TERÇA-FEIRA, 28 DE MAIO DE 2019 **FOLHA DE S.PAULO** ★★★

mercado

O custo (de oportunidade) do BPC

Crianças pobres são relativamente negligenciadas nos programas de assistência

Cecilia Machado

Economista, é professora da EPGE (Escola Brasileira de Economia e Finanças) da FGV

É inegável que os programas de assistência social são fundamentais para assegurar condições dignas à população em vulnerabilidade socioeconômica. No Brasil, são muitos os programas com tal finalidade, em particular o Bolsa Família e o BPC.

Apesar de terem finalidades semelhantes, os programas estabelecem critérios bastante distintos para a superação da pobreza das crianças e dos idosos e deficientes.

De forma genérica, pode-se classificar o Bolsa Família como um programa que serve famílias com crianças e jovens em situação de pobreza, enquanto o BPC serve famílias com idosos e deficientes em situação semelhante. Mas, vistos sob esse prisma, fica evidente perceber a assimetria de tratamento que crianças e idosos e deficientes pobres recebem. Vejamos.

Para uma família ser elegível ao Bolsa Família, ela deve ter renda per capita familiar inferior a R\$ 178. Mas os benefícios recebidos dependem da composição familiar. Em linhas gerais, famílias sem crianças e adolescentes não recebem nenhum benefício do programa, a não ser que se encontrem em situação de extrema pobreza.

Entre as famílias pobres, temos aquelas com apenas uma criança recebendo R\$ 41, e aquelas com cinco crianças e dois adolescentes recebendo o valor máximo de R\$ 301.

Agora considere uma idosa elegível ao BPC. Para tal, ela deve estar em uma família com renda per capita inferior a um quarto do salário mínimo —R\$ 249,5—, independentemente da composição da

família, ou seja, com ou sem crianças. O valor associado ao BPC é um mínimo, R\$ 998. O recebimento não depende de contribuição à seguridade social, e é possível acumular mais de um BPC por família. Mas, diferentemente do Bolsa Família, o BPC é uma transferência individual diretamente associada à idosa.

Comparando uma criança pobre a uma idosa pobre, percebe-se que o critério de renda para qualificação à assistência é mais estrito para as crianças —a família da criança precisa ser mais pobre que a família da idosa—, assim como também a magnitude do benefício concedido, que pode ser até 24,3 vezes maior considerando uma família pobre com só uma criança.

De forma não surpreendente, o custo monetário do BPC é substancialmente maior que o do Bolsa Família. Enquanto este atendeu 45 milhões de pessoas em 14 milhões de famílias com orçamento de R\$ 29,9 bilhões em 2018, o BPC atendeu 4,5 milhões de idosos e deficientes com R\$ 50 bilhões em 2017.

Idosos e deficientes pobres não devem ser excluídos da rede de proteção social, assim como é inapropriado dizer que sua situação de vulnerabilidade é desimportante. Mas os tempos são de escolhas difíceis. Que fique claro que as crianças pobres estão sendo relativamente negligenciadas e prejudicadas nos programas de assistência.

E, se considerarmos que o retorno social de investir em uma criança pobre extrapola o retorno privado para ela em segurança alimentar, educação e subsistência básica —contribuindo na formação de adultos mais produtivos, saudáveis, educados e menos dependentes de assistência social—, os benefícios da assistência às crianças são ainda mais persistentes.

O cobertor do Orçamento é curto, e transferências concedidas a alguns são transferências não concedidas a outros. O real custo do BPC vai além do impacto direto no Orçamento e envolve, de forma objetiva, o custo de oportunidade do investimento nas crianças pobres.

Encarando de forma honesta a situação fiscal, uma análise de prioridades entre crianças e idosos é de primeira ordem.

D S T Q Q S S Samuel Pessôa | Marcia Dessen | Nizan Guanaes, Cecilia Machado | Helio Beltrão | Laura Carvalho | Nelson Barbosa, Pedro Luiz Passos | Rodrigo Zeidan

Vou ignorar Trump, diz presidente da Huawei

'Se ele me ligar, posso nem atender', afirma executivo de gigante chinesa da tecnologia alvo de sanções de Washington

são paulo O fundador da Huawei, Ren Zhengfei, adotou, em entrevista à Bloomberg, um tom desafiador a Donald Trump, que, no dia 15, editou uma ordem executiva que proíbe transações que "apresentem riscos inaceitáveis" para os EUA. A medida atinge em cheio a companhia chinesa, acusada de espionagem.

"Mesmo que os EUA quei-

turo, talvez eu não os venda. Não há necessidade de negociação, eu vou ignorar Trump e, depois, ignorar aqueles com quem ele [Trump] negociar. Se ele me ligar, eu posso nem atender", diz Ren.

As sanções americanas à Huawei fazem parte da guerra comercial entre os dois países, que se intensificou no úl-

ram nossos produtos no fu- timo mês. Trump admitiu que a companhia pode ser uma moeda de troca em um possível acordo. Após anunciar a proibição de importações da companhia chinesa, o governo americano adiou a medida em três meses.

> "Eu vejo os tuítes de Trump e acho engraçado, pois são contraditórios", declara Ren. A Huawei é a número dois

no mundo em smartphones e líder da tecnologia 5G (quinta geração de telefonia móvel).

As restrições, mesmo que adiadas, preocupam a empresa, que pediu apoio à Europa.

"Se uma companhia não quer trabalhar conosco, é como um buraco em um avião. Vamos trabalhar para tapar o buraco, mas o avião ainda pode voar. Dos chips que usamos, metade é americana e a outra é nossa", disse Ren, insinuando que pode aumentar o uso de chips próprios.

Mas, caso a sanção de Washington seja derrubada, o empresário diz que irá continuar a comprar dos americanos.

Quando lhe foi perguntado quanto tempo a empresa pode aguentar sem transações com os EUA, o bilionário chinês adotou tom de incerteza.

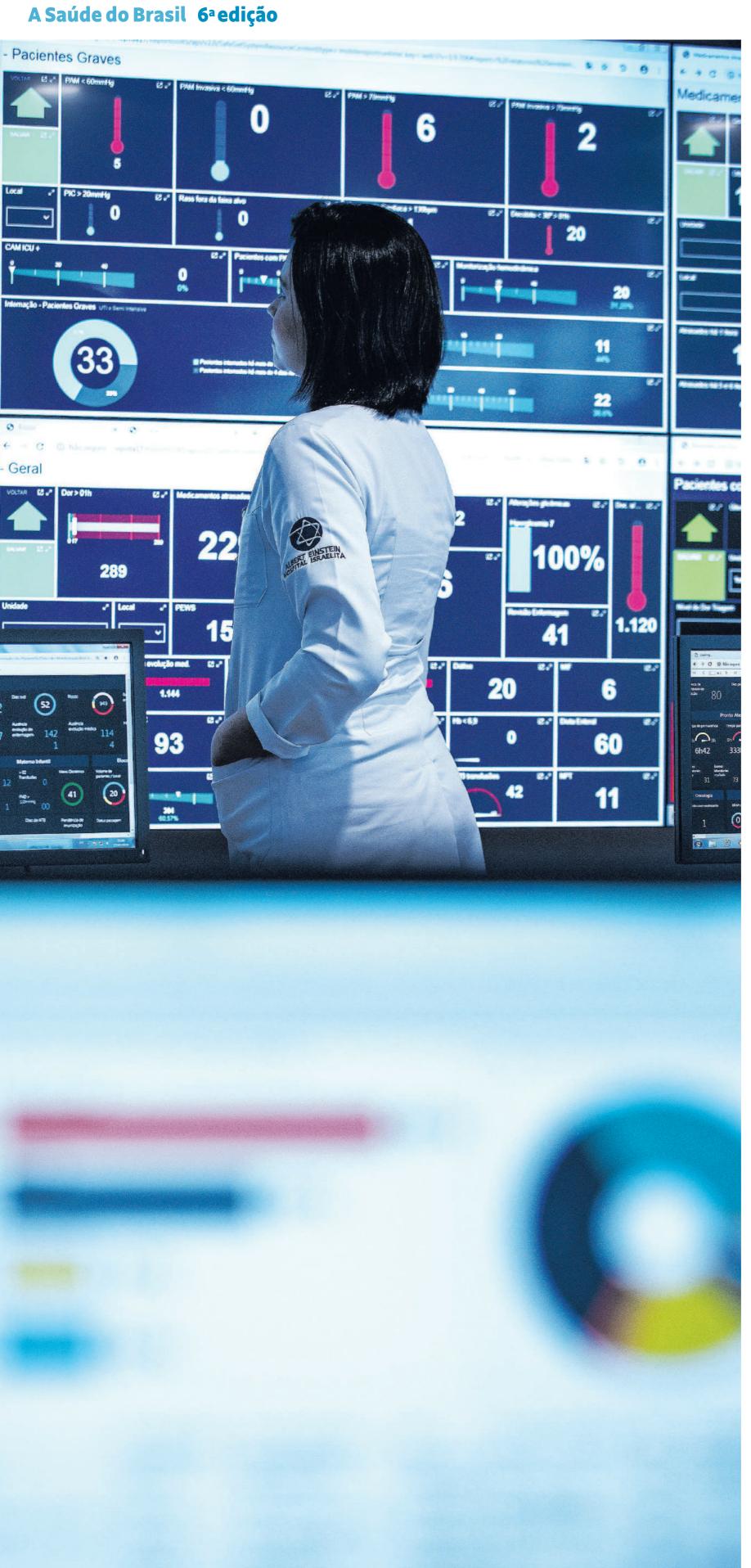
"Temos um plano de contingenciamento para o motor do avião, para o tanque de gasolina, mas não para as asas. Precisamos revisar toda a operação para reparar esses problemas. Você pode voltar em dois a três anos para ver se ainda existimos. Se não, traga uma flor para colocar no nosso túmulo."





