www.fgv.br/gvsaude

Debates GVsaúde

ISSN: 2316-6657

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ▪ Segundo Semestre de 2012 ▪ Número 14

Olhares sobre a Saúde no Brasil em 2012

FGV
GVsaúde
Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da EAESP

Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ▪ Segundo Semestre de 2012 ▪ Número 14

FGV
GVsaúde
Centro de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da EAESP

Sumário

Editorial 5 Ana Maria Malik

Como a FGV vê a Saúde no Brasil

Wilson Rezende Silva 7 FGV-EAESP/GVsaúde

Enlinson Henrique Carvalho de Mattos 8 Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getulio Vargas – FGV-EESP

Regina Beatriz Tavares da Silva 11 Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getulio Vargas – FGV-EDESP

Saúde na Mídia

Álvaro Escrivão Junior 16 FGV-EAESP/GVsaúde

Cláudia Collucci 17 Folha de S.Paulo

Fabiane Leite 19 Rede Globo

Visão Política da Saúde

Álvaro Escrivão Junior 22 FGV-EAESP/GVsaúde

Aparecida Linhares Pimenta 23 Secretaria de Saúde de Diadema

José da Silva Guedes 26 Fundação Butantan

Logística em Saúde: Especificidades e Semelhanças com outros Setores

Álvaro Escrivão Junior 29 FGV-EAESP/GVsaúde

Manoel de Andrade e Silva Reis 30 FGV-EAESP/GVcelog

Elcio D'Affre Grassia 31 Integrare Consultoria

José Carlos Camargo Nonato 33 Centro Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde do Estado de São Paulo - CEADIS

Ponto de Vista

Ana Maria Malik
GVsaúde FGV-EAESP

NOSSO 14º SEMESTRE de Debates do Gvsaude tentou mostrar como diversos atores sociais olham para o setor da saúde em 2012 (no primeiro semestre, mais precisamente).

O primeiro ator que nos interessou foi a Fundação Getulio Vargas. Uma vez que o GVsaude representa bastante do olhar da Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da FGV, convidamos as outras duas escolas de São Paulo para debaterem o tema. Tanto em relação à Escola de Economia quanto à de Direito, de forma a ter visões institucionais de fato, solicitamos indicação de professores/pesquisadores aos diretores de cada uma delas. Assim, fizemos o debate **Como a FGV vê a Saúde no Brasil,** contando com a presença dos professores Enlinson Henrique Carvalho de Mattos (FGV-EESP) e Regina Beatriz Tavares da Silva (FGV-EDESP). O moderador foi o economista e pesquisador associado do Gvsaude, Wilson Rezende Silva

O olhar que tentamos mostrar, no segundo debate, foi o da **mídia**, freqüentemente vista como uma manipuladora de informações, com sua agenda própria. Para mostrar como a saúde é tratada nesta esfera convidamos duas jornalistas com conhecimento profundo no setor e que trabalham na aula há anos, Cláudia Collucci editora de saúde da Folha de São Paulo e Fabiane Leite, da Rede Globo. Neste caso, o moderador foi o professor Alvaro Escrivão Jr, vice coordenador do Gvsaude.

Como é fácil notar, saúde é um setor onde a política tem um peso muito grande. Por isso, não poderíamos deixar de ter uma sessão sobre a **Visão Política da Saúde**, na qual os debatedores foram Aparecida Linhares Pimenta, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e da Secretaria de Saúde de Diadema e José da Silva Guedes, ex-Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, ex-Secretário Municipal de Saúde de São Paulo e presidente da Fundação Butantan. A moderadora deste debate foi a professora Maria Rita Garcia Loureiro Durand, cientista política e chefe do Departamento de Gestão Pública (GEP) da FGV-EAESP.

Terminamos o semestre com um debate diferente. Costuma-se dizer que saúde tem muito a aprender com setores diferentes, como logística, por exemplo. Assim, chamamos dois especialistas na área, um atualmente trabalhando em saúde e o outro com experiência em uma série de setores, para discutir a **logística em Saúde: Especificidades e Semelhanças com outros Setores.** Os debatedores foram Elcio D'Affre Grassia, da consultoria Integrare e José Carlos Camargo Nonato, responsável pelo - Centro Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde do Estado de São Paulo – CEADIS, que faz a logística para os serviços administrados pela organização social SECONCI. O moderador foi o professor Manoel de Andrade e Silva Reis, do Centro de Estudos em Logística (GVcelog) da FGV-EAESP.

Acreditamos ter conseguido, durante o semestre, abordar múltiplos aspectos do setor. Os debates durante as noites mostraram o interesse da platéia. Certamente, esta publicação será um documento fidedigno sobre como estes atores olhavam para saúde no primeiro semestre de 2012.

Boa leitura!

Como a FGV vê a Saúde no Brasil

NESTE SEMESTRE, o tema geral é Olhares sobre a Saúde no Brasil em 2012. A semelhança dos eventos anteriores são quatro debates, quatro encontros no semestre. O primeiro debate, que acontece hoje, apresenta o olhar da Fundação Getulio Vargas sobre a questão da saúde.

MODERADOR
Wilson Rezende Silva
FGV-EAESP/GVsaúde

A Fundação Getulio Vargas é mais conhecida aqui em São Paulo pela escola de administração de empresas. Por quê? Porque é mais antiga, está no mercado antes da década de 60. Mas a Fundação Getulio Vargas, tanto em São Paulo como no Rio de Janeiro, tem duas outras escolas mais recentes, mas de igual importância da Escola de Administração de Empresas, as Escolas de Direito e de Economia. A Escola de Direito existe aproximadamente há seis anos. E mais ou menos nessa mesma época surgia a Escola de Economia.

Neste primeiro debate, queremos apresentar a percepção de professores e de pesquisadores dessas duas escolas. Portanto, temos o prazer de receber a Dra. Regina Beatriz Tavares da Silva, professora da Escola de Direito de São Paulo, vinculada à Fundação Getulio Vargas. E tenho o prazer também de chamar o professor Enlinson Henrique Carvalho de Mattos, da Escola de Economia de São Paulo.

A professora Regina Beatriz da Silva, graduada em direito, mestre e doutora em direito pela USP. É coordenadora e professora do programa de educação executiva do GV*law*. Atua como coordenadora da série do GV*law* de quatro volumes sobre Responsabilidade Civil. O foco da professora Regina, que certamente será o tema da palestra dela, é a responsabilidade civil, uma das questões importantes na área de saúde.

A professora Regina foi assessora da relatoria geral da comissão especial do Código Civil na Câmara dos Deputados e é titular do escritório de advocacia Regina Beatriz Tavares da Silva.

O professor Enlinson Henrique Carvalho de Mattos é um economista puro sangue, ou seja, graduado em economia, mestre em economia e doutor em economia. E ele tem, como foco de pesquisa e de análise, a economia do setor público. Ele tem algumas pesquisas e artigos publicados na área de saúde. E é com base em dois artigos, um sobre a questão de descentralização e outro sobre política de saneamento básico, que o professor Enlinson discutirá conosco hoje.

DEBATEDOR
Enlinson Henrique Carvalho de Mattos
Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getulio Vargas – FGV-EESP

NÓS, ECONOMISTAS, sabemos relativamente pouco sobre saúde. E as pesquisas que tentamos fazer geralmente apresentam outro tipo de abordagem. Aí pensei: por que não expor para vocês como alguns economistas pensam ou veem a saúde.

O setor de saúde é muito complexo e diferente, por exemplo, do setor de educação. Economia da saúde é uma área com muito menos escala, especialmente por envolver variadas relações econômicas. No entanto, o setor de saúde em geral passa por diversas transformações após a Constituição de 88.

Esse modelo apresenta as seguintes diretrizes: descentralização do serviço, atendimento integral, também chamado de universalização, equidade e participação social. Tais metas não são pouco modestas, principalmente para um país como o Brasil. E nesse contexto, observamos problemas, mas também algumas vantagens. O Brasil é um país grande, desigual e tem, a partir da Constituição de 88, a obrigação de desenhar um modelo de serviço de saúde universal.

Ao analisar o total de gastos públicos, vimos que 50% desses gastos em saúde são do governo federal. Só a outra metade é dividida entre estados e municípios. Temos como princípio a descentralização, mas 50% dos gastos ainda ficam a cargo da União.

A Emenda Constitucional 29, estabelecida em 2000, impõe um percentual mínimo de recurso próprio na saúde – para o estado, 12%. Isso é receita com arrecadação e não com transferência. O município arca com 15%. Caso essa meta não seja atingida, existe a possibilidade de intervenção da União nesse estado. Algo que eu não vi ocorrer, apesar dessa meta não ter sido preenchida.

Sabemos que o país está trabalhando pela descentralização nos serviços. Trata-se de um princípio muito comum na economia: deve-se dar autonomia para os governos locais, porque são os governos que conhecem a verdadeira necessidade da população. Quando você estabelece que o governo federal proverá determinado serviço, ele não conhece exatamente a demanda daquele serviço. A alternativa, então, é descentralizar para os governos locais – do governo federal para o estado e do estado para o município, porque esses conhecem a demanda.

Nessa apresentação, vou tocar em quatro pontos. O objetivo é entender um pouco a mente dos economistas e explicarei quais são os indicadores que tanto observamos e principalmente o efeito de algumas políticas nesses indicadores. Depois, discutirei qualidade, eficiência e escala dos serviços de saúde.

A alternativa, então, é descentralizar para os governos locais – do governo federal para o estado e do estado para o município, porque esses conhecem a demanda.

Começamos pelos números. Uma das formas de redistribuir renda no país é tributar toda população e oferecer um serviço que só poucos querem consumir. Isso é redistribuição direta. A saúde é assim, redistributiva. Por quê? Porque todos pagam pelo imposto e quem não tem plano de saúde também consome. Todos estão sendo tributados e só uma camada consome o serviço. Quem é essa camada? Analisando a evolução do percentual da população com planos de saúde, no ano 2000 esse índice era de 18% e chegou a 24% em 2009, crescendo assim como a renda domiciliar *per capita*. Ou seja, se levarmos em conta a renda do domicílio e dividirmos pelo número de pessoas que residem naquele domicílio, o valor é de R$ 563 em 2000 e R$ 705 em 2009.

Quanto maior a renda das pessoas, mais as pessoas procuram por planos de saúde. Mas fica evidente que a saúde tem caráter redistributivo, já que todos pagam e os únicos que consomem são as pessoas mais pobres.

Vale também destacar uma curiosa pesquisa de orçamento familiar, divulgada em 2002, 2003 e agora em 2009. Ao analisar todos os ganhos e gastos da família, o levantamento aponta o quanto as pessoas gastam com itens como Aspirina, pãozinho, e até prostitutas e drogas. Da amostra total, identificamos quem tinha e quem não tinha plano de saúde, quem consome e não consome saúde pública. Ficou nítida a diferença da renda média mensal da família de quem tem plano (R$ 3.547) e quem não tem (R$ 982).

Vejamos outros detalhes. Qual o número médio dos moradores nos domicílios que têm o plano que cobre quem mora lá? As pessoas que têm planos residem em domicílios com menos moradores e 98% delas têm água canalizada. O índice cai para 78% entre os sem plano. Dos que têm plano, 58% afirmam ter um chefe branco e o índice passa para 39% entre os que não têm. Esses resultados nos levam a um questionamento: é caro universalizar? É caro universalizar... O que está acontecendo no Brasil é que as pessoas estão migrando do serviço público para o serviço privado de saúde, algo completamente diferente de países como Estados Unidos e Canadá.

A universalização é cara. Mas parece haver menos pessoas com acesso do que se imagina. Podemos dizer que, para esse grupo de pessoas, o acesso talvez seja mais barato. Mas a provisão desse bem (que não é um bem público, é um bem provido pelo setor público) segrega ou não as pessoas, ou separa as pessoas em termos de consumo? Esse é o primeiro ponto de reflexão e que passa despercebido.

Há outro dado do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS referente à morbidade hospitalar por local de residência, incluindo dados de morbidade infantil por município nos últimos nove anos, de 2002 a 2011. Se o objetivo é universalizar, deveríamos ter mais hospitais nos locais de maior mortalidade, mas não é isso que se observa. Por isso, devemos questionar se a universalização está sendo bem direcionada. Mas também existe a necessidade de saber qual é o público que consome esse tipo de serviço. Esse é o primeiro ponto.

Agora vou abordar um segundo ponto: indicadores usados por economistas. Uma das coisas que tentamos identificar é se a saúde está melhorando ou não. E encontramos um dado superinteressante sobre o percentual de óbitos infantis mal definidos ou com causa desconhecida. Esse índice migrou de 11% para 4%. Ou seja, hoje se conhece melhor as causas de mortalidade infantil. A mortalidade geral cai de 15 pra 7, uma queda de 50%. Nas internações gerais mal definidas, não houve alteração. É um sinal de que, quando se conhece a causa, teoricamente os indicadores de saúde estão melhorando. É um fator que, desde 2002 para cá, levou muitos economistas a estudar profundamente a economia da saúde.

Quais indicadores um economista levaria em conta para tentar traçar uma política de saúde? Ele, geralmente, analisa a redução da mortalidade infantil (óbitos de um a 12 meses por mil nascidos vivos, de cinco a nove ou de um a quatro; internação de um a quatro ou de cinco a nove). Dependendo da área, tenta identificar se uma determinada política afeta alguma doença específica. Outro indicador bastante utilizado é a mortalidade infantil. De 2001 para 2008, esse índice reduziu consideravelmente, mesmo no Nordeste, onde a taxa ainda é a mais alta. E mais uma vez entendemos que a saúde está melhorando. Mas melhorar é uma coisa, apresentar níveis internacionais é outra.

Entendemos que a saúde está melhorando. Mas melhorar é uma coisa, apresentar níveis internacionais é outra.

O que fazemos com esses dados? Identificamos bolsões onde a política deve ser atacada e até a necessidade de instalação de um hospital na região. O Nordeste, por exemplo, deve ter uma política de intervenção regional. E é essa questão que o economista tenta buscar. Outros indicadores são os das internações infantis (de zero a nove anos) por cem mil habitantes. A diarreia praticamente permaneceu estática, assim como a difteria. O tétano registrou uma redução acentuada de 2000 até 2008. A tuberculose piorou. No caso da cólera, a redução foi drástica. Hepatite, tracoma e disenteria também caíram.

Agora analisamos as internações de óbito por tipo de doença. Até um ano de idade, o índice passou de 18 pra 17%. Até quatro anos aumentou a internação, e de cinco a nove também. Isso pode ser bom como pode ser ruim. Antes, algumas pessoas estavam fora do sistema e, agora, estão dentro. Os óbitos por mil habitantes já revelam um dado positivo, pois diminuíram. Mas novamente concluímos que, antes, as pessoas morriam e ninguém sabia. Agora as pessoas morrem e tudo está mapeado.

Se entrarmos no site de Programa Saúde da Família ou

mesmo identificarmos cobertura de vacinação, conseguimos fazer um mapeamento por município. A média dos municípios, de percentual de pessoas, cadastradas no programa é baixíssima. E a cobertura de vacinação é de 83 para 81%. Então, houve uma evolução nos dois indicadores. A partir daí, os economistas tentam relacionar de uma forma mais precisa a adoção desse tipo de política naquelas outras variáveis, que chamamos de indicadores usados em economia. Queremos ver o efeito do Programa Saúde da Família em indicadores na saúde. A grande preocupação é saber qual é o mecanismo preciso.

O Programa Saúde da Família, de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), é o pilar da reorganização do SUS na busca por universalização e equidade. Objetiva promover, prever ou grupo materno-infantil. Incentiva aleitamento materno, assistência pré-natal, atenção ao recém-nascido e aos menores de cinco anos, prevenção e manejo de doença infecciosa. Esse é o principal mecanismo identificado, mas representa um dos muitos mecanismos possíveis.

Para se ter uma ideia, 3% das despesas no Brasil são destinados a saneamento, e de 20% a 30% em saúde. É conveniente essa disparidade, sendo que saneamento pode ter efeito na saúde?

Que outra política devemos observar? Essa é uma linha de pesquisa que passei a adotar em 2009, 2010, referente ao saneamento. Todos sabem que, se melhorarem as condições de saneamento no Brasil, melhora a saúde. Melhorando a saúde das pessoas, a produtividade aumenta. O saneamento traz também efeitos positivos para o meio ambiente e até a agricultura. A pergunta é: qual é o efeito na saúde? É uma pergunta difícil de responder, mas sabemos que coleta de esgoto aumentou em 13% a produtividade no trabalho. Criança sem acesso a saneamento básico tem redução de 18% no aproveitamento escolar.

Saneamento básico engloba acesso a água, esgoto e objetos. É a qualidade da água que chega à casa das pessoas. Você pode ter água lá, mas a água é suja e tem pouco cloro. Logo, é preciso identificar se a qualidade da água afeta essas doenças e se o acesso à água tem impacto nessas doenças. O economista tenta identificar a magnitude desse processo.

Para se ter uma ideia, 3% das despesas no Brasil são destinados a saneamento, e de 20% a 30% em saúde. É conveniente essa disparidade, sendo que saneamento pode ter efeito na saúde?

No que se refere à cobertura de água, a América Latina está com 85%, a África com 62% e a Europa, com 96 a 98%. Argentina e Chile têm indicadores superiores aos do Brasil. Quanto à mortalidade infantil, ela passou de 47 para 32% no Brasil. Na Bolívia, de 80 para 58%. No Chile, a redução foi de 16 para 10%, um nível baixíssimo. Já quanto à coleta de esgoto, o país está extremamente atrasado.

Se você aumenta a população, a proporção da população com acesso a rede, você reduz o número de internações por 100 mil habitantes. Essa seria uma relação que o economista tentaria estimar.

Especialistas afirmam que o saneamento é quatro vezes mais eficaz do que a saúde em termos de redução de mortalidade infantil. Um relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) considera entre 5 e 11 vezes mais eficaz em países em desenvolvimento. Carvalho e Silva[1] encontram até 10% mais eficácia. E nesse nosso trabalho, só encontramos efeito na redução de internação e de mortalidade infantil. O acesso à água diminui a mortalidade infantil e a qualidade da água influi na internação.

Depois da universalização, dos indicadores e da política pública, chegamos ao quarto tópico para mostrar economia de escala na produção de saúde. Vamos tentar definir o que é um serviço eficiente e, depois, o efeito do tamanho do município nessa eficiência.

Em um primeiro momento, o município conhece a demanda do individuo melhor do que o governo federal, até você pulverizar a oferta de alguns tipos de bens. Algumas máquinas nos hospitais são caríssimas e não podem ser adquiridas para todos. Então, o papel de coordenador ainda fica a cargo dos governos estaduais e do governo federal. Você descentraliza, coloca na mão do município, o município sabe do que as pessoas necessitam, mas é muito caro ter uma máquina.

Primeiramente, vamos ver quais indicadores utilizar para comparar a qualidade da provisão. Os itens a ser analisados em nosso levantamento são expectativa de vida; mortalidade infantil; internação; população alfabetizada; matrícula por escola. Com esses dados, avaliamos o acesso à rede pública de saúde e os serviços de prevenção.

No caso do acesso, a ideia era ver quantas pessoas morrem e estão dentro do sistema de saúde. Porque há pessoas que estão fora do sistema. Já com o serviço de prevenção,

analisamos o número de internações per capita devido à doença infecciosa, cuja prevenção pode ser considerada como de responsabilidade dos municípios. Aqui há uma possibilidade de prevenção.

Utilizamos essa avaliação para ranquear os municípios do estado de São Paulo, pois ficaria sem sentido mostrar uma tabela com 600 municípios. Por isso, dividi o estado por região administrativa. Analisando as regiões administrativas, Araçatuba só tem 7% se a gente usar um produto como indicador. Se consultarmos os dois indicadores ao mesmo tempo, só 5%. Surpreendentemente, 67% dos municípios da região administrativa de Registro estão no quartil mais eficiente. E da Grande São Paulo, 84% dos municípios. A partir daí, conseguimos ranquear também por município.

No que se refere a ganho de escala, os municípios menores têm em média um score de eficiência entre 0,7; e os municípios acima de 100 mil habitantes apresentam score de eficiência próximo de mil, o mais eficiente de todos. Em tese, os municípios maiores seriam mais eficientes, gastando e produzindo um indicador melhor. O que se conclui é que devemos, em primeiro lugar, pensar em quem usa esse serviço.

1. *GUIMARÃES, Carvalho e Silva.* **SANEAMENTO BÁSICO**, *IT 179 – Saneamento Básico, Agosto/2007.*

DEBATEDORA
Regina Beatriz Tavares da Silva
Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getulio Vargas - EDESP

■ Como a FGV vê a Saúde no Brasil - Debate 19/03/2012

VIA DE REGRA, ao mencionarmos a expressão responsabilidade civil na área da saúde, há a impressão de que se quer condenar os médicos, ou seja, que hospitais, laboratórios, seguros e planos de saúde são sempre culpados.

Quando fui convidada para coordenar e lecionar nos cursos da Fundação Getulio Vargas, na área da pós-graduação da Escola de Direito, tinha a meta de modificar essa visão. Em todos os semestres em que nosso curso Responsabilidade Civil na Área da Saúde é ministrado, desde o seu início, estamos implementando essa mudança. Vamos procurar defender o paciente, mas também vamos envidar nossos esforços na busca da justiça na defesa dos médicos, dos hospitais e dos laboratórios, essa é a mola propulsora de nossos cursos na área da saúde. E, para isso, estimulamos a interação com profissionais de diversos segmentos da saúde, o que me deu algumas certezas, dentre as quais estão as seguintes: nem sempre o paciente tem razão e nem sempre estamos diante de um caso de erro médico.

Sobre esse tema, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) apresentou dados impressionantes há quatro anos. De 2002 para 2008, a quantidade de processos judiciais envolvendo erro médico que chegou à Corte passou de 120 para 360, um aumento de 300%. O STJ é praticamente a instância máxima nessas questões, pois raramente, nessa área, os processos avançam para o Supremo Tribunal Federal (STF). Note-se que nem todos os recursos sobem ao STJ porque nem todos os recursos são admitidos em seguimento a essa instância ou porque nem sempre se recorre a essa instância, sendo que os processos que ali chegam já passaram pela primeira e pela segunda instâncias. Então, imaginem o que significa esse dado em primeira e segunda instâncias. É alarmante!

Os médicos, hospitais e laboratórios sempre erram? Por isso existiriam tantos processos

com alegações sobre o chamado erro médico? Claro que não!

Costumeiramente são apontadas causas como a falha na formação profissional, a falta de infraestrutura em unidades de saúde, o distanciamento entre médico e paciente – que considero um ponto fundamental e difícil de superar. Esse distanciamento realmente é um fator gerador de maior número de processos, porque distanciamento gera falta de informação. Pela falta de informação, embora não só, quem costuma ser acusado, embora muitas vezes indevidamente, se o paciente não melhorou ou até apresentou piora em seu quadro? A resposta é a seguinte: o médico.

Não se pode dizer que o médico deva ser sempre responsabilizado. Sua responsabilidade civil, no chamado erro médico, depende de apuração, em regular processo judicial, de sua negligência ou imprudência.

Outra causa que sempre aponto para o número alarmante de processos reside nos abusos de algumas supostas vítimas, na chamada indústria do dano. Tudo virou ação ilícita e tudo virou dano para o leigo, e não para o profissional da área do Direito especializado em responsabilidade civil. E toda vez que existe um abuso, o Poder Judiciário reage de que modo? Tenta coibir o abuso, com a diminuição em massa do valor das indenizações. Essa é uma reação que efetivamente educa? Parece-nos que não, mas é como pode reagir o Poder Judiciário nessas circunstâncias. É claro que, quando existe o erro médico ou efetivamente a responsabilidade civil do hospital ou do laboratório, ou mesmo do plano e do seguro de saúde, deve haver a condenação. Porém, a condenação deve contemplar uma indenização justa, proporcional ao dano causado.

Não se pode dizer que o médico deva ser sempre responsabilizado. Sua responsabilidade civil, no chamado erro médico, depende de apuração, em regular processo judicial, de sua negligência ou imprudência. O médico deve usar de todos os meios ao seu alcance para a cura do paciente, mas há fatores que estão fora de seu controle, dentre os quais estão as condições físicas do paciente, enfim, há fatores exógenos à boa prática médica.

Há algum tempo, houve uma tendência, combatida por nós, de atribuir ao médico uma responsabilidade objetiva, como se não fosse necessária a apuração de sua negligência ou imprudência antes de sua condenação no processo civil. Essa injusta tendência está mudando, já que, até mesmo em cirurgia plástica estética, a responsabilidade não é objetiva, mas subjetiva e dependente da apuração da culpa em sentido largo, que envolve a negligência e a imperícia. Essa mudança deve-se também aos trabalhos que vêm sendo realizados em nossos Cursos sobre Responsabilidade Civil na Área da Saúde.

Cabe observar que o Código de Ética Médica, como os demais diplomas legais de deontologia nas outras profissões, regula as relações entre o profissional e o cliente ou paciente no que se refere à esfera do Tribunal de Ética Médica, do Conselho Regional e do Conselho Federal de Medicina, estabelecendo punições que vão de advertências a cassações do registro para o exercício da atividade médica. No Poder Judiciário, os processos sobre erro médico têm em vista, na esfera cível, a condenação do profissional no pagamento de indenização e as normas que vigoram nesses processos são as da Constituição Federal, do Código Civil e, embora de maneira restrita, do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Falamos em restrições à aplicação do CDC porque a atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo. É evidente que um médico não pode ser comparado a um fabricante de um produto ou a um prestador de serviços de transporte, por exemplo. O fabricante ou o transportador têm obrigações de resultado, que só dependem deles em termos de cumprimento. O médico tem obrigações de meios, porque depende não só dele, mas, também, das condições do paciente, dentre outras, o alcance da finalidade de sua atividade, que é a cura do paciente, no sentido largo desta expressão. Logo, não se aplica ao médico a regra do CDC pela qual a responsabilidade independe de apuração de culpa, ou seja, da negligência ou da imprudência. Por outras palavras, a culpa do médico precisa ser demonstrada num processo judicial, para que possa haver sua responsabilização. Essa demonstração pode vir a ocorrer, a depender da gravidade do erro médico, por presunção da culpa, mas sempre com admissão da realização de prova em contrário pelo médico.

Assim, é obrigação do médico utilizar todos os meios para alcançar o resultado, que consiste na busca pela melhoria das condições do paciente ou, quando possível, a cura (obrigação de meio). Mas ele não tem a obrigação de alcançar aquele resultado em nenhuma área, nem mesmo na tão falada cirurgia plástica. Isto faz com que a presunção da responsabilidade

do médico seja somente relativa e nunca absoluta. Em outras palavras, o médico pode provar que não agiu com negligência e com imprudência. Deve ser dada a ele essa oportunidade.

A legislação consumerista apresenta como linha-mestra a responsabilidade objetiva, baseada no risco. Bastam a ação e o dano, seja material, seja moral. O médico realiza o tratamento, ministra os remédios necessários ao paciente ou faz a cirurgia que tem de ser feita, mas não existe melhora ou o quadro de saúde piora. Então, se pudéssemos aplicar o Código de Defesa do Consumidor, nós teríamos somente esses elementos para responsabilizar o médico.

É claro que isso não é aceitável. Se essa responsabilidade objetiva fosse aplicável como regra geral, haveria a responsabilidade sem a existência do chamado erro médico. Haveria responsabilidade sem que o médico tivesse agido de maneira culposa, sem que houvesse má prática médica. E é a culpa que fundamenta a responsabilidade civil subjetiva na área médica. Portanto, essa culpa precisa ser apurada, ainda que por presunção relativa que admite prova em contrário.

Na área médica, em nosso modo de ver, está descartada a hipótese de aplicação da legislação consumerista quanto à presunção absoluta da culpa do médico.

Se pudesse ser aplicada presunção absoluta da culpa, prevista no Código de Defesa do Consumidor, o risco de não haver a cura do paciente adviria da atividade do prestador de serviços de saúde. O risco advém do problema de saúde do paciente. É aí que reside o risco efetivo.

Vejamos os exageros que foram praticados na França, berço da responsabilidade civil e onde estão os maiores doutrinadores do assunto. No chamado caso Perruche, uma criança ficou deficiente em razão de rubéola, contraída pela sua mãe durante a gestação. A mãe moveu uma ação de reparação de danos contra o médico, como se ele fosse o culpado pela doença. E ele ainda foi condenado ao pagamento de uma indenização porque ele não deveria ter impedido o aborto. Um absurdo! Outro exemplo ocorreu no Brasil em 2004. Um paciente perdeu a visão sofrendo de alto grau de miopia e predisposto ao deslocamento de retina após operação da catarata. O médico foi condenado a pagar indenização em primeiro grau. Entretanto, o dano foi causado pela doença do paciente e suas condições orgânicas não permitiriam que o oftalmologista resolvesse o problema, assim como bem assentou o STJ (STJ. 4ª Turma, AgRg no REsp 256.174 (DF),. Rel. Min. Fernando Gonçalves, j. 04.11.04).

Primeiramente, temos de separar os pressupostos da responsabilidade civil dos seus fundamentos. Não é difícil fazer isso. São três os pressupostos: uma ação que representa violação a um direito, no caso a vida ou a integridade física do paciente; o nexo causal, que é a ligação entre a ação e o dano; e o dano, seja material, seja moral. E quais são os fundamentos da responsabilidade civil?

Um desses fundamentos é a culpa, na chamada responsabilidade subjetiva. Em um processo judicial, deve ser analisada a vontade ou o modo de atuação do médico. Vontade de causar um dano raramente existe, mas o modo de atuação (a negligência, imprudência ou imperícia) existe ou não? Essa é a regra do Código Civil (art. 186): "Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito". É necessário, portanto, demonstrar a culpa do médico para responsabilizá-lo, porque sua responsabilidade é subjetiva.

A outra espécie de responsabilidade é a objetiva, fundamentada no risco, prevista no Código de Defesa do Consumidor (art. 14) e, como regra excepcional, no Código Civil (art. 927, parágrafo único). Aí, não importa a vontade ou modo de atuação do agente, basta a relação de causalidade entre a ação e o dano. A ação ou atividade, por si só, é considerada apta a gerar danos. É a atividade do médico que gera risco ao paciente? A resposta é não. É a doença do paciente que gera o risco. E, embora seja de pasmar, já se afirmou que a atividade do médico seria atividade de risco para a aplicação da responsabilidade objetiva, para condenar médicos que não tivessem culpa.

No caso dos hospitais e dos laboratórios, por outro lado, há aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor e da responsabilidade objetiva. Se uma cirurgia é interrompida por quebra de um equipamento ou por falta de energia elétrica, não será necessária a prova da culpa do hospital, sua responsabilidade é objetiva, de modo que é sua obrigação manter equipamentos essenciais ao dispor para substituir os que podem falhar ou ter geradores para casos de falta de luz.

Mas, no caso de infecção hospitalar, que também pode ser derivada da prestação de serviços exclusivos da empresa, devemos refletir sobre os cuidados da entidade hospitalar,

É necessário, portanto, demonstrar a culpa do médico para responsabilizá-lo, porque sua responsabilidade é subjetiva.

se está ou não dentro dos padrões técnicos aceitáveis; se não estiver, sua responsabilidade será objetiva, porque sua atividade passará a ser encarada como de risco, que efetivamente gera risco ao paciente; se estiver dentro das normas técnicas, pode ser feita prova de que o paciente, no estado em que foi internado, estaria sujeito a contrair a infecção, o que poderia ter ocorrido em qualquer outro lugar, ou seja, que a infecção não adveio das condições do hospital, mas, sim, das condições do próprio paciente.

Por outro lado, a falha em equipamentos não depende das condições físicas do paciente. É uma obrigação de resultado mantê-los e ter outros que possam substituir os que quebram. Se um equipamento falha há presunção absoluta da culpa. Basta que tenha ocorrido uma falha com a geração do dano para se configurar a responsabilidade.

Os resultados de exames, desde que não tenham sido questionados expressamente na sua redação final, representam também uma obrigação de resultado. Se o resultado do exame é "falso/positivo", assim deve ser observado entrega ao paciente. Mas se não existe essa observação, a responsabilidade do laboratório também será objetiva e independerá de demonstração da culpa.

Devemos, por fim, reiterar a importância da proximidade entre médico e paciente: uma meta dificílima nos dias de hoje, mas capaz de evitar uma série de processos judiciais.

Alguns exemplos contribuem para entendermos ainda mais essa problemática. Em 2009, um acórdão concluiu que a relação entre médico e paciente é contratual e encerrava, de modo geral, a obrigação de meio (STJ. 3ª Turma, REsp n. 1.104.665 (RS), Rel. Min. Massami Uyeda, j. 04.08.09).Outro julgado, agora do Tribunal de Justiça de São Paulo, apontou inexistência de responsabilidade indenizatória do médico por lesão decorrente de uma cirurgia de vasectomia, sem a prova da conduta culposa do profissional (TJSP. 1ª Câmara de Direito Privado, AC n. 919468-4-88.2008.8.26.0000. Rel. Des. Rui Cascaldi, j. 19.07.11); cientificamente, pelos dados que conhecemos, cirurgias dessa natureza não conferem ao paciente a certeza absoluta de que não mais poderá engravidar qualquer mulher; portanto, é necessário provar a culpa do médico para sua condenação na indenização, é preciso provar que ele agiu com negligência ou imprudência, ou, então, que o médico não informou o paciente desse risco de futura gravidez.

Mais um julgado, agora de 2005, definiu que não se pode excluir de modo expresso a culpa dos médicos e, ao mesmo tempo, admitir a responsabilidade objetiva do hospital para condená-lo a pagar indenização por morte do paciente (STJ, 4ª Turma, REsp n. 258.389 (SP), Rel. Min. Fernando Gonçalves, j. 16.06.05). Segundo o julgado, a responsabilidade objetiva circunscreve-se aos serviços relacionados única e exclusivamente com o estabelecimento empresarial hospitalar. Esse acórdão é um paradigma. Por quê? Quando os serviços ou a atividade são somente hospitalares (conservação dos equipamentos, por exemplo), podemos ter responsabilidade objetiva, independente da responsabilidade do médico. No entanto, quando estivermos diante de serviços que dependam da intervenção médica, no chamado erro médico, é preciso analisar a responsabilidade do médico antes de condenar o hospital.

Quando o assunto é cirurgia plástica, dados divulgados pelo CREMESP impressionam. Segundo o levantamento, 97% dos médicos processados não têm título de especialista na área. Lipoaspiração e implante de silicone são os procedimentos mais frequentes nos processos que envolvem não especialistas. Em sete anos, 140 profissionais foram condenados e nove registros foram cassados. Mas esse cenário não justifica a tendência do Poder Judiciário de condenar o médico sem apuração de sua culpa. Por vezes há até mesmo uma exagerada expectativa do paciente; se essa expectativa não foi gerada pelo médico, se o médico deu a devida informação ao paciente, ele não deve ser condenado. Que existem falhas nesta área e que são graves, não há a menor dúvida. Mas devemos, na área do Direito, analisar também a cirurgia plástica com base na obrigação de meios. Julgado do Tribunal de Justiça de São Paulo já considerou obrigação de meios a do cirurgião plástico em intervenção para retirada de tatuagem, que deixou cicatrizes, razão pela qual o médico não foi condenado (TJSP, Apelação 0014152-77.2003.8.26.0348, 26ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Renato Sartorelli, j. 01.02.2012).

Outro acórdão traça uma análise realista da atividade médica versus a expectativa do paciente: "é óbvio que, em determinadas circunstâncias, essa expectativa do paciente se situa além dos limites da medicina, o que é muito comum na área da cirurgia plástica" (TJSP, 6ª Câmara de Direito Privado, AC n. 587.037-4, Rel. Des. Vito Guglielmi, j. 11.09.08).

Consentimento informado não é o mesmo que a chamada medicina defensiva ou um meio de proteção ao médico. Consentimento informado é um processo pelo qual o paciente efetivamente tem a informação sobre o procedimento médico e suas consequências, tanto no sentido positivo, como no eventualmente negativo que podem advir. Nesse contexto, cabe destacar a diferença estabelecida pelo CREMESP entre consentimento livre e esclarecido e o mero termo de consentimento livre e esclarecido. O consentimento livre e esclarecido é o processo continuado da relação médico-paciente, obrigatório em todos os procedimentos médicos, conforme prevê o Código de Ética Médica. O termo de consentimento livre e esclarecido é o documento assinado pelo paciente, facultado, mas não obrigatório.

Na área do Direito, conheço muito bem as dificuldades dos médicos para obter esse consentimento esclarecido. Entretanto, sempre procuramos alertar que, embora não esteja prevista a obrigatoriedade do termo de consentimento, a ausência dele pode gerar mais facilmente a responsabilidade civil por causa das dificuldades na prova do esclarecimento. Reitere-se que não basta um simples papel assinado. É preciso que haja uma explicação ao paciente a respeito daquilo que está sendo assinado, que a linguagem seja clara e compreensível ao leigo na medicina, isto é o consentimento esclarecido. Lembremos que o dever de informação só depende do médico e não das condições do paciente, por isso é obrigação de resultado.

Em um acórdão de 2012 do Tribunal de Justiça de São Paulo, o médico foi absolvido (TJSP, 26ª Câmara de Direito Privado, AC 0014152-77.2003.8.26.0348, Rel. Des. Renato Sartorelli, j. 01.02.12). Por quê? A autora tinha ciência dos riscos da cirurgia. O médico tinha o termo de consentimento esclarecido e pode provar que prestou todos os esclarecimentos à paciente. Na interpretação do STJ, o médico que deixa de informar a paciente acerca dos riscos da cirurgia incorre em negligência e responde civilmente pelos danos resultantes da operação. Por exemplo, dependendo da tonalidade da pele, a tendência à formação de queloides é um fato altamente previsível, assim, haverá culpa do médico se ele não alertar o paciente para os riscos da formação de queloides.

Devemos, por fim, reiterar a importância da proximidade entre médico e paciente: uma meta dificílima nos dias de hoje, mas capaz de evitar uma série de processos judiciais.

Saúde na Mídia

MODERADOR
Álvaro Escrivão Junior
FGV-EAESP/GVsaúde

TEMOS AQUI DUAS jornalistas absolutamente credenciadas para falar sobre o tema Saúde na Mídia. Neste debate, discutiremos a forma de tratamento das dificuldades que temos em relação à mídia. Como a questão da saúde é vista, entendida e analisada pela mídia?

Uma primeira questão é como comunicar para os distintos públicos? Como o jornalista pode resolver esses conflitos no momento de "traduzir" o conteúdo médico para o público leigo, transmitindo a notícia corretamente, mas de uma forma que ela seja agradável para seu público?

Contamos hoje com a presença da Cláudia Colucci, jornalista da Folha de S. Paulo. Cláudia é formada pela Universidade de Ribeirão Preto, com mestrado em história da ciência pela Pontifícia Universidade Católica (PUC). Ela fez *Fellow* na Universidade de *Michigan*, um projeto sobre o conflito de interesses entre médicos e indústria farmacêutica e o jornalismo de saúde. É autora de três livros, dois na área de reprodução humana, com os títulos de Quero Ser Mãe e Por que a Gravidez Não Vem?, além de uma história da ciência intitulada Experimentos e Experimentações. Atualmente, é repórter especial da Folha de S. Paulo na área de saúde e colunista do UOL.

Está também conosco Fabiane Leite, bacharel em comunicação social pela Cásper Líbero e que cursou a Escola de Governo, conveniada à Universidade de São Paulo. Atua na cobertura de temas de saúde desde 1997. Iniciou a carreira no Jornal da Tarde, participou da primeira equipe da Folha Online e por sete anos foi repórter da Folha de S. Paulo, dedicada principalmente aos temas de saúde pública. Na Folha, participou em 2005 da cobertura do tsunami e, em 2007, retornou ao Grupo Estado, no qual atuou por três anos como repórter de saúde do jornal O Estado de S. Paulo e recebeu o prêmio da Bolsa Avina de investigação Jornalística, para a realização de uma série de reportagens sobre medicamentos. Atualmente, é produtora sênior do programa de saúde da Rede Globo, o Bem Estar, e mestranda do programa de saúde pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

DEBATEDORA
Cláudia Collucci
Folha de S.Paulo

ATUALMENTE, várias editorias da Folha de S. Paulo dedicam-se à cobertura de temas de saúde. Uma página fixa trata diariamente de saúde e ciência. No caderno Cotidiano, abordamos a saúde pública e os planos de saúde. O mercado de saúde ganha espaço no caderno Mercado. Se o caso for a saúde de alguma celebridade, a pauta fica a cargo da editoria de Ilustrada ou Mundo. E se alguma autoridade política, sai na editoria Poder.

Atuo como repórter especial, o que me garante flexibilidade para trabalhar em várias dessas editorias, embora minha maior dedicação é nas editorias Saúde/Ciência e Cotidiano. Cada cobertura tem as suas peculiaridades e desafios. No mundo político, por exemplo, é fundamental ter uma fonte de informação dentro do hospital para não depender das notas oficiais enviadas pelas assessorias de imprensa.

É uma área de muitos conflitos de interesse e, a todo momento, o jornalista precisa estar atento a eles. Tenho me especializado bastante nessa questão, inclusive, participando, nos últimos dois anos, de cursos relacionados ao assunto em *Michigan* e na *Georgetown University* em *Washington* (Estados Unidos). Esta é uma área pouco discutida no Brasil e cujas discussões estão bem mais avançadas no Exterior. Há dois anos faço parte da Associação Americana dos Jornalistas de Saúde e esse tema, em todos os congressos dessa entidade, tem grande destaque porque, mais do que nunca, saúde é uma indústria.

A indústria da saúde é uma das que mais cresce em nível mundial. Nos Estados Unidos, 16% do Produto Interno Bruto (PIB) é gasto em saúde. O Brasil, atualmente, é o nono consumidor mundial de medicamentos. Frequentemente verificamos problemas, como remédios retirados do mercado por conta de riscos. No setor privado e também no setor público, encontramos casos de desperdício e de excesso de exames totalmente desnecessários. Basta ir a um médico para percebermos a quantidade de exames solicitados. Ao mesmo tempo, o Brasil padece com a falta de acesso de 20% da população a medicamentos. E a partir do momento que não se tem acesso e a saúde é um direito universal segundo a Constituição, cada vez mais a população recorre à Justiça para lutar por seus direitos.

E para cobrir uma área tão vasta é preciso de gente qualificada. Mas qual é a qualidade desse jornalismo de saúde? No Brasil, há poucos estudos aprofundados a respeito. Nos Estados Unidos, ao contrário, a cobertura de saúde dos grandes jornais e emissoras de TV é avaliada diariamente por veículos como o site *Health News Review*.

O *Health News Review* consiste em um projeto que monitora os 50 maiores jornais e os canais de TV norteamericanos. É formado por uma equipe de 28 pessoas, entre médicos, pesquisadores, jornalistas e pacientes, que estabeleceram dez critérios para mensurar a cobertura de saúde pela imprensa, que seguem abaixo.

E para cobrir uma área tão vasta é preciso de gente qualificada. Mas qual é a qualidade desse jornalismo de saúde?

1) O site considera fundamental discutir o custo da saúde. Afinal, somos nós quem a financiamos, seja via iniciativa privada ou poder público, e nem todos apresentam condições para tal. Porém, na imprensa dos Estados Unidos, 70% das reportagens não discutem esse assunto.
2) As reportagens deveriam tratar necessariamente do tamanho real dos potenciais benefícios de um novo tratamento, por

exemplo. E devem avaliá-los em termos absolutos e não relativos, o que pode supervalorizar as supostas vantagens de uma droga.

3) É preciso explicar adequadamente e quantificar os potenciais riscos. As histórias precisam apresentar um retrato completo e quantificar.
4) Comparar uma nova ideia, tratamento ou uma droga, com as alternativas existentes. É necessário deixar claro o que já existe e o motivo pelo qual o novo é melhor. Todo ano temos um novo modelo daquele aparelho, que a indústria deseja comercializar, mas que em médio prazo não apresenta impacto algum no tratamento do paciente.
5) Procurar fontes independentes e explicitar os potenciais conflitos de interesses.
6) Evitar divulgar as chamadas doenças fabricadas, que comumente ganham destaque na mídia dos Estados Unidos.

A mídia tem um importante papel não só em divulgar as mazelas da saúde pública e os problemas da saúde suplementar, mas também na promoção e prevenção de saúde.

7) Revisar a metodologia do estudo ou qualidade da evidência. A reportagem deve refletir o entendimento de que nem todos os estudos são iguais. Os jornalistas, às vezes, falham em explicar a limitação dos estudos epidemiológicos ou observacionais. Um estudo observacional nunca consegue estabelecer a causa direta, uma causa e efeito direto. E qualquer relação que fazemos sobre isso é pura especulação, apenas para deixar a notícia mais chamativa e saborosa.
8) Apresentar a verdadeira novidade do produto, do procedimento, já que muitos não são novos.
9) Destacar a disponibilidade do produto ou do procedimento. De nada adianta divulgar estudos clínicos que sequer foram aprovados no país. E não é função do jornalista pressupor que, daqui a algum tempo, as autoridades de saúde do país referendarão essas conclusões do estudo.
10) Não confiar cegamente em um comunicado enviado por assessorias de imprensa. Para o *Health News Review*, o press release deve servir apenas para conhecimento e não embasar a reportagem. É preciso procurar fontes independentes. E mesmo publicações científicas são criticadas por exagerarem nos benefícios e esconderem as limitações, até porque muitos desses estudos também são financiados pelas indústrias.

Como se vê, muitos são os desafios, a começar pela capacitação do jornalista. Temos de evitar o reducionismo da informação, o conflito de interesses e o excesso de diagnóstico. Valorizamos demais o novo e pressupomos que ele é sempre a melhor solução, mas, na verdade, constatamos que o velho procedimento, em muitos casos, ainda é tão eficaz quanto o novo e mais barato. E, como jornalistas, não podemos nos esquecer das doenças fabricadas e de que convivemos com uma poderosa indústria nas áreas de saúde, remédios, alimentos, diagnósticos, hospitais e equipamentos.

Por fim, temos de discutir mais sobre a judicialização, tendência crescente no Brasil. Talvez os modelos inglês e canadense, nos quais o nosso Sistema Único de Saúde (SUS) foi inspirado, possam nos trazer novas ideias. Penso que, embora seja um direito garantido na Constituição, a Justiça não é o caminho mais adequado para suprir as demandas em saúde. Até porque algumas pesquisas já mostraram que só esse caminho só aumenta a desigualdade no acesso à saúde, porque é usado pelos que têm mais renda e mais educação. Para finalizar, quero dizer que a mídia tem um importante papel não só em divulgar as mazelas da saúde pública e os problemas da saúde suplementar, mas também na promoção e prevenção de saúde. Só tenho dúvidas se nós, jornalistas, estamos suficientemente preparados para isso.

DEBATEDORA
Fabiane Leite
Rede Globo

DEIXO CLARO

que não falo aqui em nome da Rede Globo nem do programa Bem Estar. Falo como jornalista e as minhas opiniões não representam exatamente as opiniões das Organizações Globo.

Primeiramente, considerei muito interessante um estudo mencionado em um artigo de autoria de Judith Brito, presidente da Associação Nacional de Jornais. Esse estudo mostra que 50% da produção de conteúdo jornalístico ainda vêm dos jornais, 46% das outras mídias tradicionais e só 4% das novas mídias. Os dados reforçam a importância dos jornais impressos na cobertura e repercussão de temas de áreas como a saúde.

Aliás, estamos acostumados a descrever a cobertura de saúde como se fosse algo homogêneo, mas, na verdade, é uma cobertura bastante heterogênea no Brasil e com mudanças frequentes. São vários os formatos. Até pouco tempo atrás, a Folha de S. Paulo mantinha uma página de saúde fixa, que agora foi agregada à editoria de ciências. A cobertura sobre o tema também é distribuída pelas editoras que cobrem temas sociais e do cotidiano, situação semelhante a outros jornais baseados em São Paulo. A cobertura conjunta de ciências e saúde acontece em O Globo. E as emissoras de TV dedicam, com regularidade, reportagens ou programas especiais sobre a área.

A saúde aparece ainda em veículos de negócios como o Valor Econômico, sob a ótica do mercado e da grande indústria. O assunto figura até em programas de entretenimento e nas novelas. E outros meios se propõem claramente a educar o público leigo, transmitindo informações relacionadas à prevenção e à promoção da saúde. É o caso do programa Bem Estar, da TV Globo.

Por que o maior grupo de comunicação do país investe em saúde? Pesquisas realizadas pouco antes da última eleição presidencial, em 2010, apontavam a saúde como a principal demanda do brasileiro. Não à toa a área é tema frequente de matérias no Jornal Nacional, no Jornal Hoje, em telejornais regionais como o SPTV, no Globo Repórter e em novelas como as do Manoel Carlos. Não podemos esquecer as reportagens exibidas pelo Fantástico, sempre citadas em palestras ministradas por renomados médicos. Bem-estar, qualidade de vida e receitas para evitar o estresse, se alimentar melhor e não adoecer estão constantemente na pauta.

Por que o maior grupo de comunicação do país investe em saúde? Pesquisas realizadas pouco antes da última eleição presidencial, em 2010, apontavam a saúde como a principal demanda do brasileiro.

Existe uma área bem espinhosa: a das novidades tecnológicas, que aprofundarei mais adiante. Buscamos sempre atualizar leitores e telespectadores com novidades, mas nessa seara podemos derrapar se não tivermos conhecimento dos conflitos que podem estar por trás disso. Quanto à cobertura da saúde pública – Sistema Único de Saúde, planos de saúde, gestões estaduais e municipais –, entendo que a imprensa presta um importante serviço à população, com uma abordagem bastante dura e crítica

Além disso, temos as *hard news* – denúncias, falta de insumos em hospitais etc –, que algumas vezes se misturam com o noticiário policial. Erros de atendimento são assuntos comuns e extremamente difíceis de ser tratados. Se em um processo judicial, já é tarefa árdua comprovar de quem foi a responsabilidade em

toda aquela cadeia de atendimento, imagine escrever uma matéria.

Na cobertura de desastres, emergências de saúde, epidemias, que considero ainda um gargalo, nem sempre acertamos a mão. Recordo daquela polêmica recente da cobertura de febre amarela, quando ainda estava na Folha de S. Paulo, quando estudos acusavam os jornais de terem promovido a vacinação em massa da população. Por outro lado, um levantamento da Agência Nacional de Direitos da Infância constatou que a maior parte das informações sobre a epidemia coletada pela imprensa partiu de fontes oficiais. Diante desse cenário, é preciso discutir quem errou mais ou se todos erraram.

E, por fim, a educação em saúde. Muitos formadores de opinião argumentam que educar não é função do jornalismo, entre eles o professor Bernardo Kucinski, para quem o jornalismo deve ser apenas. Ou como dizia Millôr Fernandes, "a imprensa é oposição, o resto é secos e molhados". Mas há quem acredite que é possível, no dia a dia, educar a população sobre saúde.

Com relação essencialmente aos planos de saúde, entendo que as operadoras são o retrato do serviço prestado aos seus beneficiários. Neste contexto, só posso elogiar o trabalho qualificado da imprensa ao repercutir conflitos com os usuários, a saúde financeira do setor e os movimentos de fusões e aquisições. E percebo um fenômeno curioso. Por muito tempo, a cobertura do segmento de saúde suplementar se restringia aos jornais econômicos, tendo as empresas de auditoria financeira como fontes privilegiadas. Depois ela migrou para as mídias que abordam temas sociais. É o que acontece, por exemplo, em O Estado de S. Paulo, que abarca em uma mesma seção Vida, Saúde, Educação e Religião.

Voltamos às espinhosas novidades tecnológicas. Ainda era iniciante no Jornal da Tarde quando alguma assessoria de imprensa despachou notícias sobre o equipamento hospitalar chamado *Gama Knife*, que permitia cirurgias cerebrais sem abrir o crânio. Foi organizada até uma coletiva de imprensa, com a presença das revistas semanais e de toda a grande mídia. Porém, dias depois, o Hospital das Clínicas avisou os jornalistas que já tinha um aparelho semelhante e que não era possível fazer tanto escarcéu por um equipamento já existente na rede. E me surpreendi ainda mais quando, no dia 2 de maio de 2011, uma agência de notícias europeia deu um pequeno destaque para a notícia sobre essa mesma novidade.

Outro exemplo curioso refere-se aos antiinflamatórios da classe do *Viox*, que supostamente não causavam grandes problemas, eventos adversos e problemas gastrointestinais. A chegada deles foi alardeada. Eu mesma participei, na época, de uma viagem a convite do laboratório, com autorização da então editoria de saúde do Jornal da Tarde, para mostrar o desenvolvimento dessa droga. E em 2011, a tal da substância ativa do medicamento começou a ser questionada por vários estudos até a comprovação dos riscos. O *Viox* foi retirado do mercado.

O jornalismo investigativo na área de saúde, aliás, é sempre uma questão delicada. Supostamente, os jornalistas são formados para investigar, mas para isso necessitam de infraestrutura da redação, principalmente do seu editor. Quando atuava em O Estado de S. Paulo, iniciei uma busca por casos de supostas vítimas da Talidomida. A tarefa foi exercida com grande dificuldade pela falta de recursos que os jornais enfrentam atualmente para uma ação desse tipo.

Agora, um exemplo de *hard news*: a notícia recente sobre a incidência da Escherichia Coli na Europa. No primeiro dia, saíram matérias falando do broto de feijão. No outro dia, era a falta de lavagem com hipoclorito. O tema causou pânico e exigiu que os técnicos fossem à TV pra explicar que não havia risco em determinados alimentos. Mais uma cobertura complexa, que coloquei como destaque, foi a da dengue e suas epidemias frequentes no Brasil. Agora, mais uma no Rio de Janeiro. O que falar? E, na época, verificou-se que os números de casos oficiais eram muito maiores do que o governo divulgava.

Já no que se refere às fontes de informação, considero que poucas são confiáveis e a relação com elas é sempre comprometida por questões políticas. E cada vez mais essas fontes estão cercadas por assessores de imprensa muito competentes, que evitam seu contato direto com o jornalista. A relação com entidades e conselhos de classe também está bem enfraquecida, com poucos especialistas munidos de dados relevantes e que mereçam credibilidade.

Os governos também são fontes, já que todas as secretarias de saúde têm assessorias de imprensa que oferece pautas exclusivas. Algumas têm redações maiores do que as editorias de saúde dos jornais, televisão e rádios. A assessoria contata um jornal para dizer "amanhã um ministro fará tal coisa. Você quer? Você tem três horas pra dar essa notícia com exclusividade". Claro que eu e vários colegas já fomos beneficiados. Quando era a sua vez, você ficava feliz. Quando não era, eu sempre achava muito curioso como a informação pública ainda é tratada dessa maneira.

Quando chegamos à indústria farmacêutica, vemos que ela sofre uma crise de credibilidade. Eu não queria, às vezes, estar na pele de assessores de comunicação da grande indústria farmacêutica. Por quê? No Brasil, propaganda de remédio para o público leigo não é permitida e cada vez mais, principalmente nos grandes jornais, existe

gente preparada para não cair em qualquer nova doença que é vendida.

Sobre os planos de saúde, como afirmei antes, noto que há uma grande discussão sobre a qualidade do atendimento, mas talvez a gente esteja se esquecendo um pouco sobre como tratar da concentração do mercado. O assunto permanece na esfera econômica, mas essa tendência vai, cedo ou tarde, afetar consideravelmente a saúde. Quanto ao SUS, o sistema é basicamente alvo de questionamentos relacionados ao acesso a recursos. De modo geral, entendo que há uma cobertura positiva, apesar de os gestores terem uma opinião diferente.

Por fim, quero analisar alguns desafios. Como produtora de um programa televisivo para o público leigo de classe C e D, eu e meus colegas tentamos todos os dias não impor uma série de regras na vida dos telespectadores. É claro que, na saúde, existem riscos socialmente aceitáveis e outros não, mas acho preocupante a cobertura cada vez mais focada em risco, assim como as mensagens dos órgãos de saúde pública e dos ministérios. Isso disfarça ou empana outras discussões relevantes.

Problemas também se revelam a partir de avaliações divulgadas por governos e institutos sobre como aplicar determinadas tecnologias em saúde pública. É o caso do psa para prevenir o câncer de próstata. Há algum tempo, participei de um congresso em que dois profissionais, um urologista e um médico de família, quase rolaram no chão. Enquanto este considerava uma besteira fazer o PSA (Prova do Antígeno Prostático), o urologista defendia a prática com base em histórias individuais de seus pacientes. O conflito tornou-se interminável a ponto de os participantes do evento saírem da sala. Na realidade são dois temas diferentes: um é a decisão individual, entre médico e paciente _sim, é preciso fazer PSA. Outro é a decisão do órgão de saúde pública sobre a necessidade ou não de se fazer um rastreamento em toda a população.

Outro dilema diz respeito à alimentação e os vários estudos que apontam os riscos e os benefícios de algum alimento. Você não come mais para se nutrir, e sim para prevenir, combater. O ovo é considerado vilão e depois seu consumo é plenamente liberado, deixando os consumidores muito confusos. As coberturas ignoram também a responsabilização dos pacientes. Afinal, o que está por trás daquele cidadão com hipertensão descontrolada? Ele abusa da alimentação, mas você descobre depois que ele tem dois empregos, três filhos para criar...

Outro exemplo complicado são as coberturas que mesclam ciência e saúde, porque, na verdade, a ciência ainda não é aplicável ao dia a dia da saúde pública. Por isso, publicamos alguns estudos com ratos em fase experimental como se representassem uma grande novidade. Isso é supercomum.

Outro dilema diz respeito à alimentação e os vários estudos que apontam os riscos e os benefícios de algum alimento. Você não come mais para se nutrir, e sim para prevenir, combater.

Vale destacar também as polêmicas sobre problemas de saúde de celebridades, a mais recente em torno da filha de Roberto Justus, que apresenta uma má formação craniana. Pressionado, o publicitário acabou explicando o problema para a Folha de S. Paulo, declarando não se tratar de uma doença mental. Muitas foram as críticas negativas à superexposição a que foram submetidos Justus e sua família. Mas outras pessoas entendiam que a divulgação era importantíssima, pois muitos pais não sabem o que fazer quando seu filho nasce com alguma deformidade do crânio. Fica o tema para reflexão.

Para concluir, gostaria de contar duas histórias que simbolizam muito bem essa dificuldade nas coberturas, o que uma simples informação pode significar no cotidiano das pessoas. Recentemente, uma grande amiga chegou um pouco ansiosa à minha festa de aniversário. Ela afirmou estar confusa em relação à linhaça. "Eu comprei a dourada, mas fulana foi lá em casa e disse que boa é a preta. Depois alguém disse que a linhaça tinha de ser moída e outra pessoa informou que deveria ser colocada em um pote fechado. No final, fui aconselhada a batê-la no liquidificador."

Uma telespectadora muito preocupada, por sua vez, nos procurou recentemente após assistir a matérias sobre os benefícios de malhar e a necessidade de reservar pelo menos 30 minutos e cinco dias por semana para a atividade física. Ela me questionou: "fulano estuda de manhã. Trabalha e volta para casa às 23h. Será que é melhor ele dormir as oito horas que vocês consideram ideal ou é mais recomendável ele malhar? O que é melhor? Vocês não querem responder isso?"

Visão Política da Saúde

Durante o 14º Semestre de Debates GVsaúde, pudemos conhecer os diferentes Olhares sobre a Saúde no Brasil. No debate do mês de maio, nos aprofundamos sobre a visão do ator político sobre a saúde.

O debate foi coordenado pela professora Maria Rita Garcia Loureiro Duran[2], chefe de departamento de gestão pública da EAESP-FGV, pós-doutorada em sociologia pela *New York University*, pesquisadora da Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo e membro da associação internacional *Political Science Association*.

Entre os palestrantes esteve o professor José da Silva Guedes, doutor em saúde pública pela faculdade de saúde pública da Universidade de São Paulo, professor pleno de medicina social da Santa Casa de São Paulo. Já atuou como secretário municipal da saúde de São Paulo, presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, secretário estadual de saúde. Atualmente, é consultor da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS.

Outra participação especial foi a da doutora Aparecida Linhares Pimenta, médica formada pela Medicina do ABC, mestre em medicina preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP e doutora em medicina preventiva pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. É fundadora e vice-presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, com larga experiência em defesa da rede municipal de saúde. **Álvaro Escrivão Junior**

2. *O texto da professora Maria Rita Garcia Loureiro Durand será publicado na próxima edição da Revista Debates GVsaúde.*

DEBATEDORA
Aparecida Linhares Pimenta
Secretaria de Saúde de Diadema

DEFINITIVAMENTE, a gestão municipal é minha praia. Desde 1985 trabalhei na gestão da Saúde em diferentes cidades do país. Foram seis anos em Bauru (SP), outros seis em Santos (SP), quatro em Chapecó (SC), oito em Amparo (SP), e agora estou há três anos e cinco meses em Diadema (SP). Com base nessa experiência, me sinto à vontade para analisar o papel do gestor municipal como ator político da saúde; e também como militante nas entidades representativas dos gestores municipais, como é o caso do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo - COSEMS SP, e o Conselho Nacional - CONASEMS, nas discussões do pacto federativo nesse setor. A própria legislação do SUS contém essa proposta extremamente ambiciosa de redes interfederativas, com organização de um sistema único com diretrizes e indicadores nacionais, mas com base local.

Mas quando falamos em base local, temos de ponderar o fato de existirem municípios absolutamente diversos em vários aspectos, inclusive em relação ao perfil demográfico. Temos a capital paulista com mais de 10 milhões de habitantes, e a pequena cidade de Borá, com menos de mil habitantes. Ante esse cenário, fica evidente o desafio de viabilizar um modelo nacional de administração da saúde, em um país com enormes desigualdades regionais. O Brasil é o único país do mundo com população superior a 190 milhões de pessoas que tem um sistema de saúde universal. E assim, vamos construindo na prática o pacto federativo por meio dos três entes da federação: União, Estados e Municípios. A União representada pelo Ministério da Saúde; os Estados representados através do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais da Saúde (CONASS) e os Municípios representados através do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEM), que representa os mais de 5 mil municípios brasileiros. Essas instituições se reúnem mensalmente em Brasília para discutir e deliberar sobre o Sistema Único de Saúde - SUS.

Do ponto de vista da gestão municipal, o desafio de construir o Sistema Único de Saúde no município é um desafio técnico e político. A partir do momento em que um prefeito, representando o conjunto de posições políticas de um ou mais partidos coligados, convida uma determinada pessoa para fazer parte do seu governo, torna-se impossível exercer a função de gestão pública exclusivamente com uma proposta técnica. Por quê? Porque vários atores políticos estão disputando diferentes projetos.

O próprio prefeito tem um peso fundamental na gestão da Saúde. Mas há outros atores políticos: os vereadores, a mídia, os profissionais do SUS, os conselheiros de saúde. O papel de todos esses atores é dinâmico, e em alguns momentos, é possível unir situação e oposição contra um determinado gestor, independente da questão partidária. E particularmente no caso do SUS, ao longo de seus 20 anos de história, observamos muitos gestores comprometidos com o sistema, mas também gestores que servem a outros interesses.

Os conselheiros dos conselhos de saúde - nacional, estaduais e municipais, são atores políticos importantes. Mas nem sempre estes conselheiros exercem, de fato, o papel de fiscalização e de controle social dentro do SUS. As conferências nacionais realizadas periodicamente são espaços fundamentais de debates sobre o SUS, mas as deliberações definidas nas Conferências Nacionais muitas vezes são incompatíveis com a realidade financeira e com a própria lógica de funcionamento do sistema. Por outro lado, compreendo que essa solução só poderia ser colocada em práti-

ca mediante o crescimento político da sociedade brasileira como um todo, para que ela promovesse um controle mais ativo do estado brasileiro. No que diz respeito à saúde, os conselhos e as conferências cumprem parcialmente esse papel, mas sabemos que ainda precisamos evoluir muito na gestão participativa.

Naturalmente, todo e qualquer prefeito tem um projeto próprio para a área de saúde e se pressupõe que esse programa foi referendado nas eleições pelo voto popular. No entanto, no caso do SUS não se pode olhar exclusivamente para um programa de governo do município sem considerar as diretrizes e o contexto do sistema nacional de saúde. Dessa maneira, a gestão local deve ter como meta articular os aspectos técnicos da gestão pública e a gestão política, e sempre pensando a dimensão interfederativa do SUS.

Ser gestor municipal da saúde requer cada vez mais qualificação e uma visão clara da realidade. Não podemos falar sobre a construção de uma nova forma de organização do modelo técnico-assistencial do SUS se não analisarmos as enormes diferenças entre os trabalhadores do SUS. O status da categoria médica não se compara com o poder das outras profissões da saúde. O gestor da saúde deve ter capacidade de estimular e induzir o trabalho multiprofissional. Em meio a esse contexto, cabe aos gestores criar condições objetivas para garantir um encontro favorável entre o profissional de saúde e o usuário, buscando construir dispositivos para que estes encontros produzam saúde e qualidade de vida.

Cabe aos gestores criar condições objetivas para garantir um encontro favorável entre o profissional de saúde e o usuário, buscando construir dispositivos para que estes encontros produzam saúde e qualidade de vida.

Um exemplo dessa realidade é a hipertensão arterial. Você pode simplesmente fazer o diagnóstico e prescrever medicamento, essencial para o controle da patologia. Mas pode também iniciar um projeto terapêutico para aquele indivíduo, que leve em consideração a vida que ele tem. A que momento se deve receitar um diurético? Como prescrever um diurético para um cidadão que passará duas horas dentro de um ônibus? E quanto tempo a equipe de saúde deve dedicar para um acompanhamento que leve em conta a singularidade de cada indivíduo? Trabalhar para que os profissionais de saúde se responsabilizem e se comprometam com a vida dos usuários é um desafio permanente dos gestores, seja no dia a dia do pronto-socorro, da Unidade Básica de Saúde e do ambulatório.

Administrar a saúde municipal significa ter capacidade para gerir essa disputa entre os vários atores e criar condições para que tanto na micropolítica do cotidiano dos serviços, como na macropolítica do SUS se caminhe na direção da defesa da vida, da qualidade, da prevenção, da promoção e da cura.

Contudo, mais um complicador: a saúde é muito mal vista pelos outros secretários municipais, por consumir muito recurso financeiro e gerar apenas resultados de longo prazo. Comumente, até aos olhos do prefeito é difícil entender um setor que gasta, gasta e não sai da liderança nos *rankings* dos principais problemas brasileiros. A situação é diferente do que se vê na educação, com várias iniciativas que registram impacto altamente positivo, inclusive reconhecimento político.

Na condição de gestora da saúde em diferentes municípios, pude compreender que o prefeito analisará o resultado do trabalho com um olhar diferente do seu. Ele é um ser eminentemente político, seu trabalho é de natureza política e não podemos considerar isso como um pecado. E é importante distinguir política de politicagem ou de clientelismo. É normal que ao prefeito interessa que a população identifique resultados visíveis de uma área que recebe recursos financeiros consideráveis.

Esse desafio soma-se ao trabalho pela articulação interfederativa, um enorme aprendizado sobre como fazer política de saúde, superando qualquer visão partidária, clientelista ou de curto prazo. Nos estados, as Comissões Intergestores Bipartites contam com representantes da secretaria de Estado e dos municípios, representados nos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), que funcionam regularmente no caso de São Paulo. Mas esta não é realidade Brasil afora. Há sempre o árduo traba-

lho de um ator político como o COSEMS para representar 645 municípios, cuja diversidade é enorme– com metrópoles e pequenos municípios. Cerca de 73% das cidades do Brasil contam com menos de 20 mil habitantes.

O COSEMS é a entidade que representa o conjunto dos municípios dos Estados, nas suas realidades tão diversas. E para dificultar ainda mais a construção do consenso, muitos municípios não entendem exatamente qual é o papel do conselho.

Pensem agora no trabalho de transpor esse cenário para a esfera federal, com o Ministério da Saúde como personagem principal, e o CONASS e o CONASEMS atuando na Comissão Tripartite. Estas Comissões foram institucionalizadas em lei federal somente em 2011; até então, tudo era regido por portaria, que qualquer ministro podia revogar livremente.

Entretanto, da concepção de um Sistema Único de Saúde com base no município; com coordenação estadual, com regulação do acesso, e fiscalização dos conselhos, e dessa legalização constitucional à colocação em prática de um modelo universal, a distância ainda é enorme. Além disso, é preciso reconhecer também a elevada dificuldade de construir o SUS com os princípios previstos na Constituição. Afinal, os países com sistemas universais são Portugal, com 10 milhões de habitantes (número inferior ao da capital paulista), e Espanha (15 milhões), Inglaterra (60 milhões) enquanto aqui projetamos um sistema para 190 milhões de brasileiros.

Nos últimos 20 anos, o sistema privado, que deveria complementar a rede pública, cresceu de maneira significativa. Como resultado, 45 milhões de brasileiros têm acesso a um plano de saúde, para os quais são revertidos 50%, quase 55% do que se gasta em saúde no país, enquanto os outros 45% são para o SUS que atende quase 150 milhões de usuários.

Além disso, ao longo desses 20 anos não conseguimos conquistar corações e mentes do povo brasileiro para a defesa da reforma sanitária e do sistema público de saúde. Recentemente, em um seminário sobre sistemas universais realizado em Portugal, foram apresentadas pesquisas que apontaram expressiva aprovação da sociedade à rede pública local. Aqui, ao contrário, as crescentes pesquisas revelam a insatisfação do brasileiro com o SUS. Os prefeitos e governadores, e mesmo a presidenta Dilma, se deparam com a saúde sendo foco de desgastes de seus governos. E esta situação compromete cada vez mais a defesa do SUS e a destinação de mais recursos financeiros para o sistema.

Constantemente mal avaliado, o sistema acaba sendo desvalorizado por quem toma decisão. O Congresso Nacional extinguiu a Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF, o que significou R$ 40 bilhões a menos no orçamento público, dos quais uma parte considerável era destinada à saúde. Mas essa medida seria efetivada se a saúde fosse realmente bem avaliada pela opinião pública? Trata-se de um ciclo vicioso, que transformam problemas como o subfinanciamento em obstáculos quase irreversíveis. Os países desenvolvidos investem mais de US$ 1.350 por habitante e nós, US$ 350. Na saúde, não existe milagre.

Por isso, acredito que precisamos continuar lutando para fazer o sistema de saúde alcançar o status de provedor da inclusão social. Lutar para aprimorar a gestão e garantir o acesso e a integralidade do SUS.

Não gosto de falar em retrocesso, mas estamos em um momento que exige reflexões profundas sobre vários desafios do SUS. Participei desde o início da fundação do COSEMS de São Paulo, fui a primeira presidente do Conselho e atualmente sou vice presidente do CONASEMS, dediquei minha vida ao SUS e acredito no SUS. Por isso, acredito que precisamos continuar lutando para fazer o sistema de saúde alcançar o *status* de provedor da inclusão social. Lutar para aprimorar a gestão e garantir o acesso e a integralidade do SUS. Existe uma ciência para ajudar a governar com mais eficácia? Se a resposta for sim, como incorporá-la de forma a diminuir o distanciamento entre as teorias da gestão pública e a rotina dos gestores?

DEBATEDOR
José da Silva Guedes
Fundação Butantan

COMO DEFINIR precisamente o político da saúde? Uma das hipóteses é alguém que está exercendo não apenas um cargo público, mas um cargo de nomeação política. Extraí algumas lições da minha própria experiência de três anos como secretário municipal do então prefeito de São Paulo Mário Covas, com quem trabalhei por outros oito anos no Governo do Estado. Atuei ainda como presidente nacional do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS com Adib Jatene como ministro da Saúde, o que ajudava a neutralizar a má imagem do não tão agradável governo Collor.

Uma das minhas sensações é a de que não basta ser secretário ou ter algum outro cargo. É preciso poder fazer. É preciso poder cumprir sua tarefa em relação à população. Por isso, entendo que o dirigente da área da saúde deve ser, fundamentalmente, um defensor da área da saúde, mais do que do governo do qual ele participa. Como pouca gente dá realmente prioridade para a área da saúde e se você é o responsável por melhorar o sistema de saúde em favor da população, você tem de enfrentar com muita frequência o seu governo.

A grande tarefa do político da área da saúde é estar na frente de luta, representando a população para obter recursos e aprimorar a qualidade dos serviços prestados. Esse papel pode ser focado na pessoa de um dirigente ou também em instituições criadas para representar segmentos da saúde. Um dos exemplos é o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, criado em fevereiro de 1982. Vivíamos ainda o governo Figueiredo, num momento de grandes dificuldades e de grandes expectativas.

Na época, uma grave crise pairava sobre a saúde, em três vertentes. Uma delas era a crise ideológica, por conta de grupos que estavam interessados em ampliar a assistência à população, modernizar ou aprimorar o padrão de atendimento, inclusive com reivindicações junto à Organização Mundial da Saúde (OMS). O objetivo era assegurar a saúde para todos no ano 2000. Já a crise financeira estava relacionada à ampliação do leque de beneficiários da previdência, incompatível com a situação econômica do período. Por fim, a turbulência político-institucional decorria da decisão do governo de cortar os gastos na área da saúde, sob a alegação da alta incidência de roubos e corrupção.

Em 1981, o governo federal cria o Conselho de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), na tentativa de atenuar os efeitos da crise. É interessante lembrar a importância da saúde previdenciária anos atrás, em detrimento da saúde pública – primo pobre dos orçamentos daquele momento. O Conselho era constituído por um representante de vários ministérios, do setor privado (que tinha contratos com o INAMPS), da área filantrópica (que tinha convênios com o INAMPS). Mas não havia representação dos secretários estaduais e de secretarias de saúde. Na realidade, quem comandava o sistema de saúde era o governo federal.

O CONASP apresentava pelo menos 12 programas propostos para reduzir gastos. Um deles sugeria trocar a famosa guia de internação hospitalar por uma autorização de internação hospitalar, como forma de garantir mais controle. Na oportunidade, foi estabelecido um custo médio de operações para poder pagar pela média e não custear a despesa que cada hospital alegasse ter. Paralelamente, havia movimentos reformadores da saúde. Uma iniciativa de reforma sanitária era comandada pelas universidades e pelos movimentos populares e sindicais. E em 1982, ocorriam as eleições diretas para governador, em um clima de abertura política e redemocratização.

Em 1983, os novos secretários de saúde assumiriam o cargo, com a sorte de receber

dos secretários anteriores o CONASS, que permitia discussão conjunta e representação junto aos poderes federais. O Conselho nasceu em Curitiba, mas na reunião anterior em Manaus, foram lançadas pela primeira vez bases para um trabalho conjunto. Os secretários propunham criar um fundo federal para financiar as secretarias de saúde estaduais a prestar assistência primária de saúde. Uma novidade total naquele contexto.

Com a criação do CONASS, decidiu-se que todos os representantes viajariam a Brasília para conversar com Delfim Netto, o poderoso ministro do Planejamento. Naquele período, acompanhei a caravana na condição de assessor de Adib Jatene, presidente do Conselho. Foi muito interessante ouvir do ministro a seguinte afirmação: "olha, consigam que seus governadores falem comigo que eu apoio a ideia. Marquem uma audiência com o Golbery do Couto e Silva (chefe da Casa Civil e Militar) porque vai ser importante. Vocês estão querendo 5% do imposto de renda, 5% do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, mas isto vai ser muito difícil e estou disposto a trabalhar alguma coisa para caracterizar o fundo. Só que vocês precisam saber o seguinte: só vocês falam que saúde é prioridade. Os governadores nunca me procuraram para falar disto, assim como os prefeitos também não. Aliás, hoje tem um grupo de prefeitos percorrendo todos os gabinetes para conseguir uma condição especial para o óleo diesel, porque para eles o transporte é prioritário".

Passados alguns meses, Adib Jatene recebe um telefonema de Delfim Netto, que afirma: "fizemos o fundo, mas você tem que falar com o Leitão de Abreu, que é o novo chefe da Casa Civil". "De fato, o fundo está criado, mas não será destinado às secretarias estaduais de saúde. Ele será colocado no Banco Nacional do Desenvolvimento - BNDE e vamos inserir um S no BNDE. Será o social do BNDE, um recurso para emergências nacionais a ser manejado pelo presidente da República, não pelos secretários estaduais de saúde".

Apesar da frustração, o CONASS se dispôs a tentar uma integração com o CONASP e passava a atuar como uma autêntica representação nacional dos secretários. Essa decisão foi politicamente muito importante, porque dos 12 programas que o CONASP propunha pra enfrentar a crise, um deles se chamava Ações Integradas de Saúde, mais conveniente para os secretários estaduais. A iniciativa permitia trabalhar diferentes níveis de assistência e contemplava também os municípios. Antes do CONASS, porém, já havia um movimento de secretários municipais e estaduais com foco na integração da assistência. Em São Paulo, vivemos um período muito fértil em dois mandatos do professor Walter Leser, que foi secretário estadual de 1967 a 1970 e depois de 1975 a 1978. Outro período muito rico foi a gestão do Ministro da Saúde Almeida Machado entre 1974 e 1978, quando vários jovens sanitaristas paulistas foram recrutados para tentar mudar o ministério.

A estratégia do Ministério da Saúde, face à reprovação da sua proposta foi admitir que a discussão ainda não acabara e propor a continuidade do debate ao nível das secretarias estaduais, cujas conclusões deveriam ser transmitidas ao ministério.

Nesse contexto, o ministério retomou as conferências nacionais de saúde. A terceira havia sido promovida em 1963 e a quinta edição aconteceu em 1975. A 6ª Conferência que ocorreu em 1977 teve como tema fundamental a rede de saúde. Em meio a uma briga com os poderosos cardeais da previdência, o ministério viabilizou a proposta de criação de duas redes – a médico-sanitária, sob responsabilidade do próprio ministério; e a médico hospitalar, que ficaria a cargo do INAMPS, mantendo a clássica separação entre medicina curativa e medicina preventiva.

Na plenária final dessa 6ª conferência, a platéia formada por cerca de 700 pessoas votou contra a proposta do ministério, um escândalo terrível. O clima durante a conferência era ruim porque, no primeiro dia, quando os relatores dos grupos de trabalho se reuniram para fazer o relato à comissão central, seus documentos foram tomados para uma suposta correção da linguagem. Na verdade, tratava-se de um grupo de censura.

Por isso, a estratégia do Ministério da Saúde, face à reprovação da sua proposta foi admitir que a discussão ainda não acabara e propor a continuidade do debate ao nível das secretarias estaduais, cujas conclusões deveriam ser transmitidas ao ministério. Não sabemos exatamente o que fizeram os outros estados, mas Walter Leser entrou em cena novamente para criar uma grande comissão, com representantes do INAMPS regional, da secretaria estadual, da secretaria municipal, da Faculdade de Saúde Pública, uma série de faculdades de medicina

da Universidade de São Paulo – Santa Casa, Ribeirão, Campinas, Botucatu – com uma atuação intensa nos departamentos de medicina preventiva. O grupo trabalhou aproximadamente um ano e propõe uma rede única. Ela poderia ser gerida em alguns pedaços por estado e por município, mas seria coordenada pela secretaria estadual de saúde e incluiria um fundo estadual para captar recursos de diferentes fontes.

Quando o projeto ficou pronto, acompanhei o Dr. Leser a um encontro no Rio de Janeiro com o então presidente nacional do INAMPS. A conversa transcorreu muito bem até o Leser ser questionado. "Qual é o orçamento da sua secretaria?". Após a resposta ouvimos a seguinte réplica. "Então me desculpe, mas sua proposta está errada porque o orçamento que meu INAMPS tem no seu estado é cinco vezes maior do que o da sua secretaria. E o senhor diz que vai coordenar e dirigir um fundo estadual de saúde. Como administrar algo muito maior do que a sua secretaria?" E acabou a discussão. O máximo que Leser pode fazer foi convencer o governador a enviar para a Assembleia Legislativa uma lei criando um fundo estadual de saúde. Dizíamos para Leser: "mas esse fundo vai nascer com que dinheiro?" Ele falou: "não importa, quando aparecer o dinheiro, o fundo já está criado". E assim é que existe o fundo estadual de saúde.

Em 1983, o governador Franco Montoro, recém-eleito pelo voto direto, indica à Assembleia o nome de Mário Covas para prefeito de São Paulo, cargo até então definido por indicação do Estado. Fazia dez anos que a secretaria estadual almejava um convênio efetivo com o INAMPS, a salvação para viabilizar o financiamento da rede básica. Covas assume o poder em 15 de março e em 28 de outubro assina o convênio com base nas famosas Ações Integradas de Saúde (AIS), o que gera uma repercussão significativa. Na capital paulista, os recursos obtidos por meio das AIS garantiam um aumento de 30% no orçamento do município, que seriam gastos livremente. Com mais recursos, uma das medidas foi a implementação de um terceiro turno de trabalho em todas as unidades de saúde da Prefeitura e a presença de clínicos em todas essas unidades.

A história do mundo e do Brasil é uma história de crises, e sempre a saúde está no fogo cruzado. Em 1993, por exemplo, os ministros da Fazenda e do Planejamento decidem, arbitrariamente, que o dinheiro arrecadado pela previdência não seria mais destinado à saúde. O presidente Itamar Franco foi obrigado a contrair um empréstimo junto ao Fundo de Apoio ao Trabalhador para poder custear os hospitais, já que não havia receita. A situação persiste em 1994 e, no ano seguinte, presenciamos um episódio marcante. Adib Jatene, ministro da Saúde do governo Fernando Henrique Cardoso, se reúne mais uma vez com o CONASS e afirma: "Vamos tratar de sensibilizar o governo". Ele agenda uma audiência com o prestigiado ministro da Fazenda Pedro Malan, com a presença de todos os secretários. Eu estava entre eles.

O encontro com Malan permitiu uma conclusão muito rápida e clara: não haveria mais recursos para a saúde além do já constava do orçamento, a menos que aparecesse "dinheiro novo", novos impostos ou novas fontes. "Mas no momento que estamos vivendo, o governo não vai apresentar para o Congresso nenhum pedido por mais impostos". Resultado: novamente o grupo de secretários estaduais sai decepcionado. Mas na tarde do mesmo dia, Adib Jatene participa de uma reunião com o presidente, a quem transmite a insatisfação dos secretários. Fernando Henrique responde: "Mas o Malan tem toda razão. Não há mais dinheiro além daquilo que está no orçamento, só se surgir dinheiro novo. Mas ninguém quer pagar novos impostos e o governo não vai fazer uma coisa dessas".

Este é um dos muitos exemplos de como, nesse setor, devemos assumir a frente de luta pela saúde, enfrentando inclusive outras áreas do governo ao qual pertencemos.

Jatene, então, inicia um discurso em favor da criação da CPMF, lembrando que vários países já haviam adotado medida similar. O presidente elogia, mas declara que "o governo não vai mandar uma proposta nesse sentido. No entanto, " você terá nosso apoio se conseguir mobilizar o Congresso para fazer isso acontecer". É aí que entra alguém com um olhar político na saúde. O ministro da Saúde, acompanhado de secretários do CONASS, percorre o país, mobiliza a indústria e comércio até conseguir a aprovação da tal CPMF – que obteve expressiva arrecadação.

Este é um dos muitos exemplos de como, nesse setor, devemos assumir a frente de luta pela saúde, enfrentando inclusive outras áreas do governo ao qual pertencemos.

Logística em Saúde: Especificidades e Semelhanças com outros Setores

O debate sobre a logística na saúde teve a coordenação do professor Manoel de Andrade Silva Reis, engenheiro naval, mestre em engenharia pela Universidade Politécnica da Universidade de São Paulo, PhD pelo Massachusetts Institute of Technology - MIT, professor de logística e operações da Fundação Getulio Vargas de São Paulo, coordenador do Centro de Excelência em Logística e Supply Chain - GVcelog e consultor da Mário Logística. Também atua como palestrante sobre temas ligados à administração da cadeia de abastecimento e de transportes.

A seleta lista de debatedores incluiu Elcio D'Affre Grassia, sócio-consultor da Integrare Consultoria, com foco em logística e gestão de cadeia de abastecimento. Contabiliza mais de 30 anos de experiência em logística, *supply chain*, operações, gerência geral, desenvolvimento de negócios em empresas como a *Rave Global Solutions*, McDonald's Brasil, Martin Brower Brasil e Nestlé do Brasil. É membro fundador e atual presidente do Capítulo América Latina do *Supply Chain Council*.

Outra participação de destaque foi a de José Carlos Camargo Nonato, administrador, pós-graduado em administração hospitalar com MBA (Master of Business Administration) em gestão de projetos e gestão de estratégia pela USP. Há 16 anos exerce cargos de liderança em hospitais em São Paulo, com ampla vivência em consultoria de custos hospitalares. Desde 2009 é gerente executivo da plataforma logística Centro Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde do Estado de São Paulo (CEADIS) e gestor da Farmácia Judicial mantida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com diferentes olhares confrontando a logística na indústria da saúde, tanto na esfera pública como na privada, tivemos um debate bastante abrangente. **Álvaro Escrivão Junior**

MODERADOR
Manoel de Andrade e Silva Reis
FGV-EAESP/GVcelog

NESTA RODADA de debates procuramos comparar a logística na saúde com a de outros segmentos como o de *food service*, sobre o qual discursou Elcio Grassia, respaldado pelo cargo de diretor de logística no McDonald's na América Latina por muitos anos. José Carlos Nonato, por sua vez, abordou a logística na saúde aplicada.

Pelas apresentações foi possível constatar uma semelhança muito grande entre as operações logísticas, a despeito de algumas diferenças relacionadas a fatores como o tamanho das unidades. As similaridades se estendem à gestão dos centros de distribuição, com uso de *pallets* e *porta-pallets*.

Também recebemos preciosas informações sobre estratégias logísticas ou estratégias empresariais, com dois exemplos emblemáticos. Um deles é o da Dell, que decidiu implementar um modelo de atendimento personalizado aos seus clientes, exigindo uma cadeia de abastecimento específica, sem intermediação de distribuidores e varejistas.

Outro caso marcante é o da Zara, que segue tendências. Comparece aos grandes desfiles, copia essa tendência e produz mais rapidamente do que quem criou, graças a uma cadeia de abastecimento que apresenta uma coleção nova em seis semanas. Na indústria de vestuário, esse prazo chega a oito ou mesmo nove meses. Além disso, a empresa trabalha com a sensação de escassez, mantendo pouco estoque nas lojas, mas com reposição rápida em virtude dessa excelência operacional, o que cativa especialmente o público feminino sempre ansioso por novidades.

Essas duas estratégias de sucesso são completamente diferentes, mas ambas estão plenamente alinhadas com a cadeia de abastecimento. No que se refere à saúde, pudemos entender melhor o conceito de centralização operacional proposto pelos Centro Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde do Estado de São Paulo (CEADIS), agregando hospitais públicos com indicadores de performance surpreendentemente altos, em torno de 98%. Tivemos ainda uma discussão relevante sobre a aplicação do conceito *on-time-in-full*, o OTIF, que consiste em entregar no tempo certo e completo.

DEBATEDOR
Elcio D'Affre Grassia
Integrare Consultoria

QUANDO ANALISAMOS a cadeia de abastecimento como um todo, enxergo cinco grandes atributos de desempenho: confiabilidade; responsividade, agilidade, custos e ativos. Não acredito, porém, em um sistema logístico excelente. Na verdade precisamos ter uma cadeia bem alinhada com a estratégia de negócio. Para isso, o caminho não passa por utilizar todas as características acima. Logística é fazer escolhas, tomar decisões pesando as prioridades estratégicas do negócio.

Tomemos como exemplo uma empresa como a Apple, que enfatiza relacionamento e inovação em detrimento de outros valores, eles não tem clientes, mas sim fãs. Para isso priorizam a intimidade com o cliente, suportada por uma logística responsiva que permite uma grande eficácia no lançamento de novos produtos, não dando tanta importância a custos e prazos. Já o WalMart preconiza preços baixos todos os dias, tornando custo o atributo primordial para sua excelência operacional. Mudam as prioridades estratégicas, mudam as estruturas logísticas.

A Zara produz 50 a 60% de suas roupas na Europa, onde o custo é mais elevado, coloca as roupas em cabides, os cabides em araras e estas em contêineres. De lá, a mercadoria é enviada por avião para entrega às lojas. A logística fica bem mais cara, mas também muito ágil. A marca é venerada no mundo da moda e dos negócios.

A C&A, ao contrário, produz na China, enche um contêiner e o conduz até um navio. Qual é a diferença? A proposta de valor. A Zara não se propõe a criar moda, mas a seguir moda e de uma forma muito rápida e a custos acessíveis. Na Espanha, existe um fenômeno chamado Z-Day, o dia de entrega da Zara no bairro é conhecido e aguardado ansiosamente pelas consumidoras.

As entregas são dimensionadas para permitir alguma falta de produtos, de forma que a chance da consumidora chegar numa festa com um modelo igual ao da vizinha é muito reduzida, algo muito valorizado pelas mulheres. Nenhuma loja da Zara aliás, tem área de armazenagem, todo o estoque está no ponto de venda. A marca optou pela agilidade, sacrificando custos e ativos. Também não posicionou a confiabilidade como valor prioritário. Mas eles oferecem seis coleções por ano enquanto seus concorrentes lançam duas. O segredo está na agilidade logística, uma escolha alinhada com a proposta de valor.

O segredo está na agilidade logística, uma escolha alinhada com a proposta de valor.

Esse conceito também se aplica ao setor de *food service*, com o qual tenho um bocado de vivência. Durante nove anos e meio trabalhei na Martin Brower, onde ajudei a montar a estrutura de distribuição para o McDonald's Brasil. De 28 restaurantes em São Paulo e no Rio de Janeiro quando comecei, o grupo chegou a 360 de Porto Alegre a Fortaleza. Depois permaneci dez anos no McDonald's, cinco dos quais na função de diretor de logística para a América Latina.

Nesse segmento, o operador logístico costuma atuar com foco na implementação física: o cliente escolhe o fornecedor, negocia preços, especificação de produtos e "passa a bola" para o operador logístico que compra o produto, definindo quantidades e a datas de entrega, como se fosse uma cooperativa de compras dos restaurantes. Afinal de contas, a maioria das redes é franqueada se você não reunir as compras num

único ponto, perde poder de barganha. E dentro dos restaurantes, há outras atividades logísticas, como controle de estoques, pedidos, controle de rendimentos e desperdícios.

Diante dessa realidade, sempre defendi uma visão mais abrangente de todas as etapas da cadeia de valor pelo. Gerentes de restaurantes precisam manter foco no atendimento a clientes e treinamento de funcionários. Sua última preocupação deveria ser fazer pedidos ou contar estoques. Mas se essas tarefas não forem bem conduzidas, o efeito chicote compromete todo o negócio. Por isso, se o operador tem *know-how* em administração de estoque, pode ajudar o restaurante com metodologia, capturando dados do *software* do ponto de venda, oferecendo sugestões de pedidos, fazendo reposição automática, entre outras ações para aperfeiçoar toda a cadeia. Sem essa visão panorâmica, as compras podem ser desproporcionais à capacidade de produzir e entregar produtos com vida útil remanescente suficiente para o restaurante trabalhar.

O modelo operacional no food service deve ser construído de dentro para fora. Os operadores logísticos devem estar no centro do processo, dando suporte às vendas, marketing e atendimento e não apenas entregando insumos.

No McDonald's, a regra é entregar produtos aos restaurantes com 2/3 da vida útil remanescente, mesmo se tratando de alface com dez dias de validade a ser entregue em Fortaleza. Vivi a contingência de importar alface da Flórida e da Califórnia para atender ao mercado doméstico. Mas por que tomamos tal decisão? Para garantir a ausência de surpresas. O cliente sabe exatamente o que irá encontrar quando decide parar em um restaurante. Para não haver surpresas, confiabilidade é o primeiro atributo a respeitar. Eu era cobrado por 99,8% das entregas sem erro, 90% das entregas no horário com tolerância de mais ou menos 30 minutos. É justamente a visão integral da cadeia, de ponta a ponta, que permite cumprir os atributos considerados prioritários para a sustentação do negócio.

O modelo operacional no *food service* deve ser construído de dentro para fora. Os operadores logísticos devem estar no centro do processo, dando suporte às vendas, marketing e atendimento e não apenas entregando insumos. No entorno ficam as estruturas fixas que asseguram a estabilidade do processo. A área de suprimentos mantém interface com a equipe de compras do cliente, o operador logístico efetua o primeiro controle de qualidade em nome do McDonald's, gerencia a armazenagem, tomada de pedidos e transporte. Ele assimila essas atribuições com muito mais facilidade do que um gerente de restaurante. O processo ainda conta com o envolvimento dos departamentos fiscal, financeiro e de Tecnologia da Informação.

Em suma, trata-se de uma empresa de serviços que, pela natureza do seu mercado, convive com um volume de compras e vendas monumental, sem objetivar lucratividade nas transações comerciais. O controle sobre esse processo, portanto, requer ainda mais rigor e uma inteligência logística capaz de garantir sua confiabilidade, que enxergue a estratégia do negócio como um todo e extrapole as dimensões tradicionais de um operador logístico.

Reconheço que meio a contragosto, fui levado a conhecer áreas de plantio de alface acompanhado da equipe de compras do McDonald's. Mas não fosse esse tipo de imersão, não teria aprendido que, depois de plantada a semente de alface, em torno do sexagésimo dia você colhe ou perde. Esse tipo de aprendizado foi fundamental para entender a realidade do agricultor (fornecedor do fornecedor). A responsabilidade da logística estende-se de ponta a ponta. Não temos que entregar o melhor preço do insumo na porta do cliente, mas sim entregar o melhor custo do insumo no preço que o consumidor vai pagar pelo do Big Mac (hamburguer comercializado pelo MacDonald's)

No dia a dia do *food service*, cuidamos do abastecimento, da produção, distribuição e vendas. E, ao convivermos com essa gama de processos, constatamos que poucas etapas representam tão bem a empresa como a entrega do produto pelo motorista. Por isso é tão importante conhecer a cadeia logística passo a passo.

Eu acredito que os motoristas são absolutamente fundamentais na formação da imagem do operador: podemos tomar o pedido certo, comprar e armazenar muito bem, separar e carregar os caminhões limpinhos e no horário, mas se o motorista chega ao restaurante de mau humor e xinga a mãe do gerente antes de começar a descarregar, nosso serviço foi uma droga. Mas se errarmos na tomada do pedido, chegarmos atrasados ou com o caminhão sujo, mas o motorista é atencioso, conhece o restaurante e os padrões do cliente, a chance de eventuais problemas serem resolvidos rápidamente são muito melhores.

DEBATEDOR
José Carlos Camargo Nonato

Centro Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde do Estado de São Paulo - CEADIS

A LOGÍSTICA HOSPITALAR é uma prática extremamente recente no Brasil. Para se ter uma ideia, a 1º Plataforma Pública do Brasil é a que gerenciamos e recentemente completamos 02 anos de operação. O Serviço Social da Construção Civil (SECONCI), existente há mais de 47 anos, é a entidade responsável por sua gestão. Mas qual relação de uma instituição voltada ao segmento de construção civil com a saúde? O SECONCI/SP iniciou suas atividades em um ambulatório, prestando assistência médica para profissionais do setor de construção. Desde então, acumulou experiência em saúde e, por meio de legislação específica, qualificou-se como organização social (OSS) nos âmbitos estadual e municipal.

Na esfera municipal, sua abrangência é bastante significativa na zona leste de São Paulo, realizando a gestão de 40 equipamentos de saúde. Junto ao Estado administra quatro hospitais e o maior Ambulatório Médico de Especialidades (AME Barradas), além do CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços), CEADIS (Centro Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde) e do SEDI (Serviço Estadual de Diagnósticos por Imagem). Formava-se, assim, uma rede, o que nos fez vislumbrar a necessidade de criar uma plataforma logística própria para gerenciar seus insumos, proposta à Secretaria de Saúde, esta não só aprovou a ideia como pediu um projeto ampliado para outros hospitais da rede.

A Plataforma CEADIS compreende 4 mil m² de planta física, atende mais de 1.500 leitos e mais de 5 mil itens armazenados. Está localizada dentro do perímetro urbano, mas bem próximo às principais marginais e rodovias, o que representa uma vantagem competitiva. Estamos perto dos nossos clientes e ao mesmo tempo de fácil acesso aos fornecedores. Como resultado, 11 instituições já são gerenciadas sob esse modelo e mantemos o armazenamento e distribuição para os sete polos de ostomia em São Paulo. Uma iniciativa de sucesso e em constante expansão, mas que nesta planta já atinge o seu limite de capacidade operacional.

O projeto foi concebido com a utilização dos duplos compartimentos – as famosas gavetas duplas, ao consumir um compartimento é realizado um pedido e a gaveta é reabastecida no dia seguinte, mantendo o conceito da demanda puxada. Cada hospital, em média, tem cerca de 700 dessas gavetas. O *Kanban*, palavra japonesa que significa placa visível, apresenta um código de barras, que identifica o produto, sua localização e centro de custo para mensurar a quantidade a ser reposta no compartimento.

> A acuracidade do estoque é fundamental para que a relação hospital-plataforma-fornecededor seja a mais segura possível.

Esse modelo operacional requer uma permanente e profunda interação com os hospitais, mas funciona de forma relativamente simples. O hospital formaliza sua compra junto ao fornecedor e este agenda a entrega no CEADIS. Esse processo pode ser interfaceado sistemicamente, dependendo da capacidade ou tecnologia que o hospital detenha, ou, pode ser realizada por meio dos nossos portais *web* para encaminhar seus pedidos e visualizar toda a movimentação de seu estoque. O material é

entregue na plataforma e depois, pela rotina dos *Kanbans*, é reabastecido para os hospitais.

Ainda por meio do portal *web*, é possível verificar o *status* do que foi comprado pelo Hospital, o que está em estoque, o que está sendo entregue e o histórico do consumo. Essa ferramenta possibilita uma avaliação mais precisa do fornecedor, o que contribui para qualificar o processo de entrega e também sinalizar precisamente qual a necessidade de compra de cada item. Se o Hospital estiver comprando a quantidade no tempo certo e na quantidade necessária, a operação na plataforma ficará linear, sem picos ou vales.

Atualmente, nossa capacidade operacional gira em torno de 80 a 90%. Um terço dos clientes é gerenciado por OSS e o processo de compra de produtos é similar ao de um hospital privado. Os demais atuam sob o regime de administração direta, com a utilização de pregões, licitações ou ATA de registro de preços, o que exige uma cobertura mais ampla do estoque, este perfil de cliente apresenta uma maior sazonalidade no volume de estocagem nos meses de novembro e dezembro.

De modo geral, a operação é extremamente fracionada e o volume de itens movimentados ou manipulados mensalmente chega a dez milhões de unidades, para este perfil de movimentação nosso contrato de gestão atende a metas rígidas e específicas. As exigências incluem a disponibilidade aos hospitais, no mesmo dia, de 75% dos materiais recebidos, índice máximo de 1,5 de perdas e avarias nos processo de movimentação e armazenagem, 95% de requisições entregues no prazo e 98% de requisições com entrega completa e correta. Para aferir o cumprimento do indicador de acuracidade dos estoques uma auditoria independente é contratada.

A acuracidade do estoque é fundamental para que a relação hospital-plataforma-fornecededor seja a mais segura possível, afinal de contas, o cliente estava habituado a armazenar tudo em seu próprio almoxarifado, e agora esse processo foi externalizado. Isso justifica a imposição de metas austeras, que levam a resultados excelentes como os 97% de aderência com relação aos prazos de entrega. É a garantia de eficiência na gestão do gasto público, seguindo modelos aplicados com sucesso em outros países.

FGV
GVsaúde
Centro de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da EAESP

Núcleo Diretivo

Ana Maria Malik - Coordenadora
Álvaro Escrivão Junior – Coordenador Adjunto

Comitê Assessor

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

Secretaria Executiva

Cinthia Ferreira Costa
Isabella Fumeiro
Leila Dall'Acqua

Debates GVsaúde

Debates GVsaúde – Número 14 – novembro de 2012 – 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.fgv.br/gvsaude

Coordenação geral do projeto da revista: Cinthia Ferreira Costa
Arte e diagramação: CrisTassi Design – e-mail: contato@cristassi.com.br
Produção: Scritta – www.scritta.com.br.
Revisão de textos: Leandro Luize, Aline Alvarenga e Eduardo Graboski.

A revista reproduz as apresentações dos debatedores do 14º Semestre de Debates GVsaúde, realizada na FGV-EAESP, entre março e junho de 2012.
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.

14º Semestre de Debates GVsaúde

Olhares sobre a Saúde no Brasil em 2012

19/03/2012 – Como a FGV vê a Saúde no Brasil
Debatedores
Enlinson Henrique Carvalho de Mattos – Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getulio Vargas – FGV-EESP
Regina Beatriz Tavares da Silva – Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getulio Vargas – FGV-EDESP
Moderador
Wilson Rezende Silva – FGV-EAESP/GVsaúde

25/04/2012 – Saúde na Mídia
Debatedores
Cláudia Collucci – Folha de S.Paulo
Fabiane Leite – Rede Globo
Moderador
Álvaro Escrivão Junior – FGV-EAESP/GVsaúde

29/05/2012 – Visão Política da Saúde
Debatedores
Aparecida Linhares Pimenta – Secretaria de Saúde de Diadema
José da Silva Guedes – Fundação Butantan
Moderador
Maria Rita Garcia Loureiro Durand – FGV-EAESP/GEP

28/06/2012 – Logística em Saúde: Especificidades e Semelhanças com outros Setores
Debatedores
Elcio D'Affre Grassia – Integrare Consultoria
José Carlos Camargo Nonato – Centro Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde do Estado de São Paulo – CEADIS
Moderador
Manoel de Andrade e Silva Reis – FGV-EAESP/GVcelog

FGV GVsaúde
Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da EAESP