função de sua abrangência. Aqui iremos falar um pouco, discutir e mostrar um dos setores do sistema de Saúde, da cadeia de medicamentos, um desses vetores, que é o de farmácias e drogarias.

Quem ainda acha que supermercado é só para vender arroz, feijão e *Coca-cola*? Essa é uma pergunta que tentaremos responder até o final do debate.

Quanto à comercialização de medicamentos, lembro-me do começo, quando recebi a indústria farmacêutica e ela dizia: *ah, isso nunca vai acontecer. Isso é uma loucura. Vocês não entendem disso, não são especialistas, sabem vender feijão. Não é como vender aspirina, essas coisas.*

Temos que falar um pouco de como tudo começou. Como é que drogaria começou em supermercado? Na realidade, isso teve início, por incrível que pareça, por meio de uma Medida Provisória, a 592, de 1994, que foi a que lançou o Plano Real. Mas o que tem a ver isso com medicamentos? Estava lá dentro, por incrível que pareça. *Aí depois perguntam: supermercado, vender medicamento?* Bem, em um plano econômico tem medicamento e tudo acaba sendo possível. Assim, foi em 1994, que se permitiu aos supermercados a venda dos medicamentos. *Aí não foi drogaria, pois supermercados, antes de terem drogarias, começaram a vender medicamentos na prateleira; os medicamentos anódinos ou OTC, ou que não tem tarja e que depois, um ano depois foi suprimida, quando foi convertida como lei, a 9 069.* A partir daí começou uma grande disputa dos supermercadistas para ingressarem no setor e também as brigas jurídicas.

Alguns supermercados começaram a vender medicamentos na prateleira, uns de forma ordenada, outros não. Havia os que simplesmente colocavam na prateleira Aspirina, Tylenol; e outros se organizaram melhor, por categorias, por classe terapêutica.

E foi tudo isso que foi proibido. Houve um investimento grande dos supermercados na exposição, na gôndola, na compra, no relacionamento, no espaço dentro do

supermercado. E depois disseram: *olha, vocês não podem mais vender. Tira tudo.* Bom, houve, naturalmente, uma reação, porque nesse mesmo momento as drogarias vendiam biscoito, *Coca-cola* e chocolate. E aí ficava aquele questionamento: *por que as drogarias podem e a gente não pode vender uma aspirina e elas podem vender Coca-cola?*

Com base em toda essa discussão, a saída encontrada pela maioria dos varejistas foi implantar as suas próprias drogarias. *Aí vocês começam a ver que grandes empresas – Carrefour, Angeloni, Grupo Pão de Açúcar, do qual eu faço parte, com as drogarias Extra, Sendas, Pão de Açúcar, o Wal-Mart também, nas suas diversas bandeiras; a Coop, no ABC, São Paulo.* Enfim, todas começaram a implantar farmácias e todas essas farmácias são e foram abertas atendendo toda a regulamentação da Anvisa. E, ao longo do tempo, também começava a haver certa resistência para a abertura dessas drogarias, porque normalmente a lei mãe que rege esse setor é a de 1.973, a 5 991. E essa lei não mencionava na sua íntegra, não com clareza, como tratar farmácias em *shopping centers*, rodoviárias, supermercados e outros estabelecimentos não previstos.

Isso era uma forte argumentação para os órgãos fiscalizadores, as vigilâncias locais, às vezes até a prefeitura ter uma interpretação difusa de que o supermercado poderia ter farmácia ou não. Na realidade, em nenhum momento, na parte de legislação supermercado é suprimido de ter farmácia, desde que atenda o que a regulamentação define. Mas sofremos um pouco para conseguir abrir essas farmácias. Enquanto uma farmácia qualquer ou de uma rede levava um mês para conseguir sua documentação, tínhamos farmácias que esperavam de seis meses a um ano; todo o dia aparecia uma exigência nova e muitas vezes exigências difusas também, não previstas na legislação.

Em maio de 2008 os supermercados decidiram também se organizar. Foi uma evolução. Em reunião, o *Wal-Mart*, o *Carrefour*, o *Pão de Açúcar*, a *Coop*, disseram: *nós temos uma entidade representativa, que é a ABRAS, a Associação Brasileira de Supermercados*. E, dentro dessa associação, foi criado um comitê específico para tratar do setor. Esse comitê hoje representa mais de 700 farmácias de supermercado, mais de cinco mil empregos e um faturamento de mais de dois bilhões de reais, só em medicamentos. Por que *só em medicamentos*? Porque uma farmácia normal, uma farmácia de rua, tem cerca de 25 a 30% do seu faturamento em perfumaria. Esse valor de faturamento é específico em medicamentos.