FOLHA DE S.PAULO ★★★

SEXTA-FEIRA, 31 DE MAIO DE 2019 1



Mais com menos

Combate ao desperdício é a palavra de ordem em hospitais, unidades públicas de atendimento e operadoras de convênio. Tecnologia, gestão, cuidados básicos e novos modelos de remuneração de serviços médicos são armas usadas para estancar gastos desnecessários, fraudes e perda de **tempo** p. 2 e p. 3

Prevenir e simplificar

Foco na atenção primária, que alia prevenção a tratamento, e normas claras, capazes de inibir a avalanche de ações judiciais contra o sistema, são fundamentais para tirar a saúde do sufoco, segundo especialistas reunidos pela Folha no 6º fórum sobre o tema. p. 8 e p. 9

A enfermeira Ana Júlia Leme consulta informações na central de monitoramento assistencial do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo Lalo de Almeida/Folhapress 2 SEXTA-FEIRA, 31 DE MAIO DE 2019 FOLHA DE S.PAULO ★★★

seminários folha A Saúde do Brasil 6ª edição

Combate ao desperdício envolve hospitais, SUS e empresas de convênio

Tecnologia, foco no atendimento básico e nova forma de remunerar serviços evitam gastos inúteis e perda de tempo

Claudia Rolli

são PAULO Como equilibrar as contas, brecar o desperdício e oferecer mais qualidade nos serviços de saúde?

Uma estratégia é ampliar a cobertura da atenção primária no atendimento médico, dando assim os cuidados iniciais aos usuários, o que estimula a prevenção e evita custos desncessários com exames.

Outras saídas são programas de qualidade, investimento em tecnologia e, nos planos de saúde, adoção de modelos de remuneração que não estimulem o uso excessivo de recursos.

Mudanças desse tipo são necessárias para enfrentar o desperdício, que chegou ao menos a R\$ 27,8 bilhões em 2017, segundo dados mais recentes do Instituto de Estudo da Saúde Suplementar. O valor representa quase um quinto (19,1%) de todas as despesas assistenciais (relativas a atendimento médico e tratamentos, basicamente) que as operadoras de saúde tiveram no mesmo ano (R\$ 145,4 bilhões) e impacta diretamente nos reajustes dos planos.

"No setor de saúde, existe a dificuldade de mensurar desperdícios ou fraudes, mas o elevado crescimento das despesas assistenciais dá uma ideia de como as más práticas aumentam os custos", diz Vera Valente, diretora da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar).

No ano passado, a despesa assistencial atingiu R\$ 161,5 milhões, um aumento de 7,2% em relação a 2017, puxado por gastos com internações.

Para buscar eficiência, hospitais, prestadores de serviço e operadoras de planos estão substituindo o pagamento baseado nos serviços prestados ("fee for service") por modelos que relacionem o custo de cada atendimento ao desempenho profissional e ao benefício ao paciente.

No pagamento por serviço, a conta é feita a partir de cada procedimento realizado (insumos, consultas, exames): a remuneração depende do volume de serviço e do material envolvido.

Uma mudança nesse modelo é essencial neste momento, mas desde que exista envolvimento de todas as partes do setor, pondera Sidney Klajner, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

Ele explica que, pelo sistema atual, quanto mais pacientes contraírem pneumonia em ambiente hospitalar, melhor será para a receita do hospital. "O modelo privilegia a doença, e não a saúde do paciente, que deveria ser o foco principal", diz. "Ao passo que, quanto mais eu investir em programas de qualidade e remunerar com base

no desempenho, não haverá mais pneumonia para tratar", compara Klajner.

O ĥospital tem metas para reduzir desperdício — até o de tempo. O programa de melhoria no fluxo de pacientes, por exemplo, padronizou processos e procedimentos e reduziu o tempo médio de permanência do paciente no hospital de 5 dias para 3,2 dias nos últimos sete anos. Com isso, aumentou o número de leitos disponíveis e a construção de um novo prédio foi evitada.

"A partir da análise de dados do prontuário eletrônico, também conseguimos prever com antecedência se o paciente ficará ou não internado, com mais de 90% de assertividade. Isso ajuda a ter o leito bloqueado, o que faz com que o tempo de espera caia em até uma hora e 20 minutos", diz o presidente do Einstein.

Com o sistema de telemedicina, criado em 2012, o hospital incrementou as consultas em tempo real, que passaram de 197 para 440 por mês, e evitou que, em 98% dos casos, atendidos nas empresas em 2018, os pacientes tivessem que se deslocar para receber atendimento especializado.

No Sírio-Libanês, o monitoramento de pacientes do hospital e de 18 empresas permitiu a redução em até 50% da ida ao pronto-atendimento.

"São cerca de 130 mil pessoas acompanhadas de perto, com médicos que monitoram o paciente e seu quadro familiar", diz Paulo Chapchap, diretor-geral do Hospital Sírio-Libanês.

O Banco Votorantim é uma das empresas que participa do programa Saúde Corporativa, do Sírio-Libanês. O ambulatório, que fica na sede do banco, completou um ano em março e tem foco na atenção primária, com médicos de família.

O programa gerou reduções importantes de desperdício, principalmente relacionadas a exames complementares, consultas em pronto-atendimento e faltas no trabalho.

Em Porto Alegre, o Hospital Moinhos de Vento também reduziu a ineficiência e diminuiu em 33% o tempo para reocupar um leito entre 2016 e 2017, com iniciativas voltadas ao fluxo de paciente. O resultado foi a ampliação do atendimento, com acesso para cerca de 60 pessoas a mais por mês, total de 710 no ano.

A contratação de empresas de tecnologia é outra forma de monitorar comportamentos e estancar desperdícios.

A Orizon, que reúne um banco de dados de 13 milhões de usuários de 43 operadoras de convênios, atendidos em 140 mil locais no Brasil, detectou entre os problemas mais comuns a cobrança duplicada em exames de ultrassom. Por exemplo, em vez de cobrar pela única análise total do abdô-

Médicos despreparados, por insegurança, sobrecarregam o sistema, internam sem necessidade, retardam tomadas de decisão e agravam casos que já eram complexos men, cobra-se por órgão: fígado mais baço mais estômago. Também detectou casos em que se cobrou 64% a mais por uma prótese de quadril.

Outro exemplo de esbanjamento é a realização de tomografia, sete vezes mais cara que o raio-X, em situações em que poderia ser usado o exame de menor custo.

"Com ferramentas que permitem a análise de dados e inteligência médica, identificamos e alertamos as operadoras sobre desvios de padrão de procedimentos", diz Mário Martins, presidente da Orizon, que analisa por dia 250 mil pedidos de autorizações para exames e já classificou 3.000 tipos de desvios.

O desperdício ocorre não só por responsabilidade de quem prescreve os procedimentos, lembra Ana Maria Malik, coordenadora do GV Saúde (Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da FGV). Quem agenda exame sem necessidade, ou o mesmo exame em vários locais, ou, ainda, quem não comparece ao procedimento agendado atrapalha o sistema, tira o horário de quem precisa. "O desperdício ocorre em toda a cadeia", afirma.

Neste ano, a Bradesco Saúde implementou em 50 empresas, responsáveis pelo atendimento de 500 mil pessoas, o programa de gestão do beneficiário "Juntos Pela Saúde", para identificar e acompanhar doenças crônicas em tempo real e tornar os atendimentos mais resolutivos. Também adotou novos modelos de remuneração junto à rede referenciada.

"Estimamos que, ao adotar esses novos modelos de remuneração, a Bradesco Saúde teve cerca de R\$ 83,6 milhões de custos evitados em 2018, resultado direto das negociações com mais de 450 hospitais, que já adotaram o modelo de procedimentos padronizados", diz Flavio Bitter, diretor-gerente.

Iniciativas como criação de canais de denúncia para combater fraudes também trazem resultados eficientes, acrescenta Claudio Lottenberg, presidente do UnitedHealth Group Brasil (dono da Amil).

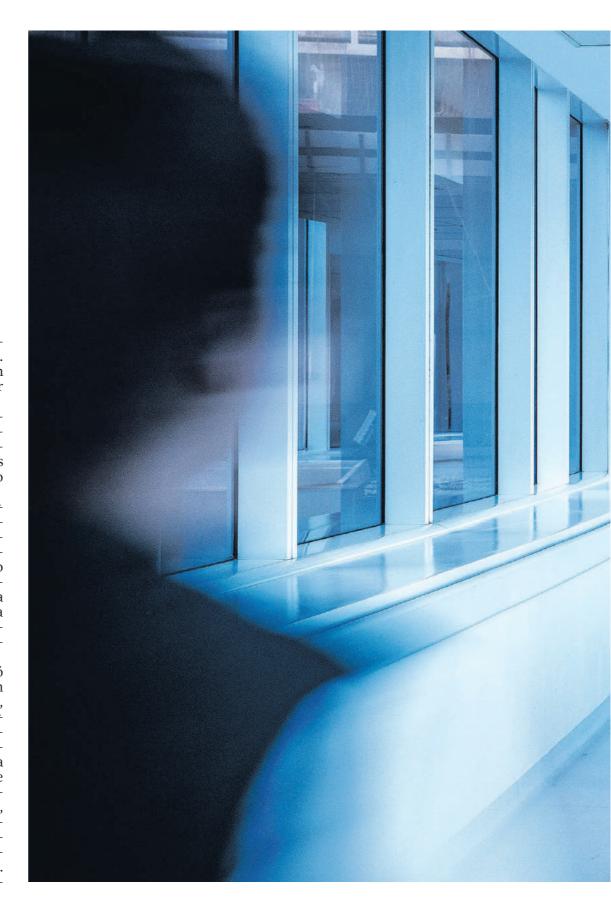
De 2018 até agora, 11,5 mil denúncias foram recebidas pelos canais instalados pela empresa, das quais 1.242 se confirmaram fraudes. Usar a carteirinha de convênio de outra pessoa e cobrar por exames não realizados e insumos não usados em internações são os golpes mais frequentes.

