

Desafio da Saúde Pública e Privada no Estado de São Paulo

NESTE PRIMEIRO

Debates de 2014, o 18º Semestre de Debates GVsaúde, vamos discutir “Os desafios da saúde pública e da saúde privada no Estado de São Paulo”, e mais que os desafios, as conquistas do sistema de saúde.

Debates de 2014, o 18º Semestre de Debates GVsaúde, vamos discutir “Os desafios da saúde

MODERADOR

**Álvaro
Escrivão Junior**

FGV-EAESP

E para essa discussão nós temos a satisfação de receber, e já agradecemos, dois debatedores, que vou apresentar. O primeiro é o dr. Renilson Rehem de Souza, que é o gestor do Hospital da Criança de Brasília José Alencar. O Renilson é médico formado pela Universidade Federal da Bahia e atualmente é diretor executivo do Hospital da Criança. Tem mestrado em administração pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a UERJ. E o Renilson é um grande batalhador da saúde coletiva, da saúde pública do Brasil. Ocupou vários cargos: foi secretário estadual de saúde da Bahia, atuou no Inamps, no Ministério da Saúde, foi secretário da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), no Ministério da Saúde, e secretário-adjunto aqui na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. E como especialista em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz, a Fiocruz, em planejamento de recursos humanos, e também planejamento de recursos humanos pela Universidade Federal do Ceará, em parceria com a Organização dos Estados Americanos (OEA), presta consultoria para o Conselho Nacional de Secretários da Saúde, o CONASS e organismos internacionais

como a OPAS, o BID e o Banco Mundial. Então nós temos uma pessoa que tem todas as condições de conduzir essa discussão sobre os desafios da saúde pública no Estado de São Paulo.

Nós também teremos aqui como debatedor o dr. Sérgio Ricardo Rodrigues de Almeida Santos, que é médico pneumologista, ex-coordenador do Grupo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo, da disciplina pneumologia da Unifesp; ex-coordenador da Comissão do Tabagismo da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia; com doutorado em ciências da saúde na Unifesp. Coursou também o Health Care Delivery, na Harvard Business School, e recentemente concluiu a pós-graduação de negócios em saúde aqui pela escola, FGV-EAESP. O dr. Sérgio Ricardo é diretor técnico assistencial da rede nacional de serviços próprios da Amil, onde participa da coordenação de 26 hospitais e aproximadamente 350 unidades ambulatoriais. Então, com certeza, o dr. Sérgio vai ter todas as condições de nos apontar quais são os desafios da saúde privada, mais especialmente na saúde suplementar, que é onde ele está militando no momento.

PALESTRANTE

Renilson Rehem

Hospital da Criança de
Brasília José Alencar

O PRIMEIRO COMENTÁRIO

que eu desejo fazer, embora sem fundamento científico, é uma reflexão com relação aos desafios que são comuns à área pública e à área privada.

Habitualmente, fazemos uma enorme distinção – a área pública é uma coisa e a área privada é outra. Mas, eu creio, pensando sobre esses desafios, que os mais importantes são comuns. E quais são os desafios? O primeiro deles é o aumento dos custos, que é comum às duas áreas. Além disso, tanto o setor público quanto o setor privado têm que enfrentar: as vantagens e os desafios decorrentes do envelhecimento da população, a incorporação de novas tecnologias, a inadequação do modelo assistencial, a carência de recursos humanos qualificados, as dificuldades em relação ao financiamento e à qualidade da gestão.

Se for feita uma pesquisa, tanto no setor público como no setor privado, sobre quais são os desafios, entendo que esses seguramente estarão entre os dez principais, e isso não é exclusividade de uma área ou outra.

Falando especificamente sobre os desafios da saúde pública, eu diria que o número um é constituir um sistema estadual de saúde. Primeiramente, é inegável que a descentralização e a municipalização que ocorreram nessas duas últimas décadas foram positivas, mas, sem dúvida, também trouxeram certa fragmentação do sistema, pois, na verdade, a descentralização, ao mesmo tempo que construiu a universalidade, que é um princípio fundamental do SUS (Sistema Único de Saúde), dificultou a integralidade. Por que ao conceder autonomia a cada ente municipal isso resultou em uma contribuição à universalidade? Porque os municípios passaram a se envolver com a questão da saúde. Antes do SUS, a saúde não era um assunto municipal. Algumas capitais tinham secretarias de saúde, muitas vezes saúde e assistência social juntas, mas

não era uma questão presente nas gestões municipais.

A descentralização fez com que os municípios se envolvessem e, assim, ocorreu uma ampliação da oferta da atenção básica, o que contribuiu enormemente para a universalidade do acesso ao sistema de saúde. Mas, à medida que cada ente fica autônomo, isso cria uma enorme dificuldade para a integralidade da atenção porque cada município não é capaz de atender sozinho a todas as necessidades de saúde da sua população e sempre vai depender de um outro. Por essa razão é que se pode afirmar que o grande desafio do setor público é constituir um sistema estadual de saúde.