Qual é o objetivo desse comitê? Começou lá atrás vendendo na prateleira. Foi proibido, começamos com farmácia, muita briga, muita dificuldade e nos organizamos como entidade representativa setorial. O objetivo principal é esse: justamente começar a ter uma representatividade, ou seja, uma voz ativa dentro do mercado, da Vigilância Sanitária e começar a participar das discussões, inclusive sobre a regulamentação do setor de medicamentos. Cooperação, trocar informações entre as empresas do setor, formar e desenvolver profissionais, principalmente o profissional farmacêutico. E administrar muito claramente o posicionamento das farmácias de supermercado em relação à ética e à especialização/profissionalização.

Hoje estão nesse comitê, o *Angeloni*, o *Carrefour*, a *Coop*, o *G. Barbosa*, o *Grupo Pão de Açúcar* e o *Wal-Mart*, e represento essas empresas na Câmara Setorial de Medicamentos junto à Anvisa, em Brasília.

Agora, como é que está o setor? Em uma reportagem publicada pela revista *Época*, em dezembro de 2005, há uma grande curiosidade. Muita coisa ou quase nada mudou de lá para cá. Ou seja, sem entrar em muitos detalhes, estamos falando de um mercado que é o sétimo ou oitavo mercado de venda de medicamentos do mundo e com tendência de ter uma participação ainda maior. Estamos falando de uma grande concentração de farmácias, quase 60 mil cadastradas na Anvisa; temos um mercado ainda fomentado pela informalidade e pela questão da sonegação, que vem diminuindo em função das mudanças da legislação fiscal nos Estados. Temos ainda carência de profissionalização, principalmente em regiões mais afastadas das regiões metropolitanas; e uma discussão muito grande sobre a regulamentação do setor. Ou seja, existe um entendimento, por parte desse mercado, que, tem uma interpretação diferente sobre o cumprimento da Lei 5 991 e as RDCs, que são publicadas pela Anvisa.

Qual é a consequência disso nesse mercado? Qual é a grande dificuldade que o mercado de farmácias sofre hoje dentro do país? Primeiro, a discussão sobre o que devo ou o que não devo, o que posso ou o que não posso resulta na ausência do cumprimento das leis. Não julgo o mérito, apenas digo que ocorre. Cria-se um mercado distorcido, ou seja, há uma parte do mercado que cumpre a legislação, outra que não cumpre, e o resultado é a banalização do conceito de farmácia no País.

Hoje, o que a Anvisa tenta fazer nas suas regulamentações é criar isso: estabelecer um conceito regulado e definido de farmácia no mercado brasileiro. Temos como consequência também o prejuízo na competitividade e nos investimentos, ou seja, o que devo dizer ao presidente da minha empresa sobre onde investir no setor de drogarias, se vivemos em um mercado em que uns podem e outros não? Qual a segurança de um investidor, nacional ou estrangeiro, em investir nesse setor? Logicamente consequência para o consumidor final, que tem dificuldade de entender exatamente o que é que se propõem a esse conceito de farmácia no Brasil em um mercado regido por liminares.

A entidade que representa as redes de farmácia no Brasil, a *Abrafarma*, já entrou com várias liminares contra resoluções da Anvisa. Inclusive a última RDC 44, que foi lançada há pouco tempo e proíbe que as farmácias vendam alimentos e produtos que não estejam correlacionados à sua atividade definidos na lei; e também obriga que os medicamentos anódinos, OTC ou de venda livre sejam vendidos agora atrás do balcão. Essas liminares já foram conseguidas, ou estão

em questionamento de juízes, e isso provoca distorções no mercado, ou seja, uma drogaria vende *Coca-cola* e uma outra não vende. E quem está certo?

As liminares acabam por banalizar o setor. Em Natal, por exemplo, na maior rede de farmácias, é possível comprar antibiótico junto com a cerveja. Talvez seja interessante tomar os dois juntos, catalisa o efeito, não sei. Em Recife é possível comprar *Coca-cola* e a amoxicilina. Ou em Minas Gerais, um antibiótico no mesmo cupom fiscal, no mesmo caixa, com o mesmo farmacêutico, junto com a coleira e a ração do seu cachorrinho. Não estou aqui para julgar o mérito, mas para defender – como representante de uma entidade de classe, como membro do

todos os grandes supermercados pretendem abrir suas drogarias fora das lojas dos supermercados

Grupo Pão de Açúcar e diretor do setor – uma representação justa e eficaz, e que sirva para todos.

E falando um pouco sobre tendências, o que podemos esperar? Espera-se, até pelo esforço que a Anvisa vem fazendo, que esse mercado passe a ser mais organizado, que ele passe a ser definitivamente regulado.

Temos um mercado no qual a previsão de crescimento continua em cerca de 10% ao ano. Isso os institutos de pesquisa de tendência de economia apontam. Quer dizer, poucas categorias ou segmentos no Brasil possuem essa desenvoltura de crescimento. A tendência é se concentrar mais, como todo o varejo, nas grandes redes – e não é nenhuma novidade. Talvez uma grande novidade seja o fato de que todos os grandes supermercadistas pretendem atuar – ou já estão atuando – no sentido de abrir suas drogarias fora das lojas dos supermercados – na rua. É outra etapa da evolução. Começou a briga lá pelo *Tylenol* na prateleira, proibiram. Dificultaram a abertura de farmácias, se organizaram e agora vão ter farmácia na rua. Isso será por expansão ou aquisição. Posso até não poder falar em nome de meus demais colegas supermercadistas, mas como *Grupo Pão de Açúcar*, não é nenhuma informação confidencial, já foi divulgado pelo presidente na mídia, é intenção nossa, é meta minha, da minha direção, da minha área ter farmácias *Extra* na rua.

Os distribuidores passaram por um momento muito difícil agora, durante a crise financeira, haja vista que subsidiavam o crédito às pequenas farmácias e a indústria farmacêutica percebeu claramente que estava em apuros. Então, todo mundo fala agora que o distribuidor de medicamentos vai deixar de se beneficiar com operações de crédito e benefícios fiscais. Seu papel vai mudar. Ele vai deixar de ser um fomentador das pequenas farmácias, sob o ponto de vista de crédito e de subsídio a esses pequenos farmacistas, e vai passar a ser exatamente um operador Logístico, e vai ser inserido no papel para qual ele sempre foi criado, que é atuar na cadeia logística de medicamentos das grandes indústrias farmacêuticas. Por sua vez a indústria, mais do que nunca, em todos esses anos, nunca vi querer se aproximar tanto do varejo, até mesmo porque, pós-crise, vários distribuidores quebraram – uns um pouco antes e outros, depois – e a indústria farmacêutica viu que *ou me aproximo do varejo, ou fico na mão da distribuição* e isso é um risco para o setor.

Então, se aproximar de grandes varejistas, grandes redes de farmácias e ter essa relação direta é visto como uma visão de agora para este mercado. E esperamos também – já está acontecendo – consumidores mais conscientes, mais exigentes no que diz respeito à troca de receitas, no que diz respeito à troca de produtos de medicamentos, no que diz respeito a que produto está comprando, à falsificação de medicamentos. Hoje temos o consumidor cada vez mais atento a esses vetores.

Para concluir, apresento o que é um pouco o negócio *Pão de Açúcar* e o que são as drogarias dentro do grupo. O *Pão de Açúcar* hoje é a maior empresa varejista da América Latina. Completou 61 anos, tem mais de 1 200 lojas, em vários formatos: *Pão de Açúcar*, *Extra*, *Compre Bem*, *Sendas*, *Assaí* e agora *Ponto Frio*. Possui 28 centros de distribuição no País, e mais de oitenta mil colaboradores. É uma empresa que está listada na Bolsa de São Paulo e Nova York e tem sociedade com um grupo francês chamado *Casino*, que é muito forte na parte de varejo também, principalmente na Europa.

O que são as drogarias dentro do Grupo Pão de Açúcar? Hoje temos cerca de 150 unidades, com mais de mil colaboradores, oito supervisores de negócio, dos quais seis são farmacêuticos, temos 155 farmacêuticos responsáveis e 141 substitutos. Isso significa dizer que nenhuma das farmácias do grupo trabalha sem funcionar todo o tempo com farmacêutico presente; 701 associados balconistas e sessenta operadores de caixa. Esse é o tamanho do nosso negócio.

A missão do nosso negócio é promover Saúde, bem-estar e um ambiente agradável, oferecendo produtos e serviços de qualidade, com ética, não troca de

receitas e excelência no atendimento farmacêutico, que é o que a gente presa muito.

Falando em números, hoje estamos vendendo cerca de 230 milhões, só de medicamentos. Até 2 012, a meta é mais do que dobrar esse número, chegando a cerca de 550 milhões de reais vendas de medicamentos. Isso é um crescimento orgânico, não inclui a abertura de drogarias fora de nossas lojas e nem possíveis aquisições no setor.

Para finalizar: é um foco nosso também muito forte, está alinhado com o que a Anvisa vem regulamentando e querendo sobre o conceito de farmácias atualmente, que é a participação da farmácia junto com seu papel social e serviços de Saúde. Assim, só neste ano fizemos, junto a entidades da área médica e nossos farmacêuticos, para aferição de glicose - diabetes - 32 eventos com quase trinta mil testes; pressão arterial foram 45 eventos com quase cinquenta mil aferições. E isso tem todo um desenrolar, um acompanhamento, uma orientação caso exista alguma distorção no resultado do teste dessas pessoas. Uma das nossas missões é trabalhar muito forte junto à questão dos serviços de Saúde dentro da farmácia.

Álvaro Escrivão Junior

Coordenador adjunto do
GVsaúde e professor da FGV-
EAESP

A questão dos medicamentos

NOSSO TEMA

de hoje é *Tendências da Comercialização de Medicamentos*, que pela sua grande relevância permite ao pessoal da Saúde acompanhar as mudanças que estão acontecendo neste mercado. O tema dos medicamentos está no centro do debate mundial sobre os sistemas de Saúde; como garantir acesso aos medicamentos é algo que realmente preocupa todos os países nos dias atuais. São muitos medicamentos criados a todo o momento e aí reside o grande problema: como garantir o acesso para o conjunto da população e o uso racional dos medicamentos?

O mercado reage a essas questões oferecendo inovações que serão aqui analisadas. A nossa intenção é trazer uma experiência de inovação na comercialização de medicamentos. Nossos convidados para esse debate são Alexandre Ribeiro, do Grupo Pão de Açúcar - uma testemunha ocular dessa história - e Pedro Menegasso, do Conselho Regional de Farmácia.

Uma saudação também aos nossos alunos do curso de

Auditoria na Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde que estão presentes a este debate. Contaremos também com a mediação do professor Juracy Parente, da FGV-EAESP, que coordena o Centro de Excelência em Varejo, desde 2001. Ele é doutor pela Universidade de Londres, mestre em Administração de Empresas pela Universidade Cornell, nos Estados Unidos. É coordenador do Programa de Responsabilidade Social e Sustentabilidade em Varejo.



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

Isabella Fumeiro
Leila Dall'Acqua

Debates GV Saúde

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

Debates GV Saúde – Número 9 – junho de 2010 – 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 9º. Semestre de *Debates GVsaúde*, realizado na FGV-EAESP, entre agosto e novembro 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.

9º Semestre de Debates GVsaúde

Cadeia de Valor na Saúde

24/08/2009 – Judicialização na Saúde: o acesso a produtos frente aos direitos individuais e coletivos

Convidados

Daniella Batalha Trettel

Advogada do IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor e membro do Conselho Nacional de Saúde

Maria Cecília Marchese M. A. Correa

Coordenadora das Demandas Estratégicas do SUS da Secretaria de Estado da Saúde – SP

Mediador

Suelli Dalari

Professora titular do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

15/09/2009 – Incorporação de tecnologia: processos de assistência

Convidados

Luiz Vicente Rizzo

Professor titular Departamento de Imunologia do Instituto de Ciências Biomédicas da USP e Diretor Superintendente do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein

Antonio José Pereira

Mediador

Lucila Pedroso da Cruz

Diretora do PROAHSA – HCFMUSP

21/10/2009 – Critérios de contratação de pessoas e serviços no mercado de Saúde

Convidados

Eriete Ramos Dias Teixeira

Gerente do Departamento Jurídico do SINDHOSP e assessora jurídica da FEHOESP

Marcos Fumio Koyama

Diretor Executivo do ICESP – Instituto do Câncer do Estado de São Paulo e professor do GVpec da FGV-EAESP

Mediador

Márcio Vinicius Balzan

Integrante do Comitê Assessor do GVsaúde

26/11/2009 – Tendências na comercialização de Medicamentos

Convidados

Pedro Menegasso

Diretor-Tesoureiro e Conselheiro do Conselho Regional de Farmácia – SP

Alexandre Ribeiro

Membro da Área de Negócios Especializados do Grupo Pão de açúcar e representante do comitê de Drogarias da ABRAS junto à Câmara Setorial de Medicamentos

Álvaro Escrivão Junior

Coordenador adjunto do GVsaúde e professor da FGV-EAESP

Mediador

Juracy Parente

Coordenador do GVcev da FGV-EAESP e co-coordenador do Programa de Responsabilidade Social e Sustentabilidade em Varejo da FGV-EAESP



Centro de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da EAESP