"A sociedade pede para nos responsabilizarmos pela qualidade da saúde que entregamos. Significa menos desperdício, menos erros e custo menor", diz Lottenberg. "Saúde não é muito, nem pouco, mas o que se faz necessário."

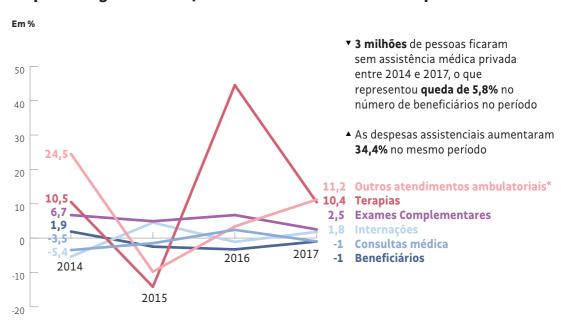
A maior aproximação entre os setores público e privado também é apontada como essencial para aprimorar a saúde no Brasil.

"Existe um grande número de municípios com até 10 mil habitantes e hospitais de grande porte vazios. A ineficiência do sistema público passa por gestão orçamentária", avalia o presidente do Einstein.

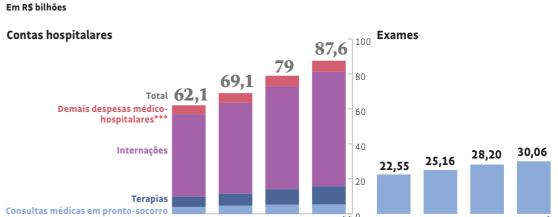
Relatório do Banco Mundial de 2018 mostrou que, com adoção de medidas de maior eficiência na atenção primária (unidades básicas) e na média e alta complexidade (ambulatórios e hospitais), o SUS



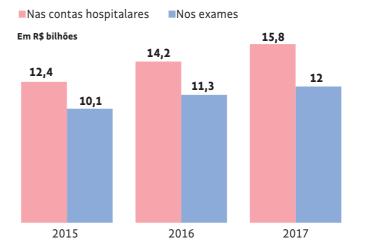
Enquanto os gastos sobem, o número de usuários cai na rede privada



Gastos na saúde, por procedimento



Gastos indevidos com desperdício e fraudes



2014

2015

18% dos gastos com contas hospitalares são indevidos. Valor chegou a R\$ 15,76 bilhões em 2017

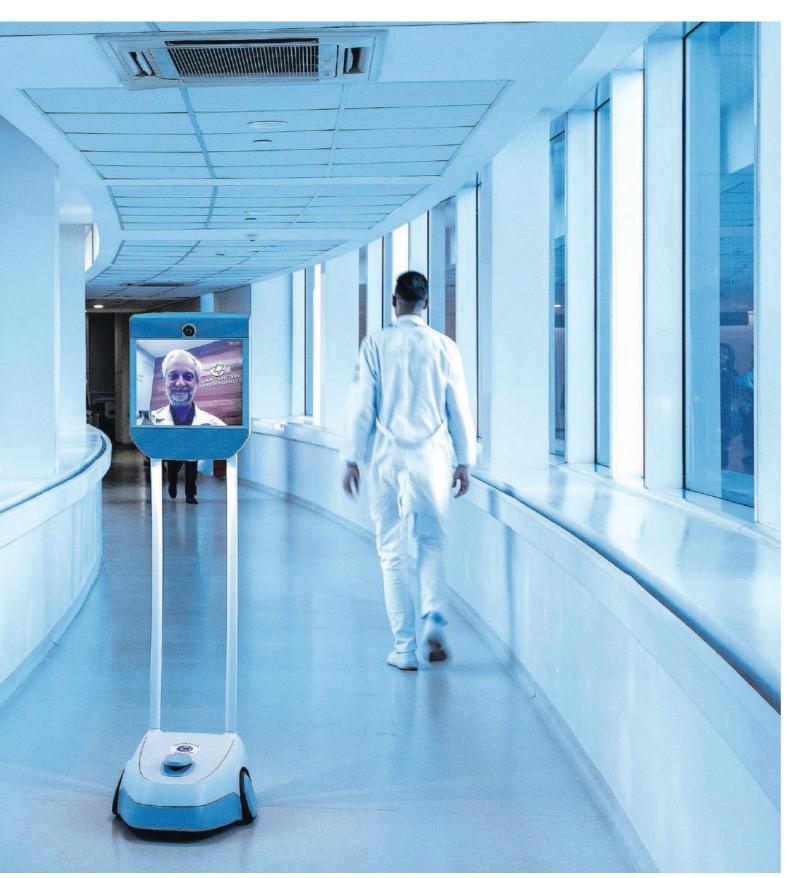
40% dos exames pedidos são desnecessários, o que representou R\$ 12,02 bilhões no mesmo ano

- *O item "Outros atendimentos ambulatoriais" inclui consultas ou sessões com terapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas
- ocupacionais e psicólogos

 **Os dados de 2017 são os mais recentes disponíveis. A estimativa é atualizada pelo IESS, a cada ano, com base em estudo da
 Funenseg
- Funenseg

 ***Inclui despesas assistenciais acessórias aos atendimentos de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento
 e reabilitação do paciente, como aluguel de cadeiras de rodas, atividades coletivas, campanha de vacinação, palestras, assistência
- farmaceutica Fonte: IESS (Instituto de Estudo de Saúde Suplementar) a partir do Mapa Assistencial da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)

A Saúde do Brasil 6ª edição seminários folha



Desperdício x despesas assistenciais no setor privado

Em R\$ bilhões

- Gastos indevidos (desperdícios e fraudes)
- Despesas assistenciais



R\$ 27,79 bilhões

é o montante de gastos indevidos com procedimentos e práticas irregulares, o que representa quase 1/5 do total de despesas assistenciais na saúde privada em 2017

Fonte: IESS (Instituto de Estudo do Mapa Assistencial da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)

Robô de telemedicina com imagem do médico Murilo Chiamolera circula em corredor do Hospital Israelita Albert Einstein **Folhapress**

poderá evitar desperdícios de até R\$ 22 bilhões por ano.

O Ministério da Saúde informa que, desde janeiro, busca melhores práticas de gestão para evitar desperdícios e gastar melhor os R\$ 132,8 bilhões previstos para 2019. Entre as ações está a informatização do SUS. "A iniciativa evitará a repetição de exames e encaminhamentos desnecessários, além de maior controle do gasto público", informa a nota.

Para garantir a atenção primária, a pasta informa que reorganiza o atendimento em mil unidades, que passam a abrir no horário de almoço, à noite e aos finais de semana. "Assim, espera-se evitar o surgimento de doenças ou a evolução para estágios mais graves, cujos tratamentos são mais aflitivos para o paciente e mais onerosos para o SUS".

Em janeiro, o governo começou uma ação integrada nos hospitais federais do Rio para identificar gargalos. "Em três meses, registrou-se aumento de 32% no número de consultas na emergência, de 7% nos atendimentos ambulatoriais e de 10% no número de internações na comparação com o primeiro trimestre de 2018."

Um projeto para centralizar processos de compras e serviços prevê também economia de R\$ 50 milhões por ano.

Desperdício passa ainda pe-lo baixo nível de formação dos médicos no Brasil, na visão de Diogo Leite Sampaio, vice-presidente da AMB (Associação Médica Brasileira).

"Mesmo de boa fé, profissionais mal preparados, por insegurança, sobrecarregam o sistema, internam sem necessidade, prescrevem equivocadamente, retardam tomadas de decisão em casos complexos e simples, agravando os que já eram graves e gerando custos desnecessários", diz.



APRESENTA

Estúdio FOLHA : projetos patrocinados

PPPs aiudam a melhorar a gestão da saúde

Programas do Einstein mostram como parcerias com o poder público podem beneficiar usuários do SUS

gestão da saúde pública no Brasil está fragmentada. Quando isso acontece, ocorrem desperdícios, mau uso de equipamentos e de pessoal e consequente encarecimento de todo o sistema. Estruturas de pronto-atendimento são montadas para casos muito complexos, mas acabam sendo usadas para tratar problemas mais simples, que poderiam ser resolvidos pela atenção primária, evitando assim internações e excesso de procedimentos.

O país tem vários exemplos de municípios com baixa população e hospitais bem equipados pouco utilizados, enquanto faltam unidades de atenção primária. Essas unidades permitiriam aos municípios regionalizar o atendimento secundário para um hospital mais central e a alta complexidade para outro mais central ainda.

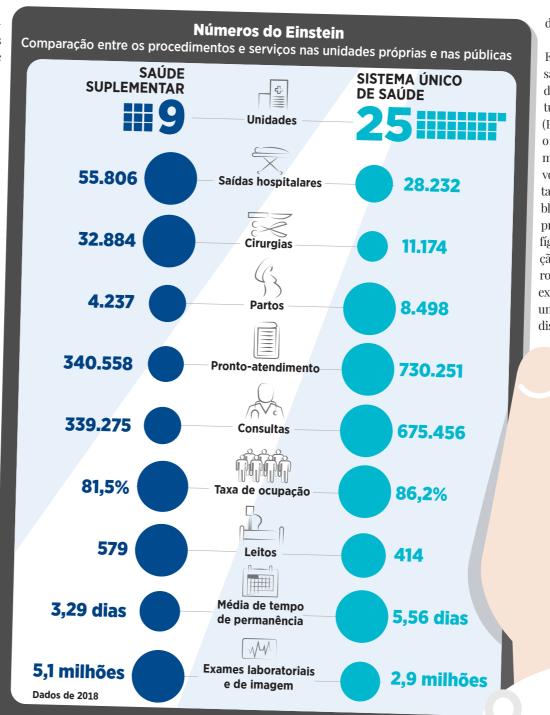
Uma das formas de melhorar a gestão da saúde pode estar nas parcerias público-privadas. Um exemplo ocorre em São Paulo. Em parceria com a prefeitura, o Albert Einstein administra 23 equipamentos do SUS que atuam na atenção primária e secundária, como Amas, UBSs e prontos-atendimentos, com a realização de 4,3 milhões de atendimentos em 2018.

Gerencia ainda dois hospitais públicos que se tornaram referência em assistência de qualidade: o Hospital Municipal do M'Boi Mirim - Dr. Moysés Deutsch e o Hospital Municipal Vila Santa Catarina - Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho, este uma unidade de alta complexidade, com transplantes, oncologia clínica e cirúrgica e maternidade de alto risco.

"Essa parceria público-privada fez a diferença para o município. O Hospital Municipal M'Boi Mirim melhorou a saúde da população, diminuiu a taxa de desemprego e baixou o índice de criminalidade na região", afirma Sidney Klajner, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

Os números atestam a importância desse tipo de parceria para os usuários do SUS. Nas 25 unidades públicas administradas pelo Einstein, foram realizadas, no ano passado, mais de 675 mil consultas, 11.174 cirurgias, quase 3 milhões de exames laboratoriais e de imagem e 11.174 partos. A taxa de ocupação do Hospital Municipal M'Boi Mirim chegou a 92,7%.

O Einstein também realiza, por meio de convênios com o Ministério da Saúde, projetos colaborativos com hospitais públicos. Um exemplo é o Parto Adequado, programa presente em 114 hospitais, sendo 25 públicos, que visa a reduzir as cesarianas desnecessárias. "Éramos os campeões do mundo em cesáreas sem indicação e isso está mudando", diz Klajner. Na fase 1 do projeto, com a adesão de 35 hospitais, foram evitadas 10 mil cesarianas, segundo a ANS (Agência Nacional



de Saúde Suplementar).

Outra forma de parceria do Einstein com o sistema público de saúde é a participação no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). No período 2018-2020, o Einstein deverá despender R\$ 929 milhões em projetos para o desenvolvimento do SUS, como a capacitação de profissionais do sistema público de saúde e o envolvimento em programas como o de transplante de fígado, que colocou o Brasil em posição de destaque mundial em número de transplantes realizados. Outro exemplo é um projeto de big data para unificar as informações do SUS, hoje dispersas e pouco conectadas.

Estúdio **FOLHA** projetos patrocinados

Ateliê de produção de conteúdo para estratégia de marcas e mercado publicitário em todas as plataformas | ESTUDIO.FOLHA.COM.BR

seminários folha A Saúde do Brasil 6ª edição

Convênios revisam sua atuação e cortam custos

Após queda no número de beneficiários, operadoras mudam para aumentar eficiência e oferecer planos menos caros

Iara Biderman

são paulo Desde 2015, quando 1,5 milhão de postos de trabalho foram fechados, cerca de 3 milhões de pessoas perderam seus planos de saúde, de acordo com dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Assim como toda a economia do país, o setor ainda está sofrendo para se recuperar.

"Plano de saúde é um produto altamente desejável, mas está estreitamente ligado às taxas de emprego e desemprego", diz Marcos Novais, economista-chefe da Abramge (Associação Brasileira de Planos

A maior parte dos beneficiários tem seu convênio vinculado à empresa em que trabalha. Contratos coletivos empresariais correspondem a 67% do total de planos comercializados, segundo a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar).

Sem a retomada do empre go e do poder de compra da população, a expectativa de crescimento das operadoras ainda é baixa. Por enquanto, dá para dizer que o estado do "paciente" é estável: depois de três anos de crescimento negativo, o número de beneficiários parou de cair no final do ano passado.

Houve até uma pequena expansão do setor, puxada pelo aumento de beneficiários dos planos odontológicos. "Essa movimentação pode ser explicada pelo preço baixo das mensalidades e pela mudança cultural sobre cuidados com a saúde bucal", afirma Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde.

No entanto, o número de operadoras médico-hospitalares vem caindo desde 2009. De 1.095 em dezembro daquele ano, passaram para 749 em dezembro de 2018, mostram os dados da ANS.

Nos últimos anos, os planos com melhor desempenho fo ram os que investiram em rede própria de atendimento, segundo Novais.

'Com rede própria, a operadora pode moldar seu atendimento de acordo com as necessidades dos beneficiários. Isso aumenta a eficiência e permite trabalhar com planos mais baratos", afirma o economista.

A mensalidade média de um plano em 2018, calculada pela Abramge a partir de dados da ANS, foi R\$ 362,39 por pessoa. O valor mensal mais alto foi o das seguradoras, em média R\$ 503,40. Na medicina de grupo, modalidade que atende o maior número de beneficiários, o preço médio foi R\$ 282,03.

O problema do cálculo médio è que ele não reflete o custo crescente de um plano de saúde para uma população acima dos 60 anos, que paga as mensalidades mais altas, mas representa a menor fatia de beneficiários.

Dados da Abramge indicam que 45,4% dos custos das operadoras são com internações. Em seguida vêm os gastos com consultas e atendimento ambulatorial (30,3%). Exames e terapias respondem por, respectivamente, 19,4% e 4,8% dos custos.

Para as operadoras que não têm rede própria, o caminho para conseguir melhores resultados com preços mais competitivos é garantir que os prestadores de serviços atuem a favor da operadora e do beneficiário.

Criar protocolos para pedidos de exame e modelos de remuneração de acordo com resultados e não quantidade de procedimentos são temas

bastante discutidos. Em um país onde a inflação médica é quase seis vezes maior que a geral, a sustentabilidade do sistema depende

Número de beneficiários muito do uso racional de relhos radiológicos. e de operadoras de planos de saúde vem caindo desde 2014

Beneficiários, em milhões 51₇ **50,4** dez.2018 dez.2014

Operadoras com beneficiários

dez.2014

Quase 2 milhões

Coletivo empresarial

Coletivo por adesão

Individual ou familiar

População idosa tem

menos cobertura de

convênios médicos*

■ Homens ■ Mulheres

30 a 39 anos

60 a 69 anos

80 anos ou mais

Dados de dezembro de 2018

Vacional de Saúde Suplementar

da Saúde Suplementar, ANS (Agência

2014

de pessoas deixaram

Beneficiários, em milhões

2018

os planos coletivos

dez.2018

cursos. Análises das associacões de operadoras indicam mes. Uma comparação: em to sua forma de atuar, ado-

dade de São Paulo contava ra cada 1.000 beneficiários do bir desperdício e fraudes, secom 568 tomógrafos (114 no sistema de saúde suplemen-SUS e 454 na Saúde Suplementar. No mesmo ano, no Reino tar). Porém, a quantidade re- Unido, a taxa de realização do adotados programas de comendada pelo Ministério desse exame foi de 40 para atenção primária à saúde, nos lhões é de 120 destes apare- (Associação Brasileira de Me- equipe multidisciplinar lide- desperdício", afirma Valente.

Há também excesso de exa-Por exemplo: em 2017, a ciressonâncias magnéticas pa-

dicina Diagnóstica)

As operadoras têm revis-2017, foram feitas no Brasil 162 tando modelos assistenciais e de remuneração para inigundo Valente. Ela conta que estão sen-

Outra estratégia é disseminar a utilização de produtos com coparticipação e franquia, nos quais o beneficiário paga uma parte do valor do procedimento. "O modelo da Saúde para atender uma cada 1.000 habitantes. Os daquais o beneficiário passa a induz a um uso mais racional população de cerca de 12 mi- dos são da ANS e da Abramed ser acompanhado por uma do plano de saúde, evitando o

do necessário.

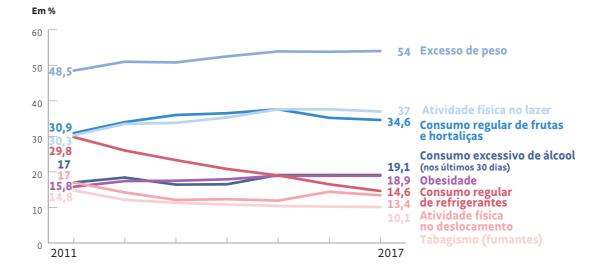
rada por um médico de famí-

dimento especializado quan-

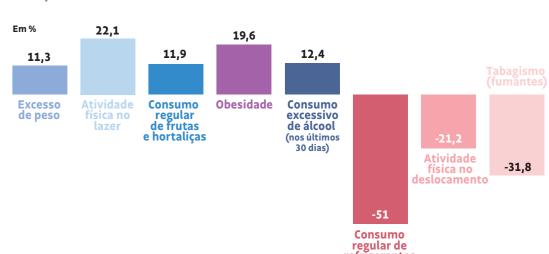
lia e é encaminhado ao aten-

ONGs monitoram fatores de risco para as doenças crônicas no Brasil

Distribuição das estimativas de prevalência de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) por ano, no Brasil



Variação entre 2011 e 2017



Fontes: Relatório da Sociedade Civil sobre a Situação das Doencas Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e Ministério da Saúde

INSTITUTO DO CÂNCER

DO ESTADO DE SÃO PAULO

O Instituto do Câncer é o maior centro de referência no tratamento de câncer da América Latina. Reconhecido em todo o mundo e com certificação de qualidade da Joint Commission International - USA, ele conta com equipamentos de última geração e equipes médicas altamente qualificadas. Nestes 10 anos, o Instituto do Câncer já fez mais de 26 milhões de atendimentos e mais de 19 milhões de exames de análises clínicas, atendendo exclusivamente pelo SUS. O Instituto tem um índice de avaliação de 96,2% de aceitação e já foi



SÃO PAULO SE ORGULHA Wocê tem os melhores médicos, acesso a todos os medicamentos e mais qualidade de vida. Muda totalmente sua perspectiva. **Marcio Natividade Paciente**

O MUNDO RESPEITA. 11 Tudo o que você faz no Instituto, que permite ao paciente ter acesso à alta

É ótimo para o país. Sir Murray F. Brennan







para a área de saúde mental

cionais como a OMS (Orga-

Falta dinheiro, mas a quesúde, a previsão orçamentária de saúde mental da Abrasco da a política pública de saúde a demanda por hospitais psi-(Associação Brasileira de Samental dos últimos 40 anos, quiátricos, em sua avaliação. ude Coletiva). "A aplicação de quando foi revisto um modelo menos de 1,5% do orçamento políticas públicas para a saúde que, até o final dos anos 1970, quiatria é mais fácil, a inter-Rede de Atenção Psicossocial.

Para Paulo Amarante, do La-nações indiscriminadas nessocial da Escola Nacional de hospitalares foram fechadas sidências terapêuticas ganhapolíticas de Estado não atrela- ram importância.

resolutiva para a família, mas para quem sofre o problema significa perder a visibilidade", diz Amarante. Internação tampouco é tratamento para quem sofre de

> sificados oficialmente como Há um gargalo para o aten-

Segundo o Ministério da Saúde, R\$ 153 milhões estão destinados neste ano às ações da Um instrumento para ações preventivas seria a lei 13.819, sancionada em abril, que determina a notificação compulsória por estabelecimentos de saúde e instituições de ensino de casos de violência

"É bom ampliar cuidados, mas uma portaria não dá conta, é preciso oferecer apoio, ampliar a rede de acolhimento", diz Amarante.

O Ministério da Saúde informa que a assistência às pessoas 42 mil Unidades de Saúde

Status do cumprimento das metas do Plano DCNT Brasil, segundo o Ministério da Saúde

■ Meta alcançada Meta não alcançada Meta estável Aumento de mamografia em mulheres de 50-69 anos de idade nos últimos

Aumento de Papanidois anos para 70%

Contenção do crescimento da obesidade em adultos Aumento do

Redução da mortalidade

prematura (30-69 anos)

por DCNT em 2% ao ano

consumo de hortaliças em 10%

Fontes: Relatório da Sociedade Civil sobre a Situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e Ministério da Saúde

prevalência da prática de atividade física em tempo livre em 10%

■ Redução do consumo

Redução da

Aumento de

prevalência de

tabagismo em 30%

saudáveis, o percentual de brasileiros que praticam atividade física nas horas de lazer passou de 30,3% em 2011 para 37% em 2017 —aumen-

Brasileiro fuma menos e se mexe mais, mas ainda abusa do álcool

Obesidade também avança, mostra relatório que monitora a evolução de fatores de risco para doenças crônicas

Andrea Vialli

são paulo O brasileiro fuma cada vez menos, se movimenta mais e consome mais frutas e hortaliças. Mas ainda abusa do álcool e está perdendo a batalha contra a obesidade. Essas são algumas das conclusões do relatório da sociedade civil sobre a evolução no país dos fatores de risco e proteção das DCNTs (Doenças Crônicas Não Transmissíveis).

Publicado em abril, o documento se baseou em dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquéda Saúde, de 2011 a 2017.

Também foram analisa as ações governamentais de prevenção e combate aos quatro grupos de doenças de maior magnitude —doenças circulatórias e respiratórias crônicas, câncer e diabetes—, de mortes no mundo. O Brasil tem metas predefinidas para combatê-las até 2022.

A redução no total de adultos fumantes é um dos destaques do estudo. Em 2011, 14,8% deles fumavam. Em 2017, eram 10,1%. A meta para 2022 é 9,1%.

"O Brasil tem de que se orgulhar nas políticas de controle do tabagismo, como a lei antifumo, a restrição à publicidade e a política tributária adotada entre 2011 e 2016", diz Mônica Andreis, diretora da ACT Promoção da Saúde, ONG responsável pelo estudo.

Apesar dos avanços, entre capitais, a prevalência subiu de 7,4% para 8,5%.

Mônica diz que é preciso que o Brasil não afrouxe a questão tributária. Em março, o Ministério da Justiça anunciou que irá avaliar uma possível redução de impostos sobre cigarros para coibir o contrabando, medida criticada pelas organizações ligadas à saúde. "O cigarro ainda é muito barato tos precoces por DCNTs.

no Brasil", afirma. em 2011 para 34,6% em 2017 doenças crônicas. —alta de 11,9%. E o consumo

na) caiu de 29,8% para 14,6%.

Ainda em relação a hábitos de física suficiente em 2017, e nistério da Saúde.

13,9% da população é inativa. Mesmo com a discreta melhoria nos indicadores de alimentação e de atividade física, esses fatores não têm sido suficientes para aplacar o crescente ganho de peso dos brasileiros. A proporção de adultos com sobrepeso cresceu 11,3%, e a de obesos, 19,6%, o que deixa o Brasil longe da meta, que é deter o crescimento

da obesidade, tanto na popu-

lação adulta como na infantil. Segundo o relatório, o combate à obesidade é uma questão complexa, mas deverá passar por ações como rotulagem de alimentos ultraprocessarito Telefônico, do Ministério dos ricos em açúcar, sódio e gorduras, restrições à publimente em canais voltados ao público infantil, e eliminação de subsídios na cadeia de bebidas acucaradas, como ocor-

re na Zona Franca de Manaus. Em relação ao álcool, houque são as principais causas ve aumento da proporção de adultos que informaram consumo excessivo nos últimos 30 dias (de 17% em 2011 para 19,1% em 2017).

De modo geral, o Brasil caminha para cumprir as metas relacionadas a saúde e ao bem-estar dos ODS (Objetivos do Desenvolvimento Sustentável) da ONU. "Os resultados estão alinhados com a projeção publicada pela revista cientifica The Lancet, no final de 2018, de que o Brasil será um dos poucos países que conseguirão atingir a meta 3.4 estabelecida na Agenda 2030 da ONU de reduzir em um teros jovens de 18 a 24 anos nas co as mortes precoces relacionadas a DCNTs", diz Mark Barone, diretor do Instituto de Saúde Pública do Brasil

(PHI-Brazil). Em nota, o Ministério da Saúde afirma que ações como a expansão do acesso a serviços de saúde, diagnóstico precoce e tratamento, além de promoção da saúde, já impactam na queda no número de óbi-

Dados do SIM (Sistema de Na área de alimentação, a Informação sobre Mortalidaproporção de adultos que con- de) mostram redução anual de somem regularmente frutas 2,6% da mortalidade premae hortaliças passou de 30,9% tura (entre 30 e 69 anos) por

Em relação ao combate à regular de refrigerantes (ao obesidade, o governo destamenos cinco vezes na sema- ca o acordo assinado com a indústria alimentícia que visa retirar 144 mil toneladas de açúcar nos alimentos industrializados. "O acordo segue aquele da redução do sódio, que retirou mais de 17 mil toneladas de sódio dos alimento de 22,1%. Mas 46% da po- tos processados em quatro pulação não praticou ativida- anos", informa a nota do Mi-

Saúde mental brasileira sofre de instabilidade

as maiores taxas de incapacidade causada por depressão com saúde mental é de 2,8% ser mais estável", diz. (9,3%) e ansiedade (7,5%) do do total destinado à saúde continente americano, segun- um percentual baixo na avalido estudo da Opas (Organiza- ação de organismos internação Pan-Americana da Saúde). Em relatório publicado em nização Mundial da Saúde). março, a organização diz que os investimentos atuais es- tão não é só orçamentária, tão abaixo do necessário para diz Rosana Onocko, profesabordar a carga dos transtor- sora da Faculdade de Ciências ter em conta para onde o di- mado ao aumento do núme-

em 2019 é de R\$ 1,6 bilhão,

são paulo O Brasil apresenta neste ano (R\$ 122,6 bilhões). ões ou compromissos de cahospitais psiquiátricos", diz. A média mundial de gastos da governo. O sistema deveria

total da pasta para a atuação mental fica à mercê de opini- destinava 97% dos gastos para nação aparentemente é mais

boratório de Atenção Psicos-Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz, a área precisa de

das a mudanças de governos. Além de recursos, é preciso

À época, novas correntes da psiquiatria condenavam intersas instituições. Então, vagas transtornos comuns.

Com o que Amarante chama de "desmonte atual", sonos mentais na saúde pública. Médicas da Unicamp e coor- nheiro é destinado. "Estamos ro de pessoas que perderam os comuns falta espaço", afir-Segundo o Ministério da Sadenadora do grupo temático vivendo um desmonte de toseus planos de saúde, cresceu ma Onocko. "Aumentar os leitos de psi-

depressão ou ansiedade, clas-

e centros de convivência e redimento desses casos. "Nos centros de atendimento, como os Caps (Centro de Atenção Psicossocial), há muita demanda para transtornos graves, como esquizofrenia. Para autoprovocada.

as com transtornos mentais acontece de forma integral e gratuita em diversas unidades do SUS em todo o Brasil. Entre os serviços de referência para acompanhamento estão da Família e os 2.589 Centros de Atenção Psicossocial. **IB**

colau em mulheres de 25-64 anos de idade nos últimos três anos para 85%

abusivo de bebidas alcoólicas em 10%

FOLHA DE S.PAULO ★★★ SEXTA-FEIRA, 31 DE MAIO DE 2019

seminários folha A Saúde do Brasil 6ª edição



Recém-nascido usa pulseira inteligente no Hospital Albert Einstein Fotos Lalo de Almeida/Folhapress

Empresas inovadoras se multiplicam e buscam modernizar tratamentos

Startups da saúde enfrentam percalços regulatórios e dificuldades para importar insumos

Andrea Vialli

são paulo Deus grego do fogo e da metalurgia, Hefesto emprestou seu nome a uma startup paulistana. Ela oferece uma solução para casos de fratura de fêmur em crianças com menos de cinco anos.

A empresa finaliza o protótipo de uma órtese pelvipodálica construída em impressora 3D. Ela substitui o gesso e pode tornar menos dolorosa a recuperação da criança.

Enquanto uma órtese de gesso pesa em média três quilos, a novidade não deve ultrapassar 700 gramas. Impressa com resina PET, tem custo menor e é reciclável, além de sair já nas medidas exatas do paciente e ser fácil de limpar.

"O passo seguinte é realizar testes clínicos comparando o desempenho da nossa órtese impressa em 3D com o gesso. O objetivo é chegar a um protótipo barato, eficiente e viável também na rede pública",

diz Ney Peres, cofundador da Hefesto e ortopedista no Hospital Israelita Albert Einstein.

Completam o time o também ortopedista Luiz Fernando Michaelis e o engenheiro mecânico Ronaldo Miranda, especialista em programação e impressão 3D. A Hefesto é uma das startups incubadas na Eretz.bio, iniciativa de fomento a empreendedores do Einstein em São Paulo.

Num espaço de coworking, 32 startups desenvolvem protótipos, testam tecnologias e participam de treinamentos.

Incubada na Eretz.bio desde o início do ano, a Savelivez, de Florianópolis, criou uma plataforma para conectar bancos de sangue a doadores.

O sistema desenvolvido pela startup utiliza conhecimentos da área de engenharia de produção, machine learning (ramo da inteligência artificial em que sistemas aprendem a analisar dados e executar tarefas) e redes neurais

(sistemas com padrões semelhantes aos do cérebro humano) também para aprimorar a gestão dos bancos de sangue.

A solução já é empregada pelo Einstein e pelo Hemocentro de Ribeirão Preto, que atende 140 hospitais do interior paulista. "É possível prever a demanda, definir estoques, programar a produção e captar doadores", diz Rafael Oki, engenheiro de produção e fundador da Savelivez.

O software deve ajudar hemocentros a encontrar doadores de sangue com tipologias mais raras, a partir do cruzamento de bases de dados, com confidencialidade.

O chamado ecossistema das healthtechs, pequenas empresas de tecnologia para a área de saúde, atrai investidores e grandes corporações de olho nas possibilidades de inovação.

O grupo Dasa, de medicina diagnóstica, é uma das apoiadoras do Cubo, espaço de apoio a startups criado em São Paulo pelo Itaú Unibanco em parceria com o fundo Redpoint Eventures. A empresa patrocina o espaço Health, de tecnologia e saúde, como forma de se aproximar desse ambiente de inovação. Em contrapartida, as startups ajudam o corpo clínico e pesquisadores do Dasa na validação de projetos e novas tecnologias.

Segundo Thiago Julio, gerente de inovação aberta do grupo Dasa, não falta gente disposta a investir na área, mas o ciclo de uma healthtech tende a ser mais longo em relação a outras startups. "Mesmo recebendo investimentos, elas precisam de um tempo maior para validar suas tecnologias e ganhar escala", diz. Hoje, há dez startups no Cubo Health.

Mas empreendedores ainda se deparam com percalços regulatórios, dificuldades para importar insumos e equipamentos e alta carga tributária.

A BioArchitects nasceu voltada a produtos customizados da área de saúde. A partir da necessidade de um cirurgião, desenvolveu seu primeiro produto: uma prótese craniana impressa em titânio. Foi aprovada pelo FDA, o departamento dos EUA que regula alimentos e medicamentos.

A empresa, porém, ainda não tem permissão para comercializar a novidade no Brasil, já que a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) exige que os produtos sigam um padrão para homologação —uma barreira no caso das próteses customizadas.

A saida foi abrir uma filial nos EUA e, em paralelo, desenvolver outros produtos para o mercado nacional, como biomodelos, réplicas de órgãos e ossos impressos em 3D para planejamento cirúrgico, e simuladores para treinamentos.

Felipe Marques, sócio da BioArchitects, diz acreditar que ter suas próteses no mercado nacional é questão de tempo. "As tecnologias avançam mais rápido que a legislação. Mas vemos um esforço por parte dos órgãos reguladores."

Segundo a Anvisa, o número de pedidos de análises de próteses sob medida foi de 39 em 2017 para 156 em 2018.

Sistema online facilita diagnóstico da apneia do sono

Dormir bem era um desafio para o engenheiro eletrônico Tácito de Almeida: foram anos com apneia obstrutiva do sono, distúrbio crônico que leva a paradas respiratórias à noite. Diagnosticar e tratar o problema envolvia o incômodo de realizar polissonografias, exame em que o paciente passa a noite no hospital.

O desconforto de Almeida acabou virando ideia de negócio: e se um aplicativo monitorasse o sono e simplificas-

se o diagnóstico da apneia? O engenheiro levou a ideia ao pneumologista Geraldo Lorenzi Filho, diretor do Laboratório do Sono do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas de São Paulo, que se tor-

nou sócio na startup Biologix. Com investimento inicial de R\$ 250 mil, a empresa desenvolveu uma tecnologia que serve para diagnóstico e para monitoramento remoto da apneia. Um sensor capta e envia a uma plataforma em nuvem dados sobre o sono do paciente, que dorme em casa.

O custo é de menos de 10% do valor de um exame no hospital, diz Almeida. Na rede privada, uma polissonografia chega a R\$ 3.500. No SUS, a espera é de até dois anos.

No ano passado, a startup recebeu apoio do programa PIPE/PAPPE Subvenção, que reúne recursos da Fapesp (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) e da Finep (Financiadora de Estudos e Projetos) para empresas inovadoras.

O aporte de R\$1 milhão está ajudando a aprimorar o produto e ampliar sua divulgação no mercado.

Num espaço de coworking em São Paulo, 32 startups desenvolvem protótipos, testam tecnologias e participam de treinamentos. Incubada na Eretz.bio desde o início do ano, a Savelivez, de Florianópolis, criou uma plataforma para conectar bancos de sangue a doadores

A Saúde do Brasil 6ª edição seminários folha



Cooperação entre governo e hospital leva inteligência artificial para a rede pública

são paulo O big data já não é novidade em hospitais de referência da rede privada de saúde no Brasil. Agora, um projeto de cooperação entre o Ministério da Saúde e o Hospital Israelita Albert Einstein deverá levar um pouco dessa tecnologia —que usa grande volume de dados complexos coletados, armazenados e interpretados por softwares de alto desempenho—também para a rede pública.

O objetivo é planejar um modelo de gestão da informação mais inovador.

A parceria envolve a elaboração e aplicação de ferramentas de inteligência artificial para realizar análise de dados coletados na rede pública de saúde em 11 municípios, nas áreas de perinatal e materno-infantil.

Os dados começaram a ser coletados no final do ano passado, e até 2020 está prevista a entrega dos resultados, que serão uma base e uma proposta de integração com outras bases de informação do SUS.

"A partir da análise dos dados será possível predizer os riscos de prevalência de diabetes e hipertensão gestacional em determinada localidade e desenvolver uma política pública adequada para gerenciá-los", diz Sidney Klajner, presidente do Hospital Israelita Albert Einstein.

Segundo ele, a parceria deve contribuir para o estabelecimento de uma cultura de gestão baseada em dados, com integração de informainteligência artificial, visando apoiar o planejamento e as tomadas de decisão ligadas a financiamento e coordenação dos serviços.

O projeto nasceu como um desdobramento da experiência do hospital com sua área de big data, criada em 2015. Agora, será viabilizado a partir da progressiva adoção do prontuário eletrônico pelos hospitais da rede pública e a implementação do digiSUS, a estratégia do ministério para

a incorporação de tecnologias digitais até 2020.

A cooperação com o Einstein ocorre no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proa-

O valor alocado no projeto será de R\$ 32 milhões, com 150 profissionais envolvidos, entre cientistas de dados, arquitetos, engenheiros e gestores da saúde. Também participam equipes da área de tecnologia da informação de três universidades federais, de Bahia, Minas Gerais e Espírito Santo.

O Proadi-SUS oferece isenções fiscais a hospitais filantrópicos de excelência que propõem projetos assistenciais ou que colaborem para o fortalecimento do SUS.

Além do Einstein, há trabalhos também em cooperação com Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Sírio-Libanês, Hospital Moinhos de Vento e HCor (Hospital do Coração), nas áreas de bioengenharia, pesquisas com células NK (natural killer), expansão de linfócitos e intervenções intrauterinas, entre outros. Andrea Vialli

Projeto envolve cientistas de dados, arquitetos, engenheiros e gestores da saúde



ções de diferentes setores e Sensor usado para monitoramento remoto da apneia do sono, da startup Biologix, que substitui exame convencional

As Administradoras de Benefícios

contribuem para você ter acesso à saúde.

As Administradoras de Benefícios representam milhões de clientes de planos de saúde coletivos, em todo o Brasil.

Os planos coletivos, por sua vez, já são o principal acesso à assistência à saúde privada no País, utilizando a força da coletividade para negociar as melhores condições para a população.

Criada em 2010, a ANAB trabalha para fortalecer o papel das Administradoras e, consequentemente, dos planos coletivos

— para você, consumidor,

ter mais opção para cuidar da saúde.







8 SEXTA-FEIRA, 31 DE MAIO DE 2019

FOLHA DE S.PAULO ★★★

seminários folha A Saúde do Brasil 6ª edição

Ampliação da atenção básica pode revigorar sistema de saúde

Falta de médicos em áreas remotas e baixo interesse por especialização em medicina da família são desafios

Bianka Vieira e Everton Lopes Batista

são paulo A atenção primária à saúde, abordagem que integra prevenção e tratamento, realizada principalmente por médicos da família e agentes comunitários, pode ajudar a tirar o sistema brasileiro do sufoco.

"Qualquer sistema de saúde no mundo, público ou privado, que não organiza a atenção primária está fadado ao fracasso", afirmou o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, em palestra de abertura na 6ª edição do fórum A Saúde do Brasil, realizado pela Folha na segunda-feira (27), em São Paulo.

Mandetta citou a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, que começa a funcionar hoje (31), como exemplo da prioridade que o governo dará à área.

"A reorganização do sistema de saúde vai partir da atenção primária. Em qualquer discussão sobre saúde brasileira, esse será o ponto inicial", disse.

A nova secretaria será também responsável pelas políticas de saúde para populações vulneráveis, como crianças e idosos.

Para espalhar a atenção primária pelo país é preciso que mesmo as regiões mais remotas tenham estrutura de atendimento. Manter médicos em pequenas cidades afastadas dos grandes centros, porém, tem sido um dos maiores desafios.

O programa Mais Médicos, que não conta mais com profissionais cubanos, registrou 15% de desistência de médicos brasileiros em apenas três meses (entre dezembro de 2018 e março deste ano).

A baixa adesão à residência em medicina da família é outro problema no país. Dados do Ministério da Educação obtidos pela Folha no fim de 2018 mostraram que quase 70% das vagas estavam ociosas.

Ao ser questionado se programas de residência médica deveriam ter uma regulação que forçasse a procura pela área de família, João Alceu Amoroso Lima, presidente da FenaSaúde, rejeitou a possibilidade.

Disse, no entanto, que faculdades de medicina devem se adaptar a essa nova demanda de formação.

Aincorporação da atenção primária é fundamental não apenas para o sistema público, mas também para o suplementar, concordaram os palestrantes do fórum.

"É a mudança da prática que trará o resultado dentro da perspectiva econômico-financeira, não a pressão financeira", defendeu Claudio Lottenberg, presidente do UnitedHealth Group Brasil, multinacional controladora da Amil.

Lottenberg destacou que a atenção básica na saúde garante a resolução de problemas do paciente sem necessidade de atendimentos complementares.

O presidente da FenaSaúde concordou. "É preciso uma mudança de cultura, que consiste em fazer uma visita ao o médico da família antes de ir para o prontosocorro", disse Lima.

Reduzir internações potencialmente evitáveis é outro filtro que pode ser aplicado na contenção de gastos na área.

Na cidade de Belo Horizonte, a adoção da tecnologia DRG (grupo de diagnósticos relacionados, na sigla em inglês) por sete hospitais públicos reduziu o número de internações mensais de 2 mil para 1.700 desde que foi implementada, em agosto de 2017, segundo relatório do Grupo de Inovação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde divulgado em maio deste ano.

Com a metodologia, pacientes hospitalares são classificados de acordo com a complexidade assistencial, ou seja, conforme tipos de diagnóstico e consumo de insumos médicos.

Para Renato Couto, co-fundador do DRG Brasil, empresa responsável pela implementação na capital mineira, é comum que, na dúvida entre internar e liberar o paciente, profissionais de saúde tendam a ficar com a primeira opção.

Couto ainda lembrou que, no Brasil, cirurgias de baixa complexidade raramente são feitas em ambulatórios, e acabam exigindo internações dispendiosas.

"O sistema de saúde tem solução, mas são necessários modelos de recompensa e de assistência que permitam isso", disse.

"Os planos de saúde nunca tocaram na prevenção. As pessoas sempre viram seu plano de saúde como plano de doença", afirmou o ministro Luiz Henrique Mandetta.

Em termos de prevenção e redução de custos, a tecnologia pode ser grande aliada.

"Se você consegue saber da condição de saúde ou qual tipo de doença que alguém tem probabilidade de desenvolver, é possível melhorar a eficiência do procedimento", disse Fernanda De Negri, coordenadora do Centro de Pesquisa em Ciência, Tecnologia e Sociedade do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada).

Econòmica Aplicada).

Com o uso de dispositivos como relógios inteligentes e aplicativos de telefone, a tecnologia pode colaborar para que os pacientes fiquem mais engajados no cuidado com a saúde, segundo Sidney Klajner, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

Como exemplo, Klajner citou um aplicativo criado pela instituição para que o paciente acompanhe sua vacinação e deixe ela em dia.

"A falta de informação profilática fez com que a crise de sarampo tenha ameaçado seu retorno", disse.

Os debates do fórum foram acompanhados por 200 pessoas no auditório do Museu da Imagem e do Som (MIS) de São Paulo e tiveram a mediação das jornalistas da Folha Cláudia Collucci e Mariana Versolato.

O evento foi patrocinado pela Associação das Administradoras de Benefícios (Anab), pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.



Debate durante o seminário A Saúde do Brasil, realizado na segunda-feira (27), no MIS, em São Paulo Reinaldo Canato/Folhapress

66

O consumidor precisa ser informado sobre a evolução de seu plano de saúde para não ser surpreendido com um reajuste com o qual não pode arcar financeiramente

Alessandro Acayaba
Presidente da Anab
(Associação Nacional das
Administradoras de Benefícios)



66

"Planos de saúde sempre aparecem nas pesquisas como o segundo ou o terceiro maior desejo da população, mas as pessoas não têm renda. O desemprego machuca muito

João Alceu Amoroso Lima Presidente da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar)



66

"A conscientização deve partir de médicos, pacientes e de uma judicialização responsável, que não pode ser utilizada por grupos para tirar proveito de situações impróprias

Claudio Lottenberg Presidente do UnitedHealth Group Brasil



66

No Sul e no Sudeste, a judicialização é por remédios. Significa que já houve a consulta. Nas outras regiões, a procura é por exames e tratamentos, o que mostra um vazio assistencial

Bernardete Weber Superintendente de responsabilidade social do Hospital do Coração



4

Hoje, com tecnologia acessível, você pode fazer uma histerectomia ambulatorial. Mas o modelo de pagamento assistencial fala o quê? 'Interne o doente'. É ruim para todo mundo

Renato Couto Co-fundador do DRG Brasil



Criar novos
conhecimentos
e tecnologias em
saúde é difícil e caro.
O setor público tem
papel importante
na adoção de
inovações, mas não
tem conseguido
fazer isso

Fernanda De Negri Coordenadora do Centro de Pesquisa em Ciência, Tecnologia e Sociedade do Ipea



A Saúde do Brasil 6ª edição seminários folha

Nos primeiros anos do SUS, foi feita a

municipalização do sistema de uma maneira brusca e muito intensa. Funcionou bem para centros grandes, mas

cidades pequenas, com menos de 50 mil habitantes, enfrentaram dificuldade por falta de mão de obra qualificada,

que ficou concentrada nos grandes

centros urbanos. A falha foi a não construção de

sistemas regionais,

que poderiam suprir áreas com cerca de 400 mil

Luiz Henrique Mandetta Ministro da Saúde

habitantes



Keiny Andrade/Folhapress



Sidney Klajner Presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein



Ou entendemos que o serviço judicial é caro, escasso e complexo, ou vamos passar a ter juizados especiais dentro de hospitais, assim como já existem em aeroportos e estádios de futebol

Henrique Ávila Conselheiro do CNJ (Conselho Nacional de Justiça)



O consumidor está com expectativas mais altas. Ele quer personalização, acesso imediato, controle. Quando algumas indústrias fazem com que isso

Leonardo Framil Presidente para o Brasil e América Latina da Accenture



claras ajudam a diminuir busca por judicialização

de remédios sem registro deve reduzir pedidos judiciais de saúde

foi o aumento

do número de

ações judiciais

saúde no Brasil

entre os anos

2017, segundo

realizado pelo

encomenda do

CNJ (Conselho

Nacional de

Insper, sob

relativas à

de 2008 e

estudo

são paulo Os altos custos da judicialização da saúde nas redes pública e privada só diminuirão quando houver normas claras, um entendimento uniforme da Justiça sobre o tema e informação adequada para pacientes, juízes e agentes de saúde, de acordo com especialistas no assunto.

À judicialização foi tema de debate durante o 6º fórum A Saúde do Brasil, realizado na segunda-feira (27), no auditório do MIS (Museu da Imagem e do Som de São Paulo).

Após quase três anos de espera, o Supremo Tribunal Federal liberou, no dia 22 de maio, o fornecimento pelo poder público de medicamentos sem registro, mas apenas em situações excepcionais.

Há regras para que isso aconteça: o medicamento não pode ser experimental, tem de haver pedido de registro no Brasil e demora da Anvisa para analisá-lo, é necessário que ele tenha sido registrado em outro país e não pode existir um remédio que o substitua no Brasil.

Para Henrique Ávila, conselheiro do CNJ (Conselho Nacional de Justiça), a decisão deve ajudar a frear a judicialização no país. Ele apontou, no entanto, ser essencial que o sistema judiciário passe a atuar em consonância com os novos precedentes para que as normas de fato funcionem.

"Se os juízes não seguirem a jurisprudência, a Justiça se tornará uma loteria, e os advogados vão toda vez tentar tirar a sorte grande", afirmou.

Ávila destacou os altos custos e a complexidade do sistema judiciário como principais motivos para buscar reduzir a judicialização. Em 2018, a União gastou cerca de R\$ 1,4 bilhão com medicamentos e tratamentos por gundo o Ministério da Saúde.

De acordo com Bernardete Weber, superintendente de responsabilidade social do Hospital do Coração, a decisão do STF deve frear liberalidades e reduzir os pedidos de medicamentos, desde que as decisões judiciais sejam embasadas em pareceres técnicos.

"O sistema judiciário andou sozinho por muito tempo, o que gerou um ônus para os cofres públicos e para a saúde suplementar", declarou.

A demanda por remédios, porém, não é a única causa de judicialização no Brasil.

Uma análise dos pedidos feitos em diferentes regiões permite ver lacunas nos serviços de saúde, que podem ser atacadas para reduzir a ocorrência desses casos, de acordo com Bernardete. "No Sul e no Sudeste, a judicialização é por remédios. Significa que já houve a consulta. Nas outras regiões, a procura é por exames e tratamentos, o que mostra um vazio assistencial."

A superintendente ressaltou a importância de capacitar agentes de saúde para li-

[...]

Para que um medicamento sem registro seja liberado, ele não pode ser experimental, precisa existir pedido de registro no Brasil e demora na análise da Anvisa, deve haver registro em outro país e não pode existir remédio que o substitua no Brasil

determinação da Justiça, se- 130% dar com as demandas nos municípios, muitas vezes sobrecarregados com os pedidos. Para ela, é necessário que o poder público forneça especialistas que acompanhem a utilização de remédios e tratamentos, garantindo que seu uso seja adequado e não haja

fraudés em pedidos judiciais. Durante a palestra de abertura, o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, elogiou a decisão do STF e afirmou que a judicialização é "plena" no país. "É como se tivéssemos ordenadores de despesas em todo o território nacional sem o devido monitoramento técnico."

Uma das soluções apontadas por Mandetta é a incorporação de medicamentos com compartilhamento de risco, quando um remédio é adotado pelo sistema de saúde mesmo que os estudos não sejam conclusivos. Se ele não tiver efeito, a farmacêutica deve devolver ao governo o valor pago.

O presidente da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios), Alessandro Acayaba, citou dados de pesquisa encomendada pela associação à revista Consultor Jurídico, na qual foram identificadas as causas de conflitos judiciários na saúde suplementar.

Os quatro principais são inadimplência, cancelamento de contratos por parte das operadoras, negativa de cobertura e reajuste das mensalidades.

Para Acayaba, a solução das questões deve passar por um maior suporte técnico aos magistrados e informações adequadas ao consumidor.

"Ninguém está equivocado ao buscar seus direitos. Acredito que o brasileiro seja um consumidor de boa fé, mas ele pode não estar bem informado sobre aquilo que contratou", concluiu.



10 SEXTA-FEIRA, 31 DE MAIO DE 2019 FOLHA DE S.PAULO ★★★

seminários folha A Saúde do Brasil 6ª edição

Novos modelos agilizam atendimento a pacientes e reduzem custos médicos

Grupo populariza cuidados humanizados para grávidas; 500 startups já ofertam serviços para saúde

Nadia Pontes

são Paulo No quarto mês de gestação, Paloma Christiansen, 29, encontrou a rede de apoio que buscava para dar à luz o seu primeiro filho.

Diferentemente de tudo o que já havia feito, ela passou a frequentar consultas em grupo, tirar dúvidas com médicas que se alternam a cada atendimento e a se preparar para o parto natural —que seria realizado com a profissional que estivesse de plantão no dia.

"É um modelo prático e acessível. Eu me senti acolhida e à vontade desde o primeiro dia. Com as consultas em grupo, aprendo muito com as dúvidas das outras grávidas", diz Christiansen.

Ela é uma das pacientes do Coletivo Nascer, criado há menos de um ano por seis obstetrizes e seis médicas.

"Oferecemos parto humanizado por um preço bem menor do que aquele praticado hoje para esse tipo de assistência", detalha Ana Cristina Duarte, obstetriz e diretora-executiva do coletivo.

Segundo o modelo, as pacientes pagam uma média de R\$ 150 por consulta e entre R\$ 5.000 e R\$ 6.000 pelo parto —menos da metade dos serviços particulares oferecidos em São Paulo, onde o Coletivo Nascer está baseado.

"Nós percebemos que estamos chegando a uma população que nunca teve acesso a esse tipo de serviço", comenta Duarte. Por meio do grupo, ela e as outras 11 profissionais realizam 40 partos por mês, feitos em dois hospitais da capital paulista.

A assistência oferecida pelo Coletivo Nascer é apenas um dos novos formatos de atendimento e acompanhamento médico que têm surgido recentemente pelo país.

Desde que inaugurou um modelo alternativo de clínica, que usa um aplicativo integrado ao prontuário eletrônico do paciente, a endocrinologista Regina Diniz diz colecionar resultados surpreendentes nos tratamentos.

"A resposta é mais efetiva, já que o contato com o paciente é também mais intensivo", afirma a médica, que tem 18 anos de experiência e trata principalmente de casos de obesidade e de diabetes tipo 2.

Batizado de Doutor Recomenda, o modelo foi testado numa clínica em Taboão da Serra e agora conta com uma nova unidade em Higienópolis. Com pacotes que vão de um a seis meses, o tratamento é presencial e pode ser acompanhado pelo aplicativo.

Em casa, os pacientes seguem as orientações médicas pela plataforma, ajudam a criar o prontuário com informações cotidianas e podem tirar dúvidas pelo chat. Há ainda opções de videoconferências semanais entre uma consulta e outra.

A assinatura do serviço está na faixa de preço das consul-

Conheça as iniciativas da FenaSaúde em: www.fenasaude.org.br



Órtese personalizada produzida com resina reciclável pela startup Hefesto Lalo de Almeida/Folhapress

tas oferecidas em clínicas populares, afirma Diniz, que inaugurou o modelo em 2017 com a economista Luíza Granado. "O nosso público é bem dividido: metade tem convênio e metade, não", complementa Diniz.

Programas alternativos de assistência médica se multiplicam em plataformas digitais. Dados do Movimento 100 Open Startups apontam mais de 500 startups que oferecem serviços e soluções para o mercado de saúde.

Nem tudo, porém, é regulamentado. A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) controla e fiscaliza apenas as operadoras de planos de saúde. Novos formatos de assistência fogem ao escopo de sua atuação, informou a agência à Folha.

E os atendimentos online, processos chamados de telemedicina, enfrentam também certa desconfiança. Uma mostra disso foi dada no começo do ano, quando uma nova resolução do Conselho Federal de Medicina que regulamentava a prática foi revogada logo após a publicação.

"As pessoas ainda não sabem direito o que é. Até os médicos têm desconhecimento", pontua Luis Henrique Leonardo, médico responsável pela primeira plataforma de telemedicina no país, a Teldoc.

Com uso autorizado para ocasiões em que profissionais fazem análise de resultados ou atendimento a distância mediado por médico, como acontece dentro de uma ambulância, a telemedicina não pode substituir uma consulta presencial.

Para Leonardo, essa modalidade poderia ser usada em lugares onde o acesso a serviços de saúde é restrito. "É claro que isso vale para atendimentos mais simples, de baixa complexidade, de baixo risco, como doenças respiratórias, infecção urinária, hipertensão", explica, citando alguns exemplos.

Federação Nacional de Saúde Suplementar