Na verdade, é sempre recomendável a leitura dos artigos da Constituição, da Lei 8.080, da Lei 8.142, porque hoje quase ninguém mais lê e tem muitos aspectos que estão melhor explicitados na Constituição e na Lei 8.080 do que nas normativas atuais.

Senão vejamos: se olharmos bem, o artigo 198 da Constituição diz que os serviços irão integrar uma rede regionalizada, hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com determinadas diretrizes. E a primeira diretriz é a descentralização. E, de fato, foi priorizado um item em detrimento do *caput* do artigo da Constituição, ao se implementar a descentralização sem constituir redes. Na verdade, somente agora, depois de mais de 25 anos, é que está acontecendo o debate sobre a construção de Redes Regionais de Saúde.

Há que se lembrar que o início da implantação do SUS se deu no final de um período de ditadura. O poder central era visto como uma coisa demoníaca era

preciso descentralizar, e isso realmente trouxe vantagens. Não é possível deixar de reconhecer que foi um processo muito dinâmico, um processo político muito complexo, muito rico. Entretanto, trouxe, também, sem dúvida, uma dificuldade para a integralidade da atenção em função da descentralização, como dito anteriormente.

Para resolver isso, o desafio é organizar sistemas de redes regionais de atenção à saúde, o que pressupõe a articulação de serviços de distintas capacidades tecnológicas, localizados em diferentes pontos do sistema. Percebam que, ao falar de Redes Regionais, estou abstraindo a figura do município, estou falando do sistema estadual, dos serviços localizados em pontos diferentes desse sistema. Não sou contra o município nem contra a descentralização, mas, para constituir um sistema estadual de saúde, preciso ter esse ponto de vista, tenho que ter essa perspectiva. Porque, efetivamente, é preciso ter em mente o seguinte: o que se pretende, o que a organização deve garantir? Ações de serviços para todos, não só no sentido da universalidade, mas também da integralidade. Não faz sentido imaginar que um morador de um município de pequeno porte terá acesso apenas à atenção básica; terá que ter o acesso a uma atenção à saúde integral. Portanto, o passo seguinte ao atendimento integral é que este deverá conter uma atenção que seja resolutiva e que essa atenção seja de qualidade e tenha custos sustentáveis.

Voltando aos desafios comuns ao setor público e ao setor privado, temos o desafio da questão dos custos, que engloba a incorporação da tecnologia, o envelhecimento da população, a difusão da informação, e que gera demandas. Muitas vezes o paciente não procura o médico em busca da atenção. Ele procura o médico com uma demanda específica, quer fazer determinado exame, determinado procedimento. Vivemos hoje em um país com um novo padrão, uma nova realidade do ponto de vista do consumo. E, perpassando tudo isso, os interesses corporativos têm um imenso nível de complexidade.

Então, o que existe é um quadro de

necessidades crescentes contra recursos limitados. E é assim hoje, será amanhã e sempre. Na saúde, os custos sempre irão crescer e os recursos sempre serão limitados. Não há como imaginar que um dia haverá dinheiro para tudo na saúde, e quem assim imaginar, que mude de área pois isso não acontecerá.

Mas então, como enfrentar esse desafio?

Entendo que, no sistema público isso não acontecerá se o gestor estadual do sistema não assumir o seu papel de gestor estadual do sistema. Isso parece ser um jogo de palavras, uma coisa simplória, mas é a questão. Quer dizer, a Secretaria Estadual de Saúde tem que assumir o seu papel de gestor para constituir esse sistema estadual. Há uma distribuição desigual de recursos, uma distribuição desigual de população e é assim mesmo, não que seja errado. Existem municípios pequenos, municípios grandes, municípios que têm mais serviços e outros com menos serviços. Não dá como zerar tudo, fazer um planejamento e definir que vai colocar esse serviço aqui e aquilo acolá.

Sou um daqueles que acreditam – não que haja consenso e muita gente critica essa posição – que a função da gestão é diferente e deve ser separada da função da prestação de serviços. E quanto mais a secretaria for prestador de serviços, mais ela terá dificuldade para sair do papel de prestador e exercer o papel de gestor ou de reitoria, como se fala muito nos países de língua hispânica. Eis aí um grande desafio.

O terceiro desafio é mudar o modelo de atenção à saúde, um desafio tanto para o sistema público como para o sistema privado, dado que o nosso modelo continua voltado para as condições agudas, enquanto o que prevalece são as condições crônicas. De uma forma muito simples e direta, o que nós estamos fazendo? Nós estamos deixando – e em “deixando” ponham todas as aspas possíveis – que as condições crônicas se agudizem para serem atendidas. Cuidamos adequadamente do hipertenso, do diabético e os atendemos nas emergências, e só nas emergências. Pois está errado, o modelo

está errado! Temos o modelo vindo do século XX, antes da Segunda Guerra. A situação mudou completamente e esse modelo está equivocado. Precisamos mudar. As doenças crônicas não transmissíveis correspondem a 63% dos óbitos no mundo e 72% das causas de morte no Brasil. Estou falando de crônicas não transmissíveis.

Em resumo, correndo todos os riscos quando se faz uma síntese, qual é o modelo de atenção que nós temos? Clínica com baixa integralidade, com baixa resolutividade, a persistência do modelo queixa-conduta. Arrisco-me a dizer que, no Brasil, a medicina que se faz é 80% de queixa conduta – dor de cabeça/analgésico, febre/antitérmico – e por aí afora, com atenção prescritiva focada na doença, com muitas das vezes havendo falta de segurança para decisão clínica. Mais um detalhe, que eu vou abrir em seguida, é o modelo excessivamente, absurdamente, centrado na figura e no papel profissional do médico, que é fundamental para as condições agudas, mas não é o modelo mais adequado para as condições crônicas.

Como adequar o modelo à prática? Implantando-se um modelo de atenção voltado para as condições crônicas. Simplificando, eu diria, mais atenção primária à saúde e menos UPA (Unidade de Pronto Atendimento). Ou seja, mais tratamento da causa básica da doença do paciente e menos analgésico e anti-térmico. Não que possamos prescindir de unidades de urgência e emergência, mas não podemos querer resolver os desafios de um sistema de saúde com base na multiplicação de unidades de urgência e emergência. Porque, ao fazermos isso, estaremos deixando os quadros crônicos se agudizarem para serem atendidos nas emergências.

Desafio número quatro: recursos humanos. Creio que aquilo que vou dizer é ainda mais polêmico porque entendo que não há carência de recursos humanos, principalmente em São Paulo. Não estou discutindo a região Norte, alguma parte do Nordeste e do Centro-Oeste, estou falando de São Paulo e digo que não

há carência de recursos humanos, inclusive de médicos. O que há é aquilo referido anteriormente: o modelo de atenção excessivamente centrado no médico. E então acontece que quanto mais o sistema não resolve os problemas de saúde da população, mais necessita de médicos. Disponibiliza-se uma quantidade maior de médicos e maior número de casos não são resolvidos. E então o que parece é que precisamos contratar outros médicos. Contratar mais médicos. Dessa forma, isso não irá, a meu juízo, solucionar os problemas.

Apresento uma situação. Seguramente vocês devem conhecer alguém com um quadro parecido: paciente de 50 anos, do sexo masculino, obeso, hipertenso, fumante e sedentário. Sem dúvidas que existem muitos em todos os lugares. Como o sistema, seja ele público ou privado, vai melhor atender esse paciente? Com um médico? Independente da especialidade. Cardiologista? Tudo bem. Não. É endocrinologista? Não. Clínico geral? Independente da especialidade. Ou, na verdade, o que a gente precisa é de uma equipe multiprofissional, com médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, educador físico, farmacêutico e assistente social. Talvez esteja esquecendo algum profissional. Trouxe esse exemplo, mas existem vários outros de condições crônicas. Quem vai conseguir trabalhar melhor com isso?

Mas, alguém poderá dizer, além de não resolver o problema de *déficit* de médicos, você está querendo o *déficit* nas outras profissões? Não, pois entendo que nós mudaríamos a proporcionalidade. A equipe Saúde da Família hoje tem um médico responsável por três a quatro mil pessoas. A minha proposta para essa equipe é que ela passe a cuidar de dez mil pessoas e que vários profissionais façam o trabalho com o hipertenso, com o diabético, com uma menina de 12, 13 anos que engravidou, ou com alguém que teve um acidente vascular cerebral e está acamado ou tem restrição de movimento. Portanto, haveria uma divisão de tarefas que esses profissionais poderiam fazer de uma forma muito mais satisfatória do

que exclusivamente pelo médico. Porque a diferença está entre intervir ou cuidar, atender ou cuidar.

Penso que a condição crônica requer cuidados, muito mais do que atendimento. E acredito ser possível responder a essa demanda. Onde hoje existem queixas sobre falta de médico? Na atenção primária e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Se for feito esse ajuste de modelo, reduz-se a um terço a necessidade de médicos. E, a meu ver, melhora muito a qualidade da atenção.

No entanto, de fato, existe o desafio de qualificar os recursos humanos para um modelo adequado, pois os quadros existentes na praça não estão preparados para trabalhar dessa forma. E não é pelo fato de eles terem sido formados no modelo da intervenção. Veja-se a seguinte situação: em pleno infarto agudo do miocárdio é preciso uma unidade de emergência, um cardiologista, um cardiologista bem formado e com toda a estrutura para prestar o atendimento ao paciente. Se alguém apresenta um quadro de apendicite, deve ser levado para o hospital e um bom cirurgião deve realizar a cirurgia. Então isso está claro, funciona, mas não é o mais frequente, é uma pequena parcela das necessidades da população. E o sistema somente está preparado para atender a estes tipos de situação.

O desafio número cinco é a qualidade da gerência e da gestão. Faz-se essa separação porque no SUS gerência é de unidade, administração é de unidade, e gestão é do sistema. É preciso melhorar a qualidade tanto da gerência das unidades quanto da gestão dos sistemas de saúde. Com todo esse movimento que foi feito no país, de descentralização, envolvendo mais de 5.500 municípios, não houve nenhum movimento de qualificação de recursos humanos para a gerência ou para a gestão. Então, dirigir hospital hoje no Brasil continua sendo, na grande maioria dos casos, uma atividade improvisada, feita por amadores.

O governador tem um grande hospital no Estado e elege o pediatra do seu neto para ser diretor do hospital. Perde-se então um bom pediatra e se ganha um

péssimo diretor de hospital. Da mesma forma é a gestão. É claro que é muito mais complicado querer intervir na escolha do secretário estadual, do secretário municipal, do ministro, mas poder-se-ia pensar responsabilmente na formação de equipes técnicas qualificadas nos órgãos de gestão, nas secretarias estaduais e municipais, no ministério, porém, não é o que acontece.

Funciona da seguinte maneira: o secretário ou o ocupante de algum cargo de direção na secretaria, encontra um amigo que lhe diz: “Sabe, eu estava lá no Hospital X e tem uma enfermeira lá, que tem um tino para administração que é uma beleza. Você devia chamá-la para trabalhar com você na secretaria”. Ela é chamada. E assim a equipe é formada. Ou quando não se consegue ninguém recomendado e pergunta-se: “você quer ir trabalhar comigo?” E a pessoa não quer, pois vai perder dinheiro se for trabalhar no nível central. Como querer organizar o sistema? Como querer que o sistema tenha eficiência? E na direção do hospital está ou o pediatra do filho do governador ou um funcionário que ganha, talvez, uma gratificação de R\$ 3.000,00, R\$ 5.000,00, e vai dirigir um hospital que custa R\$ 60 milhões por ano, R\$ 100 milhões por ano, R\$ 200 milhões por ano.

Sempre se fala na questão do financiamento, que ficou por último, e não tenho dúvidas que temos um problema grave de financiamento. E também temos outro problema no mínimo igualmente grave, de mesma proporção, que é o da administração das unidades e da gestão do sistema. Sinceramente eu espero que a questão do financiamento não seja resolvida sem que seja resolvida a questão da gestão do sistema. Se isso ocorrer será um desastre, dado que a gestão pouco competente com pouco dinheiro faz um estrago menor do que uma gestão incompetente com muito dinheiro.

Portanto, há um problema seríssimo de administração, de gestão do sistema. É preciso resolver esse problema, discutir junto com o do financiamento. Então, não é lógico que não exista uma carreira que possa estabilizar equipes no Minis-

tério da Saúde, nas secretarias estaduais de saúde ou, pelo menos, nos municípios de grande porte, pois a gestão na área da saúde é extremamente complicada. Daí ser necessário ter um técnico que cuide da vigilância epidemiológica, da vigilância sanitária, da questão dos recursos humanos, da regulação, referência, contrarreferência, da atenção primária, atenção hospitalar, etc. É um mundo de coisas. E isso está sendo feito no improviso, sem gente preparada para cuidar dessas questões. Por isso entendo que, sem resolver esses problemas, não dá para afirmar que se está enfrentado o desafio da saúde.

E, por último, mas não menos importante, está o financiamento. Sabemos que a saúde consome muito dinheiro e, como dito antes, a cada dia irá consumir mais, não há jeito. Antigamente, para várias doenças nem existia diagnóstico, nem se fazia diagnóstico, nem se tratava, não se gastava com aquilo. Hoje, existe diagnóstico, tratamento e é preciso gastar muito dinheiro.

Pegando o exemplo das doenças raras. É uma coisa infinita, tantas são elas. Estima-se haver de seis a oito mil doenças raras. Há a questão do envelhecimento da população e, graças a Deus, iremos viver mais. Só que, novamente, de volta às condições crônicas, convive-se durante mais tempo com a doença, diferentemente da condição aguda, quando a pessoa ou fica curada ou morre. Se tiver uma apendicite, passará por uma cirurgia e então, ou ficará curada ou morrerá de apendicite, o mesmo ocorrendo se tiver qualquer outra doença infecciosa, ou seja lá o que for. Nas condições crônicas, não. O papel do sistema de saúde não é curar a condição crônica, mas sim cuidar para que se tenha mais qualidade de vida. E, quanto mais tempo a pessoa viver com essa doença crônica, melhor será o resultado que o sistema de saúde terá conseguido, sendo preciso, portanto, muito dinheiro.

É preciso enfrentar esse debate, que é algo meio proibido, não se pode discutir-lo. Mas o que é preciso discutir é que, se o Brasil quer efetivamente ter um sistema universal, tem que haver dinheiro público. Nós temos um gasto em saúde

equivalente ao dos países do Primeiro Mundo, apenas um pouco abaixo, mas com uma grande diferença: enquanto nesses países, deixando os Estados Unidos de fora, o gasto público está na faixa de 70%, no Brasil acha-se na faixa de 43% a 44%. Essa é a grande diferença. Então, se a gente colocar mais 30 pontos percentuais no gasto público em saúde, a coisa vai andar muito melhor.

E mais, se pegarmos as informações do financiamento à saúde, veremos que ao longo das duas últimas décadas cresceu muito a participação dos municípios.

A segunda onda foi o crescimento do gasto estadual e chegou-se a um impasse: há municípios gastando entre 30 e 35% de seu orçamento com a saúde. E a primeira queixa da população é exatamente sobre saúde. Isso serve para confirmar o que foi dito antes, há que se pensar essas duas questões juntas, quer dizer, é preciso pensar a gestão, a organização do sistema e o financiamento, pois mesmo que esses municípios dobrem seu orçamento para a saúde, isso não resolverá o problema, porque não é apenas uma questão de liberar o dinheiro.

Sem dúvida, é preciso destinar mais recursos públicos para a saúde porque a maioria, 56, 57% do gasto é privado, significando que as pessoas gastam do próprio bolso ou são as empresas empregadoras que cobrem esse gasto com planos e seguros de saúde. Esse é um desafio grande, mesmo para o Estado de São Paulo, onde existe financiamento público muito maior do que em outros Estados. Ou seja, tanto o governo do Estado como os municípios destinam muitos recursos para a saúde.

Entre os Estados, São Paulo é um dos poucos que têm uma dependência pequena dos recursos federais, sendo que ao menos 15 dos 27 Estados brasileiros dependem totalmente desses recursos federais. Entendo que o sistema público necessita de mais recursos e há que haver mais liberdade das unidades federativas quanto ao uso desses recursos, pois parece que ultimamente o Ministério da Saúde está estreitando em demasia os espaços para a utilização dessas novas verbas.

O QUE EU GOSTARIA

de comentar com vocês é muito parecido com o que já foi dito, os desafios são muito parecidos. Procurei focar nas alternativas e soluções que nós temos buscado para tentar resolver esses mesmos problemas. Farei uma abordagem um pouco pragmática de todos esses tópicos levantados e ressaltarei alguns aspectos um pouco diferentes.

PALESTRANTE

**Sergio Ricardo
Rodrigues de
Almeida Santos**

Amil

Confesso que, se fôssemos levantar todas as dificuldades, seria uma atividade de mais de 30 minutos, algo impossível de ser abordado. Mesmo porque, sendo a minha visão pragmática e focada nas soluções, e como não temos solução encontrada até o momento, resta-nos pouco a apresentar. Resumo então o que está sendo feito e assim ficará mais fácil discutirmos.

Em 2007, começamos dentro da empresa, a Amil, um fórum interno e passamos a trazer pessoas para discutir, dentro da empresa, o que poderíamos mudar,

A dificuldade maior naquele momento foi entender o quê precisaríamos mudar.

Vou, é claro, falar sobre a minha experiência na área direta da prestação da assistência. Portanto, não falarei tanto sobre outras áreas da empresa, mas, sobretudo, como a gestão da saúde pode colaborar para que uma empresa do setor resolva vários dos problemas identificados como cruciais para a sustentabilidade do modelo de saúde privada no Brasil.

Naquele momento, quando nos reunimos, chamamos várias pessoas que considerávamos capazes de ajudar na discussão sobre os problemas do sistema privado. Além de diversos nomes nacionais, Michael Porter, Clayton Christensen e Regina Herzlinger, pessoas que, na época, começaram a escrever sobre gestão e saúde, gestão de sistema de saúde, negócios de saúde, e vieram apresentar as ideias que viam em outros mercados, que poderíamos usar como *benchmarking*.

O primeiro grande diagnóstico ao qual chegamos: há necessidade premen-

te de integração de todas as informações que permeiam a assistência. Não há como fazer boa gestão se o profissional que está na ponta não tem acesso a todas as informações que ajudarão a gerir melhor a saúde. O profissional que está no ambulatório não sabe o que aconteceu no pronto-socorro pelo qual o paciente passou há três semanas, o mesmo ocorrendo com o profissional que está atendendo no pronto-socorro e não tem informações do acompanhamento clínico do paciente que está em ambulatório. Ambos tomarão decisões erradas, incorrerão na repetição de gastos que poderiam ter sido evitados caso ocorresse outra intervenção que fosse mais eficaz para resolver o problema do paciente.

A integração da informação foi a primeira grande conclusão a que nós chegamos. Dessa maneira, o exame que era feito aqui, duas semanas antes, não era disponibilizado no ambulatório nem no hospital. E se o paciente fosse ao hospital, muitas vezes não teria acesso àquele exame, pedia o mesmo exame de novo. O custo é duplicado, o que poderia ser evitado. Esse foi o primeiro grande problema que a gente identificou.

Talvez a primeira solução mais imediata para todos nós, aparentemente simples, seja um prontuário eletrônico, comum a todas as operações da empresa.

Naturalmente, deve-se começar pela rede de propriedade da empresa, na qual se desenvolverá um prontuário eletrônico que permeie todas as atividades de hospitais, centros médicos e de diagnóstico e, tentar implantá-lo na rede credenciada, ou seja, unificando a informação entre

todos os *players*. Assim é possível disponibilizar ao profissional da ponta uma informação de maior qualidade, que lhe possibilite gerir tanto seus recursos como a saúde do paciente.

Estamos há cinco anos nessa atividade e estou falando do nosso primeiro grande desafio e da primeira solução óbvia: conseguimos integração do sistema ambulatorial, de diagnóstico, e parcial do hospitalar. O sistema hospitalar é o último caminho para onde estamos indo.

O quê que isso isoladamente trouxe de benefício para o sistema? Hoje consigo permitir aquilo que chamamos de continuidade do cuidado, que ainda está prestes a se completar, e acredito que ainda vá demorar de dois a três anos para completarmos o ciclo todo.

Hoje, consegue-se, por exemplo, permitir que um profissional receba todas as informações vindas do ambulatório, atenda no pronto-socorro e ainda acione uma equipe que irá alocar esse paciente conforme o diagnóstico com o gestor do cuidado. O gestor ou coordenador assistencial, geralmente uma enfermeira, vai ser responsável pelo *follow-up* desse paciente durante toda a linha do cuidado para evitar, por exemplo, que ele se perca no meio do sistema. O gestor, ao receber sinalizações vindas do próprio sistema dizendo que determinado paciente faltou a uma consulta ambulatorial pós-passageira pela emergência, entrará então em contato com o paciente e informará que ele deverá passar por essa consulta, ao mesmo tempo que lhe perguntará se há alguma restrição à especialidade indicada, que poderá, por exemplo, após análise, ser redefinida. Assim, o gestor é responsável por fazer com que o paciente não se perca e não tenha que passar novamente pelo pronto-socorro devido a uma situação que poderia ter sido gerenciada ambulatorialmente.

Uma segunda questão levantada é que não existia uma hierarquização dos serviços como medida básica. Se os profissionais não trabalham em estruturas, níveis e até condições físicas adaptadas à hierarquização, não é possível deixar claro o papel de cada um dos serviços.

Começamos então a discutir com todos os profissionais como seria possível estruturar a carreira deles em cada um desses níveis hierárquicos.

Pergunta-se ao profissional se, ao invés dele trabalhar no centro médico, emergência, plantão de final de semana, fosse dar aula ou outra coisa. Se ele quiser trabalhar em emergência, já que há 20 delas nessa cidade, talvez uma próxima à sua casa possa interessar. Pode-se construir a sua carreira ou atividade, para que ele mantenha o foco naquilo de que gosta, que lhe dá prazer, tendo até mesmo ajuda para investir na carreira.

Isso teve enorme resistência, foi difícil de implantar porque, hoje, a maioria dos profissionais não quer colocar todos os ovos na mesma cesta, muito menos se a cesta for o serviço privado, o que é natural. Eu mesmo trabalhei, há muito tempo, nesse modelo. Fui profissional federal, concursado, dava aulas na Unifesp e não largava daquela cesta, porque tinha medo que acontecesse alguma coisa por aqui. Essa resistência do profissional da saúde é compreensível e natural, mas todas as vezes que fazíamos o ciclo de abordagem dos profissionais, angariávamos cada vez mais pessoas e esse é um trabalho que nunca acaba porque tem sempre alguém entrando.

Isso também só foi possível a partir do momento em que eu passei a demonstrar a esses profissionais que existia um investimento real na carreira deles. Foi quando criamos um instituto de ensino dentro da Amil para evidenciar o investimento. Temos, hoje, um instituto de ensino que é um dos mais fortes dentro do serviço privado de saúde no Brasil.

Para nosso orgulho, na semana passada batemos o recorde de treinamento. Foram treinados 3.400 profissionais da área da saúde, contra uma média semanal de 2.500 a 3.000 pessoas e, por isso, temos hoje um serviço forte, sob o patrocínio de várias empresas, como fabricantes de robôs, fabricantes de simuladores, instituições de ensino à distância, fornecedoras de material de ensino à distância, entre outras, formando parce-

rias no intuito de viabilizar o treinamento desses profissionais.

O terceiro grande desafio foi a falta de integração das unidades e a falta de orientação às unidades assistenciais sobre a maneira de trabalhar. Essas carências existem porque as unidades ambulatoriais trabalham de maneira totalmente independente dos hospitais. Não existe uma integração desses serviços e os hospitais não se sentem responsáveis pelas unidades ambulatoriais.

Geralmente é dito às unidades que atendam, peçam os exames, vejam os resultados e, se o paciente for internado, ele escolherá o pronto-socorro. Não se cria o conceito de regionalização, pelo qual se atende o grosso de toda a demanda, que é no mínimo 90% de todas as circunstâncias clínicas que podem surgir naquela região e, além disso, não é criado um sistema de referenciamento para alta complexidade. Se não organizarmos o sistema privado como o sistema público tem tentado se organizar, chegaremos ao ponto de ter, dentro de uma rede assistencial, 40 hospitais, e todos eles querendo fazer procedimentos de alta complexidade, como cirurgia cardíaca ou neurocirurgia.

Então é preciso olhar para todas essas redes, organizá-las, e definir quais devem prestar os 90% dos serviços essenciais, que são de baixa até média complexidade; e aquelas outras que irão concentrar os de alta complexidade. Ao concentrar a alta complexidade nesses serviços, reduzimos o erro, aumentamos a *expertise*, fazemos com que as equipes fiquem mais satisfeitas, atraímos melhores profissionais, conseguimos ter menos erros, menos desperdício. Ou seja, é um ciclo virtuoso que facilita muito a gestão e propicia melhores indicadores para comparar com o mercado. E a partir daí, criamos nomes de entidades que têm melhores resultados para apresentar ao mercado.

Começamos todo esse projeto em São Paulo, em 8 de agosto de 2008, para ser mais exato, já estruturando quais regiões do município, hospitais de referência, unidades assistenciais, ambulatoriais, ficariam vinculadas a cada região. Isso aqui, vocês já viram, é exatamente todo o trabalho que a rede pública tem criado ao longo de décadas. Estamos falando de décadas, mas é algo que o sistema privado de saúde não faz. E fica muito a dever nessa organização dos serviços.

Se não organizarmos o sistema privado como o sistema público tem tentado se organizar, chegaremos ao ponto de ter, dentro de uma rede assistencial, 40 hospitais, e todos eles querendo fazer procedimentos de alta complexidade, como cirurgia cardíaca ou neurocirurgia.

E criando unidades, aqui tomo São Paulo como exemplo, estamos falando de uma rede que é nacional. Mas estou falando aqui de São Paulo porque o tema é São Paulo. São criados serviços e hospitais, por exemplo, dedicados a determinados serviços. Então, por exemplo, citamos hospitais dedicados à cirurgia cardiovascular, hospital dedicado à neurocirurgia ou à cirurgia ortopédica, obstetrícia, barriátrica, e por aí vai.

E começamos a perceber que também era essencial mudar o modelo assistencial. Tínhamos o quarto grande problema: por que o nosso modelo assistencial não funciona? Não quero ser repetitivo, mas infelizmente, é porque ele está totalmente focado no médico. Na verdade, hoje, e eu falo isso com tranquilidade porque também sou médico, esse modelo está focado em duas entidades de forma incorreta: primeiro está focado no médico e no hospital. Isso porque responde à situação aguda e porque acredita que outros *players*, os outros profissionais da

área da saúde, não podem contribuir com o sistema ou não têm um papel em prol do sistema.

Ora, se a maioria das causas de hospitalização das quais estamos falando e a grande parte dos recursos é consumida pelos portadores de doenças crônicas, então a melhor forma de se fazer gestão da doença crônica é no ambiente ambulatorial. Temos de investir no ambiente ambulatorial. Se o modelo centrado na atuação do médico sabidamente está esgotado e não consegue contemplar isso, quais são os outros saberes que podem auxiliar na contenção da hospitalização? Bingo! Os outros profissionais de saúde têm esses saberes. Logo, poderemos apoiar esses profissionais médicos e não sobrecarregá-los, oferecer-lhes estruturas a fim de que façam a gestão das doenças crônicas para as quais têm dificuldades de cuidar sozinhos no consultório.

damente, aqui citando diversos estudos clínicos, é inequívoco o benefício que a intervenção comportamental realizada por um profissional de saúde treinado traz para a mudança de comportamento. Faz com que o indivíduo realmente atinja um objetivo no controle da sua doença crônica. E, ao entrarmos no modelo de doença crônica não transmissível, estamos falando de hipertensão, diabetes, tabagismo, obesidade, etc.

Esse programa, chamado de VivAmil, foi proposto para Profissionais não médicos atendendo em grupo e individualmente em modelo de *disease management*, ou seja, de gestão de doenças, focado nessas doenças crônicas de que nós falamos e em intervenções de pelo menos uma hora, estruturadas ao longo do tempo. Não é simplesmente reunir-se para discutir o que aparecer. Com um conteúdo programático a ser discutido, que dê para

esse indivíduo aquilo que hoje chamamos de empoderamento, o *empowerment* que lemos muito nos artigos. Isso é feito para que o paciente saiba lidar com a sua condição crônica e evite a hospitalização.

Quando começamos isso há quase dois anos, as pessoas diziam: “você é doido, até parece que os pacientes vão querer passar por consulta em grupo? O que é isso? Imagina! Ainda mais às vezes sem médico. Nossa! Isso não vai rolar”. No começo, realmente não rolou, foi difícil a gente começar a convencer as pessoas de que aquilo poderia trazer benefícios.

A nossa meta é terminar o ano com algo em torno de meio milhão de atendimentos no município de São Paulo, com intervenções por profissionais não-médicos, realizadas em grupo ou por telefone. A tendência hoje, por todas as projeções que temos feito, é que iremos chegar, no ano, a meio milhão de atendimentos a pacientes em programas de controle de doenças crônicas.

Vou apresentar um grande exemplo para vocês, o programa PRO Mamãe e

A tendência hoje, por todas as projeções que temos feito, é que iremos chegar, no ano, a meio milhão de atendimentos a pacientes em programas de controle de doenças crônicas.

Então, quais são os profissionais? Aqui, já foi falado, mas podemos falar da presença do nutricionista, do fisioterapeuta, do psicólogo, do educador físico, da enfermeira e de diversos outros profissionais dentro desse cuidado essencial, que é predominantemente dedicado às doenças crônicas. Por isso, desenvolvemos um programa chamado VivAmil. Mas, antes de falar do VivAmil, quero dizer que sou pneumologista e dediquei a minha carreira ao tratamento de tabagismo. Na intervenção do tratamento do tabagismo, temos uma formação muito forte, somos quase que catequizados muito fortemente para investir em intervenção comportamental em favor da mudança de comportamentos. E, comprova-

Bebê, onde vemos hoje uma possibilidade: ao se focar na mudança do modelo assistencial e na forma como se faz a gestão da saúde, consegue-se impactos inesperados. Quando é criado um modelo de acompanhamento de gestantes, é óbvio que já existe aquele modelo de que todo mundo já ouviu falar: um pré-natal bem mais reforçado, os encontros em grupos discutem temas específicos. Porém, o que não imaginamos é que um programa como esse, por exemplo, pode fazer cair em 70% o volume de leite artificial prescrito nas unidades hospitalares. As unidades nos relatavam: “olha, o percentual de aleitamento até a terceira hora, que no início desse projeto na nossa rede era inferior a 50%, hoje está em 89%. O projeto fez com que as mães não tivessem mais problemas de amamentação durante o curto período de internação e os médicos não prescrevessem mais o leite artificial”.

Outra coisa que precisamos ter é um sistema de transporte adequado. Infelizmente, no Brasil são poucos os serviços de transporte inter-hospitalar ou interunidades adequados. É premissa para esse modelo, e isso é uma coisa na qual trabalhamos muito. Para desospitalizar é preciso ampliar o acesso ambulatorial e, se o acesso ambulatorial não é ampliado, se não se perder o medo de gastar mais no ambulatório, mais será gasto no hospital.

O sistema de transporte inter-hospitalar nos ajuda a fazer o referenciamento principalmente porque, quando eu digo ao paciente que tenho 90% de todas as suas necessidades atendidas na região que ele escolher, estou dizendo que ele pode trocar de região na hora em que desejar, quem determina isso é o usuário. Mas se ele definiu uma região e precisar de um cuidado de alta complexidade, eu tenho que oferecer o transporte, pois não terei em todos os cantos da cidade cirurgias-cardíacas fazendo cirurgias cardíacas em todos os hospitais. Então, eu tenho que ter uma unidade de transporte que tenha a mesma qualidade para que esse indivíduo não se perca no meio da nova modelagem do sistema. E, hoje, o nosso sistema de transporte é acreditado pela *Joint Commission*.

Quanto ao serviço de telemedicina, é possível fornecer apoio técnico de alta complexidade à estrutura de médicos, para aumentar a resolutividade. Chegamos a um outro problema que foi apontado: falta de resolutividade no sistema. Aumenta-se a resolutividade se existirem pares da mesma especialidade contratados para discutir casos continuamente e se for implantado um serviço de teleconferência simples em todas as unidades assistenciais. É simples, ele não é caro na ponta, é caro na outra extremidade, onde o profissional pode receber chamadas de toda uma rede. Mas, mesmo assim, é muito mais barato que a falta de resolutividade que existe hoje nos sistemas onde o encaminhamento, é regra, e não exceção.

Também percebemos que isso foi um golaço no meio do sistema porque os médicos acabam por gostar muito mais de um sistema onde eles podem se consultar com um médico de outra especialidade. Hoje temos serviço de telemedicina para cirurgia geral, obstetrícia de alto risco, pediatria, pneumologia, cardiologia, neurologia, neurocirurgia, neuropediatria, e por aí afora. São estratégias suplementares que podem ser utilizadas também para melhorar a assistência dos profissionais.

Acreditamos muito que os organismos de acreditação são uma boa estratégia para melhorar processos dentro das unidades hospitalares. Eles nos ajudam a amplificar ou melhorar a segurança dessas unidades e obter melhores resultados, principalmente na questão da gestão. Mas não são a solução para todos os problemas. Os serviços de acreditação podem servir como um grande apoio às unidades.

No que se refere a facilitar o acesso através de agendamento de consultas via web, no início nos falaram: “ah, a população brasileira não vai acessar isso”. Temos em média 450 mil agendamentos por mês na nossa rede que foram feitos pela internet. Vamos lançar esse mês o aplicativo Mobile.

Todo esse modelo foi reconhecido depois em Harvard. Fomos convidados para descrever isso. Eles vieram, analisaram, auditaram os serviços, aferiram os indicadores, foi como um modelo de acreditação